

Mortalidade feminina por agressão no Piauí, 2000-2015

Female homicides in Piauí, 2000-2015

Mortalidad femenina por agresión en Piauí, 2000-2015

Agda Barbosa Mesquita^{1*}, Alberto Pereira Madeiro¹, Andréa Cronemberger Rufino¹.

RESUMO

Objetivo: Analisar o perfil dos casos e a tendência da mortalidade feminina por agressão no Piauí, entre 2000 e 2015. **Métodos:** Estudo ecológico de série temporal com dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade. Foram considerados feminicídios os óbitos de mulheres catalogados nos códigos X85-Y09 da Classificação Internacional de Doenças, versão 10. Houve correção dos óbitos em duas etapas, com posterior cálculo do coeficiente de mortalidade por Território de Desenvolvimento (TD), por ano. Empregou-se o método *Joinpoint* para avaliar a tendência dos coeficientes de mortalidade, com cálculo da variação percentual anual (VPA) e intervalos de confiança de 95% (IC95%). **Resultados:** Ocorreram 605 óbitos de mulheres por causas externas no Piauí entre 2000-2015. As vítimas eram principalmente jovens de 20-39 anos (53,9%), negras (76,1%), solteiras (48,2%), com menos de 8 anos de escolaridade (65,1%), cujo homicídio ocorreu no domicílio (40,6%) por meio do uso de arma de fogo (36,3%) ou perfurocortantes (35,3%). Houve tendência de aumento dos coeficientes de mortalidade no Piauí (VPA +2,17%; IC95% 1,18;4,65), assim como em 06 TDs. Os demais mostraram tendência de estabilidade. **Conclusão:** Os coeficientes de mortalidade apresentaram tendência de aumento e apontam a necessidade de atenção ao problema para proteger as mulheres da sua ocorrência.

Palavras-chave: Violência contra a mulher, Mortalidade, Mulheres.

ABSTRACT

Objective: To analyze the aggression female mortality cases profile and trend in Piauí state between 2000 and 2015. **Methods:** Ecological time series study with data from the Brazilian Mortality Information System. Deaths of women classified in codes X85-Y09 of the International Classification of Diseases, version 10, were considered femicide. There was a correction of deaths in two stages, with subsequent calculation of the mortality coefficient per Development Territory (DT) per year. The Joinpoint method was used to assess the mortality trend coefficients and calculate the annual percentage change (APV) and 95% confidence intervals (95%CI). **Results:** From 2000 until 2015, 605 women died of external causes in Piauí. The majority were young women aged 20-39 years (53.9%), black (76.1%), single (48.2%) and with less than 8 schooling years (65.1%), whose homicide occurred within the household (40.6%) through the use of firearms (36.3%) or sharps objects (35.3%). There was a rate increase trend in Piauí (VPA + 2.17%; 95%CI 1.18; 4.65), as well as in 06 DT. The remaining showed stability trend. **Conclusion:** The mortality coefficients showed an increase tendency and indicate the need for greater attention towards the problem and to protect women from its occurrence.

Keywords: Violence against women, Mortality, Women.

RESUMEN

Objetivo: Analizar el perfil de casos y la tendencia de la mortalidad femenina por agresión en el estado de Piauí entre 2000 y 2015. **Métodos:** Estudio de series cronológicas ecológicas con datos del Sistema de

¹ Universidade Estadual do Piauí (UESPI), Teresina - PI. *E-mail: agdamesquita7312@gmail.com

Información de Mortalidad. Se consideraron feminicidio las defunciones de mujeres en los códigos X85-Y09 de la Clasificación Internacional de Enfermedades versión 10. Las defunciones se corrigieron en dos etapas, con cálculo del coeficiente de mortalidad por Territorio de Desarrollo (TD) por año. Se utilizó el método *Joinpoint* para evaluar la tendencia de los coeficientes de mortalidad. **Resultados:** Entre 2000 y 2015, 605 mujeres murieron por causas externas en Piauí. Las víctimas fueron principalmente jóvenes de 20 a 39 años (53,9%), negras (76,1%), solteras (48,2%), cuyo homicidio ocurrió en el domicilio (40,6%) a través del uso de armas de fuego (36,3%) o punzantes (35,3%). Hubo una tendencia al aumento de los coeficientes de mortalidad en Piauí (VPA + 2,17%; IC 95% 1,18; 4,65), así como en 06 TD. Los demás mostraron una tendencia a la estabilidad. **Conclusión:** Los coeficientes de mortalidad mostraron una tendencia a aumentar y señalan la necesidad de una mayor atención al problema para proteger a las mujeres de su ocurrencia.

Palabras clave: Violencia contra la mujer, Mortalidad, Mujeres.

INTRODUÇÃO

A violência contra a mulher é um grave problema de saúde pública e de violação dos direitos humanos. No mundo, aproximadamente 30% das mulheres já sofreram violência física e/ou sexual perpetrada pelo parceiro. As consequências desses atos de violência para as vítimas incluem infecções sexualmente transmissíveis, abuso de álcool, depressão, ansiedade, morte e gravidezes indesejadas, além de desfechos como baixo peso ao nascer, prematuridade e aborto induzido (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2017).

A expressão mais perversa da violência contra a mulher é o óbito. O termo feminicídio foi originalmente cunhado na década de 1970, todavia, passou a ser previsto na legislação brasileira apenas em 2015. O feminicídio é uma circunstância qualificadora de homicídio, incluído no rol dos crimes hediondos, caracterizando-se por ser contra a mulher, por razões da condição de sexo feminino. Dessa forma, a violência doméstica e familiar e o menosprezo ou discriminação à condição de mulher são premissas comuns nos feminicídios (BRASIL, 2015; HARDEN J, et al., 2019).

Feminicídio difere de homicídio contra homens de maneiras específicas. A maioria dos casos é perpetrada por parceiros ou ex-parceiros, ocorre no domicílio e envolve situações prévias de ameaças, violência sexual ou circunstâncias em que a mulher possui menos recursos que o homem. Em contraste, as mortes violentas de homens acontecem com maior frequência em locais públicos e são perpetradas por agressores desconhecidos (WHO, 2012; HARDEN J, et al., 2019; SPENCER CM e STITH SM, 2020).

No Brasil, a maioria das vítimas de feminicídio são mulheres jovens, abaixo dos 30 anos, negras e com menos de 8 anos de formação escolar (MENEHEL SN e HIRAKATA VN, 2011; GARCIA LP et al., 2015; GARCIA LP e SILVA GDM, 2016). Contudo, há discordância na literatura no que diz respeito à faixa etária com maior risco de morte violenta. Souza ER, et al. (2017), ao analisar o efeito da idade-período e da coorte de nascimento sobre os homicídios de mulheres no Brasil em um período de 35 anos, verificaram aumento progressivo nas taxas de mortalidade a partir dos 15 anos, mas o pico de incidência foi observado entre 30 e 34 anos.

Dados de 2011-2013 do Sistema de Informações sobre Mortalidade evidenciaram que a taxa corrigida de mortalidade anual de mulheres por agressão no Brasil foi de 5,87 óbitos/100 mil. Apesar de o Nordeste ser a macrorregião com a segunda maior taxa do país (7,31/100.000), o Piauí foi a unidade federativa com a terceira menor taxa registrada (3,34/100.000) (GARCIA LP e SILVA GDM, 2016). Essa diferença pode representar a realidade ou decorrer de subnotificações provenientes de deficiências no Sistema de Informação de Mortalidade estadual (MORAIS RM e COSTA AL, 2017).

A avaliação das taxas de mortalidade específicas por sistemas de informação pode resultar em subestimação, seja por problemas de cobertura (subnotificação de óbitos) ou de qualidade (óbitos registrados com causas mal definidas ou não especificadas) (GARCIA LP et al., 2015).

Apesar das limitações inerentes à metodologia, ela é capaz de acrescentar conhecimento sobre o tema, tendo em vista a necessidade de mais evidências empíricas que contribuam para melhor compreensão do panorama do feminicídio em cenários com dados escassos, como o estado do Piauí. Nesse contexto, o objetivo do presente estudo foi analisar os casos de mortalidade feminina por agressão notificados no Piauí entre 2000 e 2015, caracterizando o perfil das mulheres e determinando a tendência dos coeficientes de mortalidade.

MÉTODOS

Trata-se de estudo do tipo ecológico, de série temporal, com dados referentes à mortalidade feminina por agressão oriundos do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e a informações populacionais provenientes do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Foram incluídos casos relacionados a mortes de mulheres catalogadas nos códigos X85 a Y09 da Classificação Internacional de Doenças, versão 10 (CID-10), que são causas externas de morbidade e mortalidade. A mortalidade feminina por agressão foi usada como *proxy* (indicador aproximado) dos feminicídios no Piauí (GARCIA LP e SILVA GDM, 2016).

A população do Piauí, de acordo com o Censo Demográfico de 2010, era de 3.118.360, sendo 1.589.938 mulheres (IBGE, 2010). Neste estudo, escolheu-se estudar a população através do recorte proposto pelo Planejamento Territorial do Estado do Piauí, que divide a unidade federativa em 11 Territórios de Desenvolvimento (TD): TD1 – Planície Litorânea (11 municípios); TD2 – Cocais (22 municípios); TD 3 – Carnaubais (16 municípios); TD 4 – Entre Rios (31 municípios); TD 5 – Vale do Sambito (16 municípios); TD6 – Vale do rio Guaribas (39 municípios); TD 7 – Vale do Canindé (17 municípios); TD 8 – Serra da Capivara (18 municípios); TD 9 – Vale dos rios Piauí e Itaueira (19 municípios); TD 10 – Tabuleiros do Alto Parnaíba (12 municípios); TD 11 – Chapada dos Mangabeiras (25 municípios) (SECRETARIA DE ESTADO DO PLANEJAMENTO, 2007).

Os dados coletados no SIM foram agrupados nas seguintes variáveis: tipo de agressão sofrida (força física; arma de fogo; objeto cortante/penetrante; objeto contundente; afogamento/submersão; outros), local de residência da vítima (um dos 11 TD), faixa etária (0-9; 10-19; 20-29; 30-39; 40-49; 50-59; 60-69; ≥70), estado civil (solteira; casada; separada; outro), escolaridade (em anos de estudo: nenhum; 1-3; 4-7; 8-11; ≥12), raça/cor da pele (branca; preta; amarela; parda; indígena), local de ocorrência (domicílio; via pública; estabelecimento de saúde; outros) e quadriênio do óbito (2000-2003; 2004-2007; 2008-2011; 2012-2015).

Houve redistribuição proporcional em duas etapas dos óbitos classificados como eventos cuja intenção é indeterminada (Y10-Y34), como proposto por Garcia LP, et al. (2015). Primeiro, foram contabilizados todos os óbitos por causas externas e calculada a proporção de óbitos por agressões em relação ao total de óbitos por causas externas. Em seguida, essa proporção foi multiplicada pelo número de óbitos classificados como de intenção indeterminada. Por fim, este produto foi somado ao total de óbitos por agressão, obtendo-se como resultado o número corrigido de mortes por agressão. O processo foi feito para os dados de cada ano, entre 2000 e 2015. Calculou-se o coeficiente de mortalidade por agressão, por território de desenvolvimento e por ano, tendo como numerador o número de mortes por agressão notificados no SIM após correção e como denominador a população feminina na mesma faixa etária naquela localidade.

A análise de tendência dos coeficientes foi feita com o auxílio do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), através do método *Joinpoint* e do teste da significância pelo método de Monte Carlo. Para descrever a tendência linear por período, foram calculadas a Variação Percentual Anual (VPA) e Intervalos de Confiança de 95% (IC95%). A tendência de aumento dos coeficientes foi considerada quando o valor mínimo do IC95% se mostrou superior a zero (> 0). Por outro lado, caracterizou-se redução quando houve declínio na tendência e o IC95% foi inferior a zero (< 0). A estabilidade da tendência foi definida quando, independentemente da tendência, o IC95% incluiu o valor zero.

Foram utilizados somente dados de domínio público e sem identificação das mulheres. O estudo foi realizado em conformidade com a Resolução nº 466/2012, que aborda diretrizes e normas regulamentadoras sobre a pesquisa envolvendo seres humanos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

RESULTADOS

Entre 2000 e 2015 morreram 2.756 mulheres por causas externas no Piauí. Destas mortes, 605 foram por agressão e 303 por causa indeterminada. Após a correção, houve contabilização de 657,9 mortes femininas por agressão no Piauí. Os óbitos por agressão foram principalmente causados por disparo de arma de fogo (36,3%) e por uso de objetos cortantes/penetrantes (35,3%) (**Tabela 1** e **Tabela 2**).

Tabela 1 - Número absoluto de mortes por causas externas de mulheres (Capítulo XX da CID-10), por quadriênio no Piauí entre 2000 e 2015.

Mortes por causas externas	2000-2003		2004-2007		2008-2011		2012-2015		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Traumatismos acidentais	194	40,8	294	45,4	326	43,6	325	36,7	1139	41,3
Lesões autoprovocadas	114	24,0	168	25,9	207	27,7	220	24,9	709	25,7
Mortes por agressão	108	22,7	133	20,5	141	18,6	223	25,2	605	21,9
Intenção indeterminada	59	12,4	53	8,2	74	9,9	117	13,2	303	10,9
Total	475	100	648	100	748	100	885	100	2756	100

Fonte: Mesquita AB, et al., 2021; dados extraídos do Sistema de Informação sobre Mortalidade, 2020.

Tabela 2 - Mortes por agressão (X85-Y09) de mulheres no Piauí entre 2000 e 2015, por quadriênio.

Mortes femininas por agressão	2000-2003		2004-2007		2008-2011		2012-2015		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Força física	11	10,2	13	9,8	14	9,9	11	4,9	49	8,0
Afogamento/submersão	0	0	3	2,6	0	0	2	0,9	5	0,8
Arma de fogo	29	26,9	45	33,8	48	34,0	98	43,9	220	36,3
Objeto cortante/penetrante	43	39,8	48	36,1	53	37,6	70	31,4	214	35,3
Objeto contundente	8	7,4	17	12,8	10	7,1	28	12,6	63	10,4
Outros ¹	17	15,8	7	5,3	16	11,3	14	6,2	57	11,0
Total	108	100	133	100	141	100	223	100	605	100

Legenda: ¹Mortes por drogas, substâncias biológicas, corrosivas, produtos químicos e/ou nocivos (X85-X90); por material explosivo, fumaça, fogo, objetos quentes ou vapores/gases (X96-X98); projeção de local elevado ou impacto de um veículo a motor (Y01-Y03); por negligência, abandono, maus tratos (Y06-Y07) foram tabuladas juntamente às mortes por outros meios (Y08-Y09) em razão da porcentagem inexpressiva das categorias citadas. **Fonte:** Mesquita AB, et al., 2021; dados extraídos do Sistema de Informação sobre Mortalidade, 2020.

Entre as mulheres que morreram por agressão, a maioria estava na faixa etária entre 20-39 anos (53,7%), era solteira (48,2%), possuía menos de 8 anos de escolaridade (65,1%) e era negra (76,1%). Entretanto, houve ocorrência de feminicídio em todos os grupos estudados. As agressões aconteceram principalmente no domicílio (40,6%) e na via pública (21,9%) (**Tabela 3**).

Tabela 3 - Características das mulheres e dos óbitos por agressão no Piauí entre 2000 e 2015.

Variáveis	n	%
Faixa etária (em anos)¹		
0-9	19	3,1
10-19	91	15,0
20-29	187	30,9
30-39	138	22,8
40-49	83	13,7
50-59	43	7,1
60-69	16	2,6
≥70	24	3,9
Estado civil²		
Solteira	292	48,2
Casada	160	26,4
Separada	12	1,9
Outro	29	4,7
Escolaridade (em anos de estudo)³		
Nenhum	70	11,5
1-3	146	24,1
4-7	178	29,4
8-11	96	15,8
≥12	41	6,7
Raça/cor da pele⁴		
Branca	103	17,0
Preta	54	8,9
Amarela	5	0,8
Parda	407	67,2
Local de ocorrência⁵		
Domicílio	246	40,6
Via pública	133	21,9
Estabelecimento de saúde	118	19,5
Outros	101	16,9

Legenda: ¹Não informado: 4 (0,6%); ²Não informado: 112 (18,5%); ³Não informado: 74 (12,2%); ⁴Não informado: 36 (5,9%); ⁵Não informado: 7 (1,1%). **Fonte:** Mesquita AB, et al. 2021; dados extraídos do Sistema de Informação sobre Mortalidade, 2020.

Quanto aos coeficientes de mortalidade, os TD Entre Rios (TD4) e Vale do rio Guaribas (TD6) apresentaram menores flutuações nos valores encontrados durante dos anos. Já os territórios Vale do Canindé (TD7) e Tabuleiros do Alto Parnaíba (TD10) apresentaram maiores discordâncias entre os anos do período estudado. Foi também nestes territórios a maior incidência de anos sem registro de mortes por agressão. A maior taxa de mortalidade no Piauí foi registrada em 2015 (4,57 óbitos por 100 mil mulheres) e a menor em 2000 (1,16 óbitos por 100 mil mulheres). O maior coeficiente no período foi 10,31 óbitos por 100 mil mulheres, registrado em 2007 no Tabuleiros do Alto Parnaíba (TD10) (**Tabela 4**).

Tabela 4 - Coeficientes de mortalidade por agressão (óbitos por 100 mil mulheres) no Piauí entre 2000 e 2015.

Ano	Piauí	TD1	TD2	TD3	TD4	TD5	TD6	TD7	TD8	TD9	TD10	TD11
2000	1,16	1,86	0,79	0	1,93	0	0	0	1,59	0	5,46	0
2001	2,63	0,81	1,14	0	3,19	0	3,27	2,71	4,74	2,49	16,24	2,79
2002	1,96	0,81	1,22	1,43	2,80	0	4,41	0	0	0	0	1,18
2003	2,44	4,16	2,82	0	2,34	6,57	2,34	0	1,55	0	0	3,53
2004	1,87	0	1,85	1,40	1,81	6,53	1,98	4,59	1,54	1,13	0	1,16
2005	2,75	0	3,85	2,49	3,46	0	3,03	0	4,97	0	5,20	2,28
2006	2,36	2,72	0,54	1,66	3,67	2,29	1,70	0	1,50	0,98	0	1,13
2007	2,37	3,39	0	0	2,82	4,33	3,97	1,97	0	2,96	10,31	0
2008	2,72	2,56	0,53	4,94	3,08	5,19	3,30	0	0	0,95	4,63	3,30
2009	2,18	0	1,28	1,14	2,33	5,61	2,28	3,79	2,02	0,95	9,12	2,47
2010	2,62	2,23	2,13	1,35	2,97	3,77	3,29	1,89	1,43	1,04	0	4,79
2011	2,18	0,90	0	1,41	2,45	10,99	3,72	0	1,70	0	0	3,57
2012	3,14	0	2,51	1,42	4,78	1,83	1,82	4,40	4,57	2,09	0	2,46
2013	3,23	2,50	4,45	1,40	3,32	1,83	3,14	5,48	0	3,79	0	4,20
2014	4,33	2,67	1,57	6,77	5,36	1,82	5,05	1,82	1,37	2,03	8,64	8,66
2015	4,57	2,91	3,33	2,88	5,41	3,65	5,61	5,45	3,13	4,73	0	3,69

Legenda: TD1 – Planície litorânea; TD2 – Cocais; TD3 – Carnaubais; TD4 – Entre Rios; TD5 – Vale do Sambito; TD6 – Vale do rio Guaribas; TD7 – Vale do Canindé; TD8 – Serra da Capivara; TD9 – Vale dos rios Piauí e Itauera; TD10 – Tabuleiros do Alto Parnaíba; TD11 – Chapada dos Mangabeiras. **Fonte:** Mesquita AB, et al., 2021; dados extraídos do Sistema de Informação sobre Mortalidade e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2020.

O coeficiente de mortalidade do estado como um todo apresentou tendência de aumento (VPA= +2,17%; IC95% 1,18-4,65) durante o período pesquisado. A maioria (6 dos 11) dos TD apresentou aumento da tendência e não houve tendência de queda da mortalidade em nenhuma região do estado. A maior variação foi observada no TD4 (VPA= +3,76%; IC95% 2,65-5,01), onde se localiza a capital, Teresina (**Tabela 5**).

Tabela 5 - Variação percentual anual (VPA) da mortalidade feminina por agressão no Piauí entre 2000 e 2015.

TD	VPA (%)	IC95%	Tendência
Todos	+2,17	1,18;4,65	Aumento
TD1	+1,82	-3,21;2,14	Estabilidade
TD2	+1,89	-1,34;3,21	Estabilidade
TD3	+1,94	1,19;2,97	Aumento
TD4	+3,76	2,65;5,01	Aumento
TD5	+1,86	1,28;3,12	Aumento
TD6	+2,12	1,48;3,87	Aumento
TD7	+1,88	1,34;2,98	Aumento
TD8	+1,76	-1,14;4,65	Estabilidade
TD9	+1,56	-1,18;2,75	Estabilidade
TD10	-1,95	-3,01;2,25	Estabilidade
TD11	+2,77	1,12;4,26	Aumento

Fonte: Mesquita AB, et al., 2021; dados extraídos do Sistema de Informação sobre Mortalidade e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2020.

DISCUSSÃO

O coeficiente de mortalidade feminina por agressão apresentou tendência de aumento no Piauí. Esse padrão de aumento também foi observado na maioria dos TDs, tendo os demais evidenciado tendência de estabilidade. Além disso, o perfil majoritário das vítimas era de mulheres jovens, negras, solteiras e de baixa escolaridade, cujos homicídios foram predominantes no domicílio. Esses resultados reforçam o perfil dos feminicídios também encontrado em outros estudos (GARCIA LP, et al., 2015; WAISELFISZ JJ, 2015; GARCIA LP e SILVA GDM, 2016; MENEGHEL SN, et al., 2017).

Leite FMC, et al. (2017) demonstraram estabilidade do coeficiente de mortalidade feminina por agressão no Brasil entre 2000 e 2012. Esses dados, em geral, podem ser explicados pela tendência de redução na maioria dos estados da região Sudeste e de aumento nos das regiões Norte, Nordeste e Sul. Nesta mesma série, as taxas de mortalidade foram analisadas a partir de tercis do índice de Gini e do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), que estimam desigualdade social e qualidade de vida, respectivamente. Observou-se que os estados com menores índices IDH e maiores de desigualdade social apresentaram maior crescimento da taxa de mortalidade no período estudado.

Ademais, especula-se que o achado de tendências diferentes entre as regiões do território nacional se deva tanto por fatores individuais, socioeconômicos e ambientais como por supervalorização do papel de gênero masculino e submissão feminina em algumas regiões. Sendo assim, a violência de gênero seria mais frequente em territórios com elevada incidência de violência interpessoal e com menor presença do Estado para moderar os poderes dos cidadãos e possibilitar acesso a serviços que garantam a dignidade da pessoa humana (LEITES GT, et al., 2014; INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA E APLICADA, 2017; McCARTHY KJ, et al., 2018).

Em série histórica de morte femininas por agressão no Nordeste brasileiro entre 1980 e 2014, Meira KC, et al. (2019) constataram tendência de redução na faixa etária entre 10 e 59 anos. Todavia, no mesmo estudo, no estado do Piauí, essa população apresentou tendência de aumento na referida série, resultado que concorda com o obtido no presente estudo. Além do reflexo do real crescimento na taxa de mortalidade, especula-se que essa ascensão possa também representar melhoria no registro do óbito. Outra explicação é o aumento da violência de gênero em paralelo ao fenômeno de interiorização da violência, descrito para o aumento da mortalidade por homicídios masculinos na região Nordeste (WAISELFISZ JJ, 2015; LEITE FMC, et al., 2017).

Na presente investigação, as mulheres jovens foram as principais vítimas de feminicídio, quadro semelhante a outros estudos (MENEGHEL SN e HIRAKATA VN, 2011; GARCIA LP e SILVA GDM, 2016; MENEGHEL SN, et al., 2017). Especula-se que este achado possa estar relacionado a mudanças nos papéis tradicionais de gênero, como, por exemplo, mais mulheres em busca da independência econômica. Essa “inversão” nos papéis tradicionais de gênero é potencialmente promotora de conflitos e os homens desempregados podem usar a violência, ao invés do dinheiro, como ferramenta de exercício de poder (MSHWESHE L, 2020; RIBEIRO MRC, et al., 2020).

Em relação à escolaridade, a maioria das vítimas possuía menos de oito anos de estudo. Todavia, é importante frisar que o feminicídio esteve presente mesmo em grupos com escolaridade superior a 12 anos. Discute-se que a baixa escolaridade da população feminina que sofre agressão seja um marcador de desigualdade de gênero, com reflexão também em outras esferas da vida em sociedade, como a renda média inferior à da população masculina e a menor representação nas esferas de poder político, como a Câmara de Deputados e o Senado Nacional (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010; WORLD ECONOMIC FORUM, 2021). A pouca instrução dessas mulheres, portanto, seria mais um resultado da violência estrutural de gênero e não, por si só, fator causal da maior mortalidade nesse grupo.

Quanto à conjugalidade, é descrito que as mulheres casadas parecem apresentar menor risco de homicídio que as solteiras. Além disso, o risco parece ser maior para aquelas que apenas coabitam com o agressor, comparadas às casadas (SPENCER CM e STITH SM, 2020). Outro marco importante é a separação litigiosa, sendo que cerca de um terço das mulheres tentam obter a separação do agressor ao serem

assassinadas (HARDEN J, et al., 2019; SORRENTINO A, et al., 2020). Esse cenário está relacionado à mudança nos papéis tradicionais de gênero que confere maior autonomia à mulher, sem, todavia, diminuir as disparidades econômicas, o que aumenta a vulnerabilidade e o risco de vitimização e de morte (McCARTHY KJ, et al., 2018; RIBEIRO MRC, et al., 2020).

Em números absolutos, na atual pesquisa, o feminicídio ocorreu 4 vezes mais entre mulheres negras do que entre as brancas. A análise das mortes femininas por agressão no Nordeste brasileiro entre 1980-2014 encontrou significância estatística para a variável raça/cor, com maior prevalência de homicídios entre as negras. Os autores fundamentam o dado no fato de que mulheres negras residem em maior proporção em localidades com grande vulnerabilidade social e desproteção do Estado (MEIRA KC, et al., 2019). Importante ressaltar que as mulheres negras, além de morrerem mais, têm apresentado maior tendência de crescimento da taxa de homicídios. Mulheres brancas, ao contrário, além de morrerem menos, têm apresentado tendência de queda na taxa de homicídios, realçando um marcador da profunda desigualdade racial no País (WAISELFISZ JJ, 2015).

Ao se estudar a violência urbana e doméstica contra a mulher segundo o critério raça/cor, há superioridade do risco de morrer para a população negra, com maior disparidade entre os grupos de jovens e jovens adultos. Além disso, mesmo nas faixa-etárias acima de 30 anos, quando as agressões diminuem, os diferenciais de raça/cor se mantêm (PINTO IV, et al., 2021). Apesar de os óbitos por causas externas apresentarem redução mediante ações do Estado e da sociedade civil organizada, os diferenciais por raça/cor da pele se mantêm, indicando que as medidas atualmente empregadas não agem sobre o racismo estrutural ou desigualdades no acesso aos serviços de saúde e na garantia de direitos (GARCIA LP, et al., 2015; LIZZI EAS, et al., 2021).

O domicílio foi o local de agressão mais frequente, reforçando a ideia de mortes motivadas por questões de gênero e provocadas por parceiro íntimo familiar ou conhecido (MENEGHEL SN e HIRAKATA VN, 2011; HARDEN J, et al., 2019). Entretanto, assim como nem todos os óbitos violentos de mulheres ocorridos no domicílio são decorrentes de questões de gênero, também não é possível afirmar o contrário. Há evidências que 20% dos assassinatos de mulheres cometidos por parceiros íntimos ocorrem em locais públicos e a hipótese aventada para explicar esse fenômeno é a de que muitos parceiros ou ex-parceiros conhecem a rotina das vítimas e podem perpetrar a agressão na saída de casa, do trabalho ou da escola (MEIRA KC, et al., 2019; SORRENTINO A, et al., 2020; SPENCER CM e STITH SM, 2020).

Assim como este estudo, diversos outros descreveram as armas de fogo e perfurocortantes como os principais meios pelos quais se perpetrou a agressão (SOUZA ER, et al., 2017; CAICEDO-ROA M, et al., 2019). Ademais, é relatado aumento proporcional e estatisticamente significativo de feminicídios perpetrados com uso de armas de fogo, o que levanta questionamentos sobre a repercussão do maior acesso ao porte de armas no contexto brasileiro (MEIRA KC, et al., 2019). O uso de arma de fogo pelo agressor no evento de violência anterior ao óbito aumenta a chance de feminicídio (TOPRAK S e ERSOY G, 2017). Muitas vítimas fatais, portanto, sofrem repetidos episódios de violência física antes da morte, porém não encontram amparo legal e social ainda que denunciem a violência doméstica às autoridades (HARDEN J, et al., 2019; SPENCER CM e STITH SM, 2020). Além disso, localidades nos Estados Unidos com menos restrições a armas de fogo apresentam taxas mais altas de homicídios de mulheres por parceiros íntimos (GOLLUB EL e GARDNER M, 2019).

Uma das limitações deste estudo é o desenho ecológico, o qual não permite testar a hipótese em relação ao objeto de estudo. Isto é, as relações estudadas para o grupo podem não representar o que ocorre ao nível do fenômeno individual. Além disso, o uso de dados secundários pode acarretar subestimação dos valores reais, especialmente no Piauí que possui qualidade deficiente de informações no SIM e que possui muitos municípios de pequeno porte, onde há maior chance de baixa captação de óbitos através do registro civil (MORAIS RM e COSTA AL, 2017).

Ademais, a qualidade dos dados também representa uma questão, haja visto que a Declaração de Óbito não discrimina a relação entre o agressor e a vítima e não permite determinar a motivação do homicídio. Essas limitações podem levar a uma estimativa errônea dos óbitos por causas externas, aqui utilizados como

proxy (ou indicador aproximado) de feminicídio. Vale ressaltar que a definição pormenorizada dessas mortes, através da caracterização da relação agressor-vítima, não foi objetivo deste trabalho e que a definição de feminicídio aqui adotada foi a mais abrangente. A correção proposta como metodologia, portanto, pretendeu tornar os dados apresentados representativos mais fidedignos dos eventos reais (GARCIA LP, et al., 2015).

CONCLUSÃO

A mortalidade feminina por agressão apresentou tendência de aumento no Piauí entre 2000 e 2015. A maioria dos TD também apresentou tendência de aumento e nenhum deles demonstrou redução estatisticamente significativa. As mulheres mortas por agressão eram em sua maioria jovens, negras, solteiras e com baixa escolaridade. As agressões foram perpetradas principalmente com armas de fogo ou objetos perfurocortantes. Vale a pena destacar, ainda, que se observou ocorrência de feminicídio em todos os grupos sociodemográficos e territoriais estudados. O presente estudo traz contribuições importantes, principalmente levando em consideração que é o primeiro sobre feminicídio do Piauí. Os dados encontrados reforçam a necessidade de atenção ao problema e de revisão de políticas públicas visando proteger as mulheres da sua ocorrência.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Lei nº 13104, de 9 de março de 2015. Altera o art. 121 do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, para prever o feminicídio como circunstância qualificadora do crime de homicídio, e o art. 1º da Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990, para incluir o feminicídio no rol dos crimes hediondos. Brasília: Ministério da Justiça; 2015. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13104.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%2013.104%2C%20DE%209,no%20rol%20dos%20crimes%20hediondos. Acesso em: 25 ago. 2020.
- CAICEDO-ROA M, et al. Femicídios na cidade de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 2019; 35(6): 1-11.
- GARCIA LP, et al. Estimativas corrigidas de feminicídios no Brasil, 2009 a 2011. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 2015; 4(37): 251-257.
- GARCIA LP, SILVA GDM. Mortalidade de mulheres por agressões no Brasil: perfil e estimativas corrigidas (2011-2013). Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2016.
- GOLLUB EL, GARDNER M. Firearm legislation and firearm use in female intimate partner femicide using National Violent Death Reporting System data. *Preventive Medicine*, 2019; 118: 216-219.
- HARDEN J, et al. Examining attempted and completed intimate partner homicide: a qualitative synthesis. *Violence and Victims*, 2019; 34(6): 869-888.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo 2010. 2010. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/resultados.html>. Acesso em: 5 ago. 2021.
- INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. 2017. Desenvolvimento Humano para Além das Médiadas. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/7804>. Acesso em: 5 ago. 2021.
- LEITE FMC, et al. Análise da tendência da mortalidade feminina por agressão no Brasil, estados e regiões. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2017; 22(9): 2971-2978.
- LEITES GT, et al. Female homicide in Rio Grande do Sul, Brazil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 2014; 17(3): 642-653.
- LIZZI EAS, et al. Homicides of black people in Brazil: a study of different regions, using generalized additive regression models – with a geospatial component. *Geospatial Health*, 2021; 16(1): 62-70.
- McCARTHY KJ, et al. Gender, power, and violence: a systematic review of measures and their association with male perpetration of IPV. *Plos One*, 2018; 13(11): e0207091.
- MEIRA KC, et al. Temporal trend of the homicide rate of Brazilian women. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 2019; 20: e39864.
- MENEGHEL SN, et al. Feminicídios: estudo em capitais e municípios brasileiros de grande porte populacional. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2017; 22(9): 2963-2970.
- MENEGHEL SN, HIRAKATA VN. Feminicídios: homicídios femininos no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 2011; 3(45): 564-574.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília – DF, Brasil, 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 25 ago. 2020.

17. MORAIS RM, COSTA AL. Uma avaliação do Sistema de Informações sobre Mortalidade. *Saúde em Debate*, 2017; 41: 101-117.
18. MSHWESHWE L. Understanding domestic violence: masculinity, culture, traditions. *Heliyon*, 2020; 6(10): e05334.
19. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Violência contra as mulheres. 2017. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5669:folha-informativa-violencia-contra-as-mulheres&Itemid=820. Acesso em: 25 ago. 2020.
20. PINTO IV, et al. Fatores associados ao óbito de mulheres com notificação de violência por parceiro íntimo no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2021; 26(3): 975-985.
21. RIBEIRO MRC, et al. Inversão de papéis tradicionais de gênero e violência por parceiros íntimos na gravidez. *Cadernos de Saúde Pública*, 2020; 36(5): e00113919.
22. SECRETARIA DE ESTADO DO PLANEJAMENTO. Planejamento Participativo Territorial. Teresina, Piauí, 2007. Disponível em: <http://www.seplan.pi.gov.br/ppt.php>. Acesso em: 24 set. 2021.
23. SORRENTINO A, et al. Femicide fatal risk factors: a last decade comparison between Italian victims of femicide by age groups. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2020; 17(21): 7953.
24. SOUZA ER, et al. Homicídios de mulheres nas distintas regiões brasileiras nos últimos 35 anos: análise do efeito da idade-período e coorte de nascimento. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2017; 22(9): 2949-2962.
25. SPENCER CM, STITH SM. Risk factors for male perpetration and female victimization of intimate partner homicide: a meta-analysis. *Trauma, Violence & Abuse*, 2020; 21(3): 527-540.
26. TOPRAK S, ERSOY G. Femicide in Turkey between 2000 and 2010. *Plos One*, 2017; 12(8): e0182409.
27. WAISELFISZ JJ. Mapa da Violência 2015: homicídio de mulheres no Brasil. Brasília: Faculdade Latino-Americana de Ciências Social; 2015. 83 p. Disponível em: www.mapadaviolencia.org.br. Acesso em: 27 jul. 2021.
28. WORLD ECONOMIC FORUM. 2021. Global gender gap: report 2021. Disponível em: https://www3.weforum.org/docs/WEF_GGGR_2021.pdf. Acesso em 21 set. 2021.
29. WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2012. Understanding and addressing violence against women: femicide. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77421/WHO_RHR_12.38_eng.pdf;jsessionid=D0FEA4D7852439F97AB655F0AD4DDE30?sequence=1. Acesso em: 26 ago. 2020.
30. WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2013. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non partner sexual violence. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85239/9789241564625_eng.pdf?sequence=1. Acesso em: 21 set. 2020.