

Homicídios femininos no Rio Grande do Sul, Brasil

Female homicide in Rio Grande do Sul, Brazil

Gabriela Tomedi Leites^{I,II}, Stela Nazareth Meneghel^I, Vania Noemi Hirakata^{III}

RESUMO: O objetivo do estudo foi analisar a mortalidade feminina por agressão no Estado do Rio Grande do Sul, Brasil, utilizando-a como um “marcador” do femicídio. Estudo ecológico que relacionou a mortalidade feminina por agressão no Rio Grande do Sul, segundo as 35 microrregiões do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, com variáveis socioeconômicas e demográficas, de acesso e de saúde. Foi realizada correlação de Pearson entre as variáveis selecionadas e após, regressão linear múltipla com as variáveis que apresentam $p < 0,20$. O coeficiente de mortalidade feminina por agressão padronizado no período 2003 a 2007 foi de 3,1 óbitos para cada 100 mil. Após a regressão linear múltipla, permaneceram no modelo final o coeficiente de mortalidade masculina por agressão ($p = 0,016$), o percentual de internação por álcool ($p = 0,005$) e a proporção de óbitos mal definidos ($p = 0,015$). O modelo tem capacidade explicativa de 39% (r^2 ajustado = 0,391). Os resultados são compatíveis com outros estudos e indicam uma forte relação entre a violência estrutural da sociedade e a violência dirigida contra as mulheres, além da maior ocorrência de mortes femininas em locais onde a hospitalização por consumo de álcool é maior.

Palavras-chave: Homicídio. Feminino. Agressão. Causas de morte. Violência contra a Mulher. Epidemiologia.

^IPrograma de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Porto Alegre (RS), Brasil.

^{II}Pós Graduação em Medical Science, McMaster University – Hamilton (ON), Canada.

^{III}Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação do Hospital de Clínicas de Porto Alegre – Porto Alegre (RS), Brasil.

Autor correspondente: Gabriela Tomedi Leites. Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rua São Manoel, 963, Rio Branco, CEP: 90620-110, Porto Alegre, RS, Brasil. E-mail: gabitomedi@yahoo.com.br

Conflito de interesses: nada a declarar – **Fonte de financiamento:** Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Projeto Femicídios e Assassinatos Baseados em Gênero do Rio Grande do Sul, Edital Mulheres, Gêneros e Feminismos, Processo nº 401870, 2010-3.

ABSTRACT: This study aimed to assess the female homicide rate due to aggression in Rio Grande do Sul, Brazil, using this as a “proxy” of femicide. This was an ecological study which correlated the female homicide rate due to aggression in Rio Grande do Sul, according to the 35 microregions defined by the Brazilian Institute of Geography and Statistics (IBGE), with socioeconomic and demographic variables access and health indicators. Pearson’s correlation test was performed with the selected variables. After this, multiple linear regressions were performed with variables with $p < 0.20$. The standardized average of female homicide rate due to aggression in the period from 2003 to 2007 was 3.1 obits per 100 thousand. After multiple regression analysis, the final model included male mortality due to aggression ($p = 0.016$), the percentage of hospital admissions for alcohol ($p = 0.005$) and the proportion of ill-defined deaths ($p = 0.015$). The model have an explanatory power of 39% (adjusted $r^2 = 0.391$). The results are consistent with other studies and indicate a strong relationship between structural violence in society and violence against women, in addition to a higher incidence of female deaths in places with high alcohol hospitalization.

Keywords: Homicide. Female. Aggression. Cause of death. Violence against women. Epidemiology.

INTRODUÇÃO

A violência contra a mulher foi reconhecida como um problema de saúde pública desde a década de 1990¹, e embora tenham-se obtido avanços nas políticas públicas, ainda há muito a fazer principalmente no que tange à prevenção das formas mais graves. Esse tipo de violência, atualmente denominada violência de gênero, ocorre em um *continuum*, cujas situações extremas incluem tortura, mutilações, violência sexual e assassinato baseado em gênero, definido como femicídio²⁻⁴.

O termo femicídio foi utilizado pela primeira vez em 1976, por Diana Russel, em um Tribunal Internacional de Crimes contra Mulheres⁴. Ela conceituou femicídio como assassinatos pautados em gênero, nos quais mulheres são mortas unicamente pelo fato de serem mulheres.

Nas Américas ocorreu uma discrepância na tradução/adaptação do conceito. Países como México e Chile passaram a utilizar o termo femicídio para caracterizar quaisquer assassinatos de mulheres e feminicídio para falar em assassinatos pautados em gênero. Por outro lado, ativistas da América Central têm utilizado a expressão femicídio para caracterizar os assassinatos misóginos de mulheres. Enfim, ambas as expressões podem ser usadas com o mesmo significado^{3,5,6}.

O conceito de femicídio é político e representa uma violação contínua e sistêmica dos direitos das mulheres, caracterizando uma forma de dominação, exercício de poder e controle^{7,8}. Nos últimos anos vários países incorporaram leis de tipificação penal para esse tipo de crime,

quer seja utilizando o termo femicídio, quer seja tratando-os como feminicídios. Dentre esses países estão El Salvador, Costa Rica, Guatemala, Chile, Peru, México e Nicarágua⁹.

Estudos demonstram que aproximadamente 60 a 70% dos homicídios femininos podem ser considerados femicídios, além do fato de que mais de um terço das mulheres assassinadas são mortas pelos companheiros, enquanto que apenas 3% dos homicídios masculinos são executados por mulheres, e a maioria em situações de legítima defesa^{3,5,7}.

A violência contra mulheres tem se mostrado mais prevalente em situações de iniquidade de gênero, em locais e cenários onde a ordem patriarcal é mais rígida. Estudiosas feministas consideram que a misoginia, o machismo e o controle de mulheres decorrentes do sistema patriarcal são fatores predisponentes às violências e aos femicídios¹⁰.

Por outro lado, autores não feministas consideram que os femicídios são perpetrados independente da perspectiva de gênero e aumentam na vigência de violência estrutural^{11,12}. O femicídio ocorre em maiores taxas em locais onde o Estado não se faz presente, além disso, muitos agressores possuem envolvimento com o narcotráfico e atividades criminosas^{3,13}.

Têm sido observadas diferenças regionais e entre países nas taxas e nos tipos de femicídio. Nos Estados Unidos e no Canadá, grande parte dos femicídios é cometida por companheiro ou ex-companheiro; no México, têm sido relacionados com o narcotráfico e a violência urbana; e na Guatemala, os índices de femicídios chegaram a níveis de uma epidemia que se mantém devido à impunidade dos agressores^{10,14}.

O Brasil, um país de dimensões continentais, apresenta diferenças acentuadas nos coeficientes de mortalidade feminina por agressão. Nos últimos 30 anos, mais de 90 mil mulheres foram assassinadas. Dados disponibilizados no Mapa da Violência mostram que os homicídios femininos aumentaram de 2,3 por 100 mil em 1980 para 4,4 em 2010¹⁵. Embora esses dados não tenham sido padronizados, a maior parte das mortes corresponde a mulheres jovens.

Neste cenário, o Rio Grande do Sul apresenta uma média de 3 mortes para cada 100 mil mulheres. O Rio Grande do Sul é uma região brasileira de atividade econômica predominantemente agropastoril e a cultura tradicional gaúcha segue um modelo patriarcal, ancorado na noção da honra¹⁶. Os princípios da cultura de honra reforçam as diferenças nos papéis sexuais, cabendo aos homens zelar pelo comportamento moral e sexual das mulheres. Nesse contexto, as mulheres pertencem aos homens, que irão corrigi-las através da violência quando elas infringirem as normas sociais de gênero, sendo infiéis aos maridos, abandonando-os ou mesmo se mostrando demasiado independentes¹⁷.

O objetivo deste estudo foi analisar a mortalidade feminina por agressão no estado do Rio Grande do Sul, relacionando-a com indicadores socioeconômicos e demográficos, de acesso a serviços e de saúde.

METODOLOGIA

Este é um estudo ecológico que relacionou a mortalidade feminina por agressão segundo as microrregiões do estado do Rio Grande do Sul, Brasil, com variáveis demográficas,

socioeconômicas, de acesso a serviços e de saúde para o período de 2003 a 2007. Faz parte de uma pesquisa maior denominada “Femicídios e assassinatos baseados em gênero no Rio Grande do Sul”^{*} e dá continuidade à análise ecológica da mortalidade feminina por agressão nas Unidades da Federação brasileiras¹⁸.

Assim como na pesquisa anterior¹⁸, o total de homicídios femininos foi utilizado como um “indicador ou marcador do femicídio”, considerando que 60 a 70% dessas mortes femininas por agressão são femicídios^{3,5,7}. Trabalhar com o total das mortes femininas por agressão pode superestimar os reais valores do evento, porém, acredita-se que essa possível superestimativa possa compensar os diagnósticos mal definidos, em que homicídios femininos foram classificados como outros tipos de mortes violentas (suicídios ou acidentes). Esse fato pode ocorrer mesmo no Rio Grande do Sul, onde a qualidade do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) do Sistema Único de Saúde (SUS) é considerada boa e a cobertura é próxima a 100%¹⁹.

Utilizou-se como variável dependente o coeficiente de mortalidade feminina por agressão, compreendendo os homicídios femininos correspondentes ao intervalo de X85 – Y09, da Classificação Internacional de Doenças (CID-10). Esse dado foi obtido no SIM, utilizando como denominador os dados populacionais disponibilizados pelo DATASUS. O coeficiente foi calculado segundo as 35 microrregiões do Rio Grande do Sul para o período de 2003 a 2007, reduzindo, assim, as oscilações temporais, comuns em eventos de pequena magnitude. Os coeficientes de mortalidade foram padronizados utilizando como população padrão a fornecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para o período 2000 – 2025²⁰.

As variáveis independentes foram obtidas através de dados secundários publicados pela Fundação de Economia Estatística do Rio Grande do Sul (FEE-RS)²¹, pelo Ministério da Saúde/DATASUS²² e pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)²³.

As variáveis independentes foram compostas por 23 indicadores, subdivididos nas seguintes classificações: (a) socioeconômicos e demográficos: Índice de Desenvolvimento Socioeconômico (IDESE) (total, bloco renda, educação, saneamento e domicílios, saúde). O IDESE é um índice sintético, inspirado no Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), que abrange um conjunto de indicadores sociais e econômicos, classificados em quatro blocos temáticos: educação, renda, saneamento/domicílios e saúde, e que tem por objetivo mensurar e acompanhar o nível de desenvolvimento do Estado²¹. Os outros indicadores foram: alfabetização (percentual de população alfabetizada, percentual de eleitores analfabetos e percentual de eleitores do sexo feminino); conjugalidade feminina (coeficiente de mulheres casadas e coeficiente de mulheres separadas/divorciadas); taxa de natalidade (número de nascidos vivos para cada mil habitantes); aglomeração (percentual de moradores por domicílio segundo os estratos: 1 a 3, 3 a 6, e mais que 7); mulheres responsáveis pelo domicílio (percentual); religião (percentual de católicos e de evangélicos); raça/cor (percentual de brancos e de negros) (b) acesso: urbanização (percentual de população urbana); comunicação

^{*}MENEGHEL SN. Femicídios: assassinatos pautados em gênero no Rio Grande do Sul. Projeto de Pesquisa aprovado pelo CNPq, 2010.

(número de terminais telefônicos em serviço segundo a população; número de veículos registrados segundo a população; distância em quilômetros da capital); (c) saúde: coeficiente de mortalidade masculina por agressão, coeficiente de mortalidade infantil, coeficiente de mortalidade por câncer de mama e colo de útero, coeficiente de mortalidade por síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) (masculina e feminina), proporção de óbitos mal definidos (masculina e feminina), expectativa de vida, cobertura da Estratégia da Saúde da Família (percentual), número de consultas médicas/habitante e coeficiente de hospitalização por álcool (hospitalizações segundo a população).

Os dados foram compilados e avaliados utilizando o programa SPSS versão 18.0. Os coeficientes padronizados de mortalidade feminina por agressão segundo microrregiões do estado para o período 2003 – 2007 foram relacionados às demais variáveis por meio do coeficiente de correlação de Pearson e após, foi realizada uma regressão linear múltipla, com seleção das variáveis pelo método *stepwise backward*. Foram incluídas no modelo multivariável oito variáveis que apresentaram valores de $p < 0,20$ na correlação de Pearson, sendo excluídas aquelas que apresentaram multicolinearidade: moradores por domicílio e proporção de óbitos mal definidos femininos, testadas através do fator de inflação da variância.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Saúde Pública da Secretaria de Estado de Saúde do Rio Grande do Sul, sob o protocolo nº 473/09. Não há conflito de interesse relacionado a presente investigação.

RESULTADOS

No Rio Grande do Sul, no período de 2003 – 2007, o coeficiente de mortalidade feminino por agressão médio padronizado foi de $3,1 \pm 1,4$ óbitos/100.000. Na Figura 1 encontram-se os coeficientes médios padronizados de mortalidade feminina por agressão segundo as 35 microrregiões do estado. As microrregiões que apresentaram maiores coeficientes no período foram: Frederico Westphalen (6,2), Ijuí (5,6), Vacaria (5,2), Campanha Meridional (4,7), Passo Fundo (4,2), Cruz Alta (4,1) e Porto Alegre (4,1).

A Tabela 1 apresenta as 23 variáveis independentes selecionadas no estudo, segundo a fonte, ano de obtenção do dado, média, desvio padrão e valor máximo e mínimo.

A Tabela 2 apresenta as correlações bivariadas entre mortalidade feminina por agressão nas microrregiões do Estado do Rio Grande do Sul, no período 2003 – 2007 e as variáveis independentes. Dentre as variáveis socioeconômicas e demográficas analisadas, houve associação com renda medida pelo IDESE, número de moradores por domicílio (1 a 3 e 3 a 6), conjugalidade de mulheres e religião católica. As variáveis relacionadas ao acesso não estiveram associadas e, em relação ao bloco saúde, mostraram-se significativos o coeficiente de mortalidade masculina por agressão, o coeficiente de hospitalização por álcool, a cobertura de Estratégia de Saúde da Família e a proporção de óbitos mal definidos em homens.

Foram incluídas no modelo de regressão linear múltipla as variáveis que apresentaram $p < 0,20$, excluídas aquelas em que houve multicolinearidade: aglomeração (número de

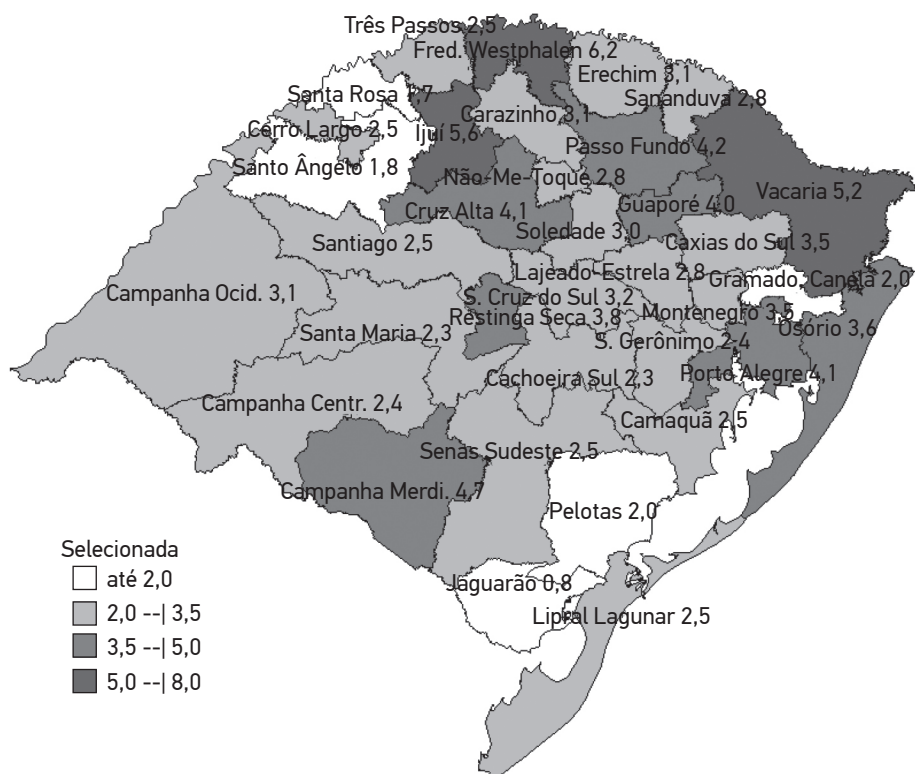


Figura 1. Coeficiente de mortalidade feminina por agressão segundo microrregiões do estado do Rio Grande do Sul, 2003 – 2007.

Tabela 1. Variáveis independentes do estudo, fonte de obtenção, média, desvio padrão, valores máximo e mínimo.

Tipo de variáveis	Fonte, ano	Média	Desvio padrão	Mínimo/máximo
Socioeconômicas e demográficas				
IDESE	FEE, 2006 ²¹	0,73	0,03	(0,68 – 0,81)
IDESE bloco educação	FEE, 2006 ²¹	0,85	0,01	(0,80 – 0,89)
IDESE bloco renda	FEE, 2006 ²¹	0,73	0,05	(0,63 – 0,83)
IDESE bloco saneamento e domicílios	FEE, 2006 ²¹	0,50	0,09	(0,34 – 0,71)
Densidade demográfica (hab/km ²)	FEE, 2009 ²¹	54,4	111,1	(7,1 – 668,6)
Alfabetização (%)	DATASUS, 2000 ²²	82,0	2,4	(74,0 – 86,1)
Eleitores analfabetos (%)	FEE, 2007 ²¹	4,4	1,7	(1,5 – 9,6)
Eleitores do sexo feminino (%)	FEE, 2007 ²¹	50,9	0,9	(49,2 – 52,8)
Coefficiente de mulheres casadas/1.000 mulheres	FEE, 2007 ²¹	7,3	6,7	(1,3 – 44,9)
Coefficiente de mulheres separadas/1.000 mulheres	FEE, 2007 ²¹	3,2	4,3	(0,2 – 27,4)

Continua...

Tabela 1. Continuação.

Tipo de variáveis	Fonte, ano	Média	Desvio padrão	Mínimo/máximo
Taxa de natalidade	SIDRA/IBGE, 2000 ²³	11,9	1,2	(8,8 – 14,2)
Moradores por domicílio (1 – 3) (%)	SIDRA/IBGE, 2000 ²³	44,7	2,3	(39,0 – 50,8)
Moradores por domicílio (3 – 6)(%)	SIDRA/IBGE, 2000 ²³	50,5	2,2	(45,9 – 54,3)
Moradores por domicílio (> 7) (%)	SIDRA/IBGE, 2000 ²³	4,7	1,2	(1,8 – 7,9)
Mulheres responsáveis pelo domicílio (%)	SIDRA/IBGE, 2000 ²³	14,6	14,2	(1,6 – 92,0)
População católica (%)	SIDRA/IBGE, 2000 ²³	78,7	9,3	(50,7 – 96,1)
População evangélica (%)	SIDRA/IBGE, 2000 ²³	14,7	6,8	(3,0 – 31,4)
População branca (%)	SIDRA/IBGE, 2000 ²³	86,9	3,4	(79,7 – 94,2)
População negra (%)	SIDRA/IBGE, 2000 ²³	12,2	3,3	(5,5 – 19,3)
Acesso				
Urbanização (%)	FEE, 2006 ²¹	72,4	13,6	(46,2 – 96,9)
Coefficiente de terminais telefônicos	FEE, 2007 ²¹	154,8	42,5	(87,2 – 279,8)
Coefficiente de veículos registrados	FEE, 2007 ²¹	353,5	57,8	(256,8 – 493,3)
Distância de Porto Alegre (km)	FEE, 2008 ²¹	283,4	149,5	(0 – 642,0)
Saúde				
Coefficiente de mortalidade masculina por agressão	DATASUS, 2007 ²²	20,4	11,5	(3,3 – 66,5)
Coefficiente de mortalidade infantil	FEE, 2007 ²¹	13,3	2,8	(8,3 – 18,7)
Coefficiente de mortalidade por AIDS (homens)	DATASUS, 2007 ²²	13,7	18,6	(0,6 – 75,8)
Coefficiente de mortalidade por AIDS (mulheres)	DATASUS, 2007 ²²	10,9	15,7	(0,3 – 52,5)
Coefficiente de mortalidade por câncer de colo de útero	DATASUS, 2007 ²²	6,4	5,1	(0,6 – 26,3)
Coefficiente de mortalidade por câncer de mama	DATASUS, 2007 ²²	17,2	5,0	(9,3 – 29,3)
Mortalidade de homens por causa mal definida (%)	DATASUS, 2007 ²²	4,9	3,1	(0,7 – 12,8)
Mortalidade de mulheres por causa mal definida (%)	DATASUS, 2007 ²²	5,1	2,8	(0,6 – 11,8)
Expectativa de vida ao nascer	FEE, 2007 ²¹	71,9	1,7	(68,3 – 75,3)
Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (%)	DATASUS/SIAB, 2007 ²²	42,0	17,7	(8,4 – 74,6)
Consultas médicas por habitante/ano	DATASUS/SIAB, 2007 ²²	1,5	0,3	(0,3 – 2,0)
Coefficiente de hospitalização por álcool	DATASUS/SIAB, 2007 ²²	79,7	57,7	(11,5 – 294,1)

IDESE: Índice de Desenvolvimento Socioeconômico; FEE: Fundação de Economia e Estatística do Rio Grande do Sul; DATASUS: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde; IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; SIDRA/IBGE: Sistema IBGE de Recuperação Automática; SIAB: Sistema de Informação da Atenção Básica; AIDS: Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.

Tabela 2. Correlações entre mortalidade feminina por agressão (2003 – 2007) e variáveis independentes, Rio Grande do Sul.

Tipo de variáveis	r	Valor p
Socioeconômicas e demográficas		
IDESE	0,560	0,768
IDESE bloco renda	0,270	0,112
IDESE bloco educação	0,430	0,807
IDESE bloco saneamento e domicílios	-0,082	0,639
Densidade demográfica (habitantes/km ²)	0,155	0,375
Alfabetização (%)	0,320	0,859
Eleitores analfabetos (%)	-0,081	0,644
Eleitores do sexo feminino (%)	-0,020	0,911
Mulheres casadas (por 1.000)	0,222	0,199
Mulheres separadas/divorciadas (por 1.000)	0,273	0,113
Taxa de natalidade	0,530	0,762
Moradores por domicílio (1 – 3)	-0,478	0,004
Moradores por domicílio (3 – 6)	0,445	0,007
Moradores por domicílio (> 7)	0,109	0,542
Mulheres responsáveis pelo domicílio (%)	-0,200	0,249
Católicos (%)	0,240	0,165
Evangélicos (%)	0,078	0,658
Branco (%)	-0,201	0,246
Negros (preto + pardos) (%)	0,150	0,391
Acesso		
Urbanização (%)	-0,113	0,512
Terminais telefônicos (por mil habitantes)	0,163	0,349
Coefficiente de veículos registrados	0,112	0,521
Distância de Porto Alegre (km)	-0,071	0,683
Saúde		
Coefficiente mortalidade masculina agressão	0,397	0,018
Coefficiente de mortalidade infantil	0,010	0,957
Expectativa de vida ao nascer	-0,019	0,913
Cobertura de Estratégia de Saúde da Família	0,224	0,196
Média de consultas médicas	-0,032	0,720
Coefficiente de hospitalização por álcool	0,406	0,015
IDESE bloco saúde	-0,610	0,726
Coefficiente Mortalidade AIDS (homens)	-0,121	0,502
Coefficiente mortalidade AIDS (mulheres)	-0,173	0,375
Coefficiente mortalidade câncer colo útero	-0,028	0,874
Coefficiente mortalidade câncer mama	-0,123	0,482
Mortalidade causas mal definidas (homens)	0,416	0,013
Mortalidade causas mal definidas (mulheres)	0,335	0,490

IDESE: Índice de Desenvolvimento Socioeconômico; AIDS: Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.

moradores por domicílio) e óbitos mal definidos em mulheres. Permaneceram no modelo final de regressão múltipla, explicando a mortalidade feminina por agressão, o coeficiente de mortalidade masculina por agressão ($p = 0,016$), hospitalização por álcool ($p = 0,005$) e mortalidade masculina por causas mal definidas ($p = 0,015$), que no modelo final apresentou uma associação negativa ($Beta = -0,348$). (Tabela 3). Em conjunto, essas três variáveis explicam a mortalidade por agressão em mulheres em 39% (r^2 ajustado = 0,391).

DISCUSSÃO

O coeficiente padronizado de mortalidade feminina por agressão encontrado no Rio Grande de Sul em 2003 – 2007 (3,10 óbitos/100.000) foi inferior ao encontrado no Brasil no mesmo período (4,10/100.000)¹⁵, porém, em 7 microrregiões gaúchas foram encontrados valores superiores aos do país.

As microrregiões que apresentaram os maiores coeficientes de mortalidade feminina por agressão encontram-se entre as mais representativas economicamente na agropecuária do Estado do Rio Grande do Sul, como: Passo Fundo (3º lugar), Vacaria (5º lugar), Cruz Alta (6º lugar) e Frederico Westphalen (7º lugar)²⁴. Sabe-se que em regiões de pecuária há uma valorização acentuada dos papéis sexuais masculinos, em que a coragem, a força e a virilidade dos homens são exaltadas e consideradas fundamentais para o trabalho com o gado, estendendo-se para as relações de gênero e vida diária. Além do mais, não só no Rio Grande do Sul, mas em outras regiões rurais brasileiras que possuem a mesma matriz econômica, ainda se mantêm fortemente valores tradicionais patriarcais que estimulam o machismo e a submissão das mulheres aos homens²⁵.

Ao analisar “a face masculina” da violência contra as mulheres, essa tem sido associada à própria construção da masculinidade, presente na socialização dos meninos, na conexão entre virilidade e violência enfatizada pelos papéis sexuais e nos princípios das culturas regidas pela honra¹⁶.

Os femicídios têm sido frequentes em situações de desigualdade e discriminação de gênero, padrões de masculinidade hegemônica expressas pela agressividade e pelo machismo^{3,9,10}. No Rio Grande do Sul, assim como no Brasil¹⁸, a mortalidade masculina e a feminina por agressão estiveram associadas, evidenciando a maior prevalência de violência contra a mulher em locais onde a violência entre homens também é elevada. Essa associação entre um indicador de violência estrutural (os homicídios masculinos) e um indicador de violência de gênero (as mortes femininas por agressão), corrobora a percepção de que as violências apresentam-se intrinsecamente ligadas, ou seja, onde a sociedade é mais violenta, as mulheres são mais penalizadas. Outros estudos mostraram que violência estrutural e desorganização social são fatores que aumentam a vulnerabilidade das mulheres, e em territórios disputados pelo tráfico, conflitos armados e violações de direitos humanos, os crimes de gênero são frequentes^{3,9,14}.

Tabela 3. Modelo de regressão linear multivariada, variáveis de entrada e modelo final com a variável dependente a mortalidade feminina por agressão.

Variáveis	β padronizado	β (IC95%)	Valor p
Modelo de entrada			
IDESE bloco renda	- 0,170	(-7,620 – 6,980)	0,918
Coefficiente separações e divórcios femininos	- 0,159	(-1,250 – 0,376)	0,278
Coefficiente casamentos femininos	0,154	(-0,498 – 1,360)	0,346
Cobertura ESF	- 0,004	(-0,250 – 0,250)	0,983
Coefficiente mortalidade masculina por agressão	0,321	(0,001 – 0,062)	0,041
Coefficiente de hospitalização por álcool	0,399	(0,000 – 0,016)	0,049
Mortalidade por causas mal definidas masculina	- 0,340	(-0,249 – -0,004)	
Modelo final			
Coefficiente mortalidade masculina por agressão	0,346	(0,007 – 0,062)	0,016
Coefficiente de hospitalização por álcool	0,402	(0,003 – 0,013)	0,005
Mortalidade por causas mal definidas masculina	-0,348	(-0,232 – -0,270)	0,015

β : coeficiente beta; IC95%: intervalo de confiança de 95%; IDESE: Índice de Desenvolvimento Socioeconômico;

SF: Estratégia de Saúde da Família.

Entendemos, portanto, que essas situações não são mutuamente excludentes e que a violência estrutural potencializa a violência de gênero. Consideramos, então, que a mortalidade masculina por agressão reflete condições de violência na sociedade, cenário que agudiza a desigualdade de gênero, inclusive os femicídios, perpetrados por parceiros íntimos e por homens estranhos em lugares públicos.

Neste trabalho foi encontrada uma relação entre o coeficiente de hospitalização por álcool e as mortes femininas por agressão. Vários estudos têm observado maior consumo de drogas lícitas e ilícitas em famílias onde há violência dirigida às mulheres ou quando o agressor utiliza álcool e drogas²⁶⁻²⁸, caracterizando o consumo de álcool como um fator de risco para a violência contra a mulher.

A relação entre consumo de álcool e crime é reconhecida como um sério problema social e de saúde pública, na medida em que o álcool age como um fator de liberação de comportamentos agressivos, devido ao estímulo farmacológico, e tem sido usado como justificativa para os comportamentos abusivos tanto pelos perpetradores quanto pelos profissionais e operadores das instituições^{28,29}.

Porém, nos últimos anos, pesquisadores criticaram a atribuição causal da violência a comportamentos aditivos, como álcool e drogas, mostrando que isso pode minimizar o caráter sociocultural da violência^{17,30}. É preciso salientar que o álcool não é um fator determinante da violência e que assumir essa causalidade significa mascarar as causas sociais e estruturais desse fenômeno²⁹. Enfim, o fato de encontrar uma associação entre alcoolismo e as violências não significa que o álcool seja a causa das agressões contra as mulheres, mas que o abuso de álcool e agressão possam estar respondendo a condicionantes comuns³⁰.

Uma última relação que encontramos foi a associação negativa entre as mortes por causas mal definidas em homens e a mortalidade feminina por agressão. Esse fato indica que

nos locais onde há um percentual maior de óbitos mal definidos, por dificuldade de acesso à assistência médica ou má qualidade do sistema de informação, há maior prevalência de mortes femininas por agressão.

CONCLUSÃO

Esta investigação faz parte de uma pesquisa maior cujo objetivo foi analisar as mortes femininas por agressão sob a perspectiva quantitativa, utilizando dados secundários. A ideia foi averiguar a existência de associações entre os homicídios femininos e variáveis que possam sinalizar cenários de maior risco para a ocorrência de feminicídios.

A violência estrutural expressa pela elevada taxa de homicídios masculinos e a hospitalização por uso de álcool foram os principais fatores associados à mortalidade feminina por agressão. Esses achados corroboram a ideia de que o enfrentamento da violência não pode ocorrer apenas pautando-se em fatores individuais das vítimas e dos agressores.

Este é um estudo de delineamento ecológico e, portanto, sujeito a falácias ecológicas decorrentes do próprio desenho da investigação, tais como limitações pelo uso de dados secundários. De qualquer modo, estudos ecológicos possibilitam explorar aspectos macroestruturais na distribuição de determinantes da violência, já que essa é um fenômeno social, e além do mais, estão isentos de falácias individualistas ou atomísticas^{31,32} que afetam pesquisas cuja unidade de observação são os indivíduos.

REFERÊNCIAS

- Hartigan P. PAHO focuses on the problem of violence against women. *Rev Panam Salud Publica* 1997; 2(4): 290-4.
- Antony C. Compartilhando critérios e opiniões sobre feminicídio/femicídio. In: CLADEM. Contribuições ao Debate sobre a Tipificação Penal Femicídio/Feminicídio. Lima: Cladem [Internet]. 2012. Disponível em: http://www.compromissoeatitude.org.br/wp-content/uploads/2013/10/CLADEM_TipificacaoFeminicidio2012.pdf. (Acessado em 21 de julho de 2012).
- Carcedo A (coord.) No olvidamos ni aceptamos: feminicídio em Centroamérica, 2000-2006. San José: Asociación Centroamericana de Información y Acción; 2010.
- Radford J, Russell DEH. *Femicide: the politics of woman killing*. New York: Twayne; 1992.
- Carcedo A, Sagot M. *Femicidio en Costa Rica 1990-1999. Colección Teórica*, 1. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2000.
- Monarrez Fragoso J. Feminicidio serial em Ciudad Juarez: 1993-2001. *Debate Fem* 2002; 13 (25): 279-305. Disponível em; http://www.debatefeminista.com/descargas.php?archivo=femici779.pdf&id_articulo=779. (Acessado em 21 de julho de 2012).
- Campbell JC, Glass N, Sharps PW, Laughon K, Bloom T. Intimate partner homicide: review and implications of research and policy. *Trauma Violence Abuse* 2007; 8(3): 246-69.
- Taylor R, Jasinski JR. Femicide and the feminist perspective. *Homicide Stud* 2011; 15(4): 341-62.
- Munévar DI. Delito de feminicidio: muerte violenta de mujeres por razones de género. *Est Socio-Juríd Bogotá (Colombia)* 2012; 14(1): 135-75.

10. Wright MW. Necropolitics, narcopolitics, and femicide: gendered violence on the Mexico-U.S. border. *Signs (Chic)* 2011; 36(3): 707-31.
11. Felson RB, Lane KJ. Does violence involving women and intimate partners have a special etiology? *Criminology* 2010; 48(1): 321-38.
12. Frye V, Wilt S. Femicide and social desorganization. *Violence Against Wom* 2001; 7(3): 335-51.
13. Gondolf EW, Shestakov D. Spousal homicide in Russia versus the United States: preliminary findings and implications. *J Fam Violence* 1997; 12(1): 63-74.
14. Carey D Jr, Torres MG. Precursors to femicide: Guatemalan women in a vortex of violence. *Latin Am Res Rev* 2010; 45(3): 142-64.
15. Brasil. Mapa da Violência 2012: Os novos Padrões da Violência Homicida no Brasil. Caderno complementar 1. Homicídio de mulheres no Brasil. 2012. Disponível em: <http://www.mapadaviolencia.org.br>. (Acessado em 21 de julho de 2012).
16. Peristiany JG, Pitt-Rivers J (eds.). *Honor and Grace in Anthropology*. Cambridge: Cambridge University Press; 1992.
17. Biglia B, San Martin C. Estado de wonderbra: entretejiendo naraciones feministas sobre las violencias de género. Barcelona: Virus Editorial; 2007.
18. Meneghel SN, Hirakata VN. Femicides: female homicide in Brazil. *Rev Saúde Pública* 2011; 45(3): 564-74.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema Nacional de Vigilância em Saúde. Rio Grande do Sul. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
20. World Health Organization (WHO). Standard population 2000-2025. Disponível em: <http://seer.cancer.gov/stdpopulations/world.who.html>. (Acessado em 21 de julho de 2012).
21. Fundação de Economia e Estatística (FEE). Série Histórica Nova Tecnologia. Índice de Desenvolvimento Socioeconômico (IDESE) nos municípios do Rio Grande do Sul – 2010. Disponível em: <http://www.fee.rs.gov.br/indicadores/indice-de-desenvolvimento-socioeconomico/serie-historica-nova-metodologia/>. (Acessado em 26 de junho de 2012).
22. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), 2000. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>. (Acessado em 26 de junho de 2012).
23. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Sistema IBGE de Recuperação Eletrônica (SIDRA), 2000. Disponível em: <http://www.sidra.ibge.gov.br/>. (Acessado em 26 de junho de 2012).
24. Rovani FFM, Oliveira LCB, Cassol R. Caracterização das microrregiões do Rio Grande do Sul a partir de técnicas quantitativas e da cartografia temática. *Revista Discente Expressões Geográficas* 2010; 6: 41-54.
25. Azevedo MA. Mulheres espancadas: a violência denunciada. São Paulo: Cortez; 1985.
26. Murphy CM, O' Farrell TJ, Fals-Stewart W, Feehan M. Correlates of intimate partner violence among male alcoholic patients. *J Consult Clin Psychol* 2001; 69(3): 528-40.
27. Roberts SC. What can alcohol researchers learn from research about the relationship between macro-level gender equality and violence against women? *Alcohol Alcohol* 2011; 46(2): 95-104.
28. Rabello PM, Caldas Júnior AF. Violência contra a mulher, coesão familiar e drogas. *Rev Saúde Pública* 2007; 41(6): 970-8.
29. Cook PJ, Moore MJ. Violence reduction through restrictions on alcohol availability. *Alc Hlth Res World* 1993; 17(2): 151-6.
30. Angulo-Tuesta AJ. Gênero e violência no âmbito doméstico: a perspectiva dos profissionais de saúde [dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 1997.
31. Grana SJ. Sociostrutural considerations of domestic femicide. *J Fam Violence* 2001; 16(4): 421-35.
32. Aquino R, Gouveia N, Teixeira MG, Costa MC, Barreto ML. Estudos ecológicos. Desenho de estudos agregados. In: Almeida Filho N, Barreto ML. *Epidemiologia & Saúde: fundamentos, métodos, aplicações*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011. p. 175-85.

Recebido em: 03/04/2013

Versão final apresentada em: 27/11/2013

Aceito em: 28/04/2014