

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSIQUIATRIA E CIÊNCIAS DO
COMPORTAMENTO

ANGELITA MARIA FERREIRA MACHADO RIOS

HOMICÍDIOS FEMININOS EM PORTO ALEGRE ENTRE 2010 - 2016

Porto Alegre

2021

ANGELITA MARIA FERREIRA MACHADO RIOS

HOMICÍDIOS FEMININOS EM PORTO ALEGRE ENTRE 2010 - 2016

Tese apresentada como requisito parcial à obtenção do grau de Doutora em Psiquiatria, no Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Ciências do Comportamento, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientador: Prof. Dr. Pedro Vieira da Silva Magalhães

Co-orientadora: Prof. Dra. Lisieux E. de Borba Telles

Porto Alegre

2021

FOLHA DE APROVAÇÃO

ANGELITA MARIA FERREIRA MACHADO RIOS

Tese apresentada como requisito parcial à obtenção do grau de Doutora em Psiquiatria, no Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Ciências do Comportamento, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientador: Prof. Dr. Pedro Vieira da Silva Magalhães

Co-orientadora: Prof. Dra. Lisieux Borba Telles

Porto Alegre, novembro de 2021

BANCA EXAMINADORA:

Profa. Dra. Lúcia Helena Freitas
Médico Psiquiatra, professora da UFRGS

Profa. Dra. Teresa Magalhães
Médica-Legista, Professora da Universidade do Porto

Prof. Dr. Franklin Estuardo Escobar Córdoba
Psiquiatra Forense, Professor da Universidad Nacional de Colombia

Dedico este trabalho a todos profissionais que trabalham na elucidação dos casos de violência e nos locais de morte: aos técnicos em perícia, motoristas da remoção, peritos médicos-legistas, peritos criminais, aos servidores administrativos e terceirizados do Departamento Médico-Legal e dos demais Departamentos do Instituto Geral de Perícias. Que nosso trabalho diário possa trazer paz e conforto aos familiares das vítimas.

AGRADECIMENTOS

À minha família pelo apoio, incentivo e compreensão. Ao Roberto, meu esposo, pela parceria diária. Aos filhos Rafael e Vanessa pelas ajudas tecnológicas e a torcida revigorante.

Aos meus pais, pelo gosto pelos estudos e o prazer da leitura.

Aos Professores Pedro e Lisieux, pela amizade, companheirismo, incentivo e ensinamentos ao longo destes anos.

Aos colegas do grupo de pesquisa, que tornaram o estudo mais significativo e atraente.

Ao perito criminal Anderson Morales e ao colega médico Murilo pela dedicação e interesse no estudo.

À equipe de peritos “Psi” pelo apoio, à Silvia e equipe técnica do Setor de Perícias Psíquicas do Departamento Médico-Legal pelo auxílio no levantamento de dados e pela presença animadora no momento do café, com discussões e debates que tornaram a jornada mais leve.

Aos servidores da Reprografia e à equipe de Remoção Fúnebre pelo suporte técnico nos casos de dados incompletos.

RESUMO

Introdução: Mortes violentas de mulheres têm sido um problema social crescente em todo o mundo. Vários fatores de risco vêm sendo identificados para a morte violenta e prematura de mulheres: idade jovem, ruptura da relação afetiva por parte da mulher, troca de parceiros, baixa escolaridade, ocupação não remunerada ou renda insuficiente, violência prévia na relação ou na gestação, consumo de álcool/drogas pelo agressor/vítima ou ambos e acesso facilitado às armas de fogo. Na América Latina e no Brasil, além da violência relacionada ao gênero (familiar e sexual), tem sido observado os homicídios femininos relacionados à violência urbana e ao crescimento das atividades criminais na região. **Objetivo:** descrever as características dos homicídios em meninas e mulheres, ocorridos entre janeiro de 2010 e dezembro de 2016 e que foram examinadas no necrotério do Departamento Médico-Legal (DML) de Porto Alegre/Brasil, a partir da análise de variáveis sociodemográficas, criminais e médico-legais das vítimas. **Método:** estudo transversal com informações sociodemográficas e criminais obtidas através do Protocolo Geral de Perícias, boletins de ocorrência policial e registros levantados na cena do crime pela equipe de remoção fúnebre. As variáveis médico-legais foram extraídas dos laudos de necropsia e resultados laboratoriais forenses. **Resultados:** entre janeiro de 2010 e dezembro de 2016, foram verificados 6981 homicídios no DML-POA, dos quais 486 (6,5% do total) eram mulheres. A vítima mais jovem tinha 1 dia e a mais velha 89 anos, com uma mediana de idade de 29 anos (IQR 21 – 40). Em 5,6% dos casos, não foi possível determinar o tipo, perpetrador ou motivo do homicídio a partir das informações disponíveis. Dos 459 restantes, 73,2% foram ligados à atividade criminal (55,3% tráfico de drogas, 10,9% outras contravenções, 7% foram latrocínios), 24,4% ocorreram na esfera familiar (20,3% feminicídios e 4,1% crimes familiares) e 2,4% foram considerados crimes sexuais. O número total de homicídios por armas de fogo elevou de 43 para 89 mortes/ano neste período. O tráfico de drogas foi responsável pelo aumento dos homicídios em crianças e adolescentes (64,2%). As armas de fogo foram responsáveis por 71,4% das mortes das mulheres e 86,3% dos agressores (feminicídio seguido de suicídio). O feminicídio foi a segunda causa de morte prematura em adolescentes e jovens mulheres. **Conclusões:** a união de dados médico-legais, de locais de crime e policiais permitiu demonstrar um fenômeno

relevante, o crescimento nas taxas de homicídio feminino às custas de causas não ligadas ao gênero, principalmente atividades criminais.

Palavras-chave: homicídio, feminicídio, armas de fogo, álcool, crime, violência urbana.

ABSTRACT

Introduction: The violent death of women has been an increasing social issue all over the world. Several risk factors have been identified for the violent and premature death of women: young age, termination of the affective relationship by the woman, changing partners, low education level, unpaid occupation or insufficient income, previous violence in the relationship or during pregnancy, consumption of alcohol/drugs by the perpetrator/victim or both, and easy access to firearms. In Latin America and Brazil, in addition to the violence related to gender (family and sexual), female homicides related to urban violence and to the growth of local criminal activities have been noticed.

Objective: describing the characteristics of homicides of girls and women, occurring between January 2010 and December 2016, which were examined in the morgue of the *Departamento Médico-Legal* (Forensic Medical Department) in Porto Alegre/Brazil (DML-POA), based on the analysis of social-demographic, criminal and forensic medical variables of the victims.

Method: cross-sectional study with social-demographic and criminal information obtained with the General Forensics Protocol, police reports and evidence found by the body removal team at the crime scene. The forensic medical variables were obtained from necropsy reports and forensic laboratory results.

Results: between January 2010 and December 2016, 6981 homicides were identified in the DML-POA, where 486 victims (6.5% of the total) were women. The youngest victim was 1 day-old and the oldest was 89 years-old, with a median age of 29 years-old (IQR 21 – 40). In 5.6% of the cases, it was not possible to determine the type, the perpetrator or the motive of the homicide based on available information. From the 459 remaining cases, 73.2% are connected to criminal activity (55.3% drug trade, 10.9% other misdemeanors, 7% robbery-homicide), 24.4% happened in family environment (20.3% female homicide and 4.1% family crimes) and 2.4% were considered to be sexual crimes. The total number of homicides related to firearms in women grew from 43 to 89 deaths/year in this period. The drug trafficking was responsible the increase in homicides of children and adolescents (64.2%). Firearms accounted for 71.4% of female deaths and 86,3% of aggressor's deaths (femicide followed suicide). Femicide was the second cause of premature death in adolescents and young women.

Conclusions: putting together forensic medical, crime scene and police data enabled to demonstrate a significant phenomenon, the increasing rate of

female homicide related to causes that are not connected with gender, especially criminal activities.

Keywords: Homicide. Femicide. Deaths of women. Firearms. Alcohol and drugs. Crime.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS	12
2 OBJETIVOS	16
2.1 Objetivo geral	16
2.2 Objetivos específicos.....	16
3 MÉTODO	17
4 RESULTADOS	19
4.1 Artigo 1 – Violência contra mulheres: Femicídio	19
4.2 Artigo 2 – Homicídios femininos relacionados e não-relacionados com gênero em Porto Alegre, entre 2010 e 2016	29
4.3 Artigo 3 – Sociodemographic, criminal and forensic characteristics of a sample of female children and adolescents murdered in Brazil. 2010-2016.....	50
4.4 Artigo 4 – Femicídios seguidos do suicídio do agressor: análise de necropsias realizadas entre 2010-2016 em Porto Alegre/Brasil	72
4.5 Artigo 5 – Homicídios de mulheres causados por armas de fogo: análise de necropsias realizadas em Porto Alegre/Brasil entre 2010-2016.....	93
4.6 Artigo 6 – Femicide in early adolescence: The potential role of girl-child marriage as a risk factor.....	115
5 DISCUSSÃO	118
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	122
REFERÊNCIAS.....	124
APÊNDICE A – Trabalhos apresentados em eventos	127
ANEXO A - protocolo de pesquisa.....	129
ANEXO B - Figura A-1 –área abrangência necrotério central.....	130

ANEXO C - Figura A-2 – taxas de mortalidade em ambos sexos	131
ANEXO D - Figura A-3 –taxas de mortalidade feminina	132
ANEXO E – Figura A-4 – vitimização prévia.....	133
ANEXO F – Figura A-5 – sazonalidade homicídios (mês).....	134
ANEXO G – Figura A-6 – sazonalidade homicídios (dia).....	135
ANEXO H – Figura A-7 – sazonalidade homicídios (hora).....	136
ANEXO I – Figura A-8 – instrumento/agente/meio.....	137
ANEXO J – Figura A-9 – local das lesões.....	138
ANEXO L – Figura A-10 – métodos de suicídio.....	139
ANEXO M – Figura A-11 – álcool e substâncias psicotrópicas.....	140

1 INTRODUÇÃO

1.1 Características epidemiológicas dos homicídios femininos

Em 1996, a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu como violência o uso intencional de força física ou poder, real ou ameaça contra si próprio, outra pessoa, um grupo ou comunidade que resulte em ferimentos, morte, danos psicológicos, prejuízo no desenvolvimento ou privação. Em 2013, no Relatório Mundial sobre a Prevenção da Violência, houve a classificação em três tipos distintos de violência: interpessoal, auto-direcionada e coletiva. (WHO, 2014). Para a UNODC (2019), as mortes violentas não relacionadas com conflitos envolvem as mortes por legítima-defesa, as mortes em intervenções sem uso excessivo da força, os homicídios não intencionais (com ou sem negligência) e os homicídios intencionais (relacionados com atividades criminais, interpessoais ou de natureza sociopolítica). As mortes decorrentes dos diversos tipos de violência também são classificadas como mortes por causas externas e representam uma das principais causas de óbitos precoces em indivíduos jovens, sendo que os homens apresentam um risco cinco vezes maior de apresentar este tipo de morte (Bordoni *et al*, 2017). Em número menor de casos com relação às mortes masculinas, a morte violenta de mulheres apresenta peculiaridades próprias nos seus três principais grupos: acidente de trânsito, suicídio e homicídio, representando o último, a mais severa forma de violência contra mulheres (Petrosky *et al*, 2017).

Em 2017, a taxa global de homicídio foi 6,1/100 mil pessoas, sendo que a taxa de homicídio feminino (2,0/100 mil mulheres) foi quatro vezes menor do que a taxa de homicídio masculino (9,1/100 mil homens) (UNODC, 2019). A taxa global de suicídio em 2019 foi de 9,0/100 mil pessoas, com taxa de suicídio masculina de 12,6/100 mil homens e a feminina de 5,4/100 mil mulheres (WHO, 2019). Anualmente, aproximadamente 1,3 milhão de pessoas são vítimas de acidentes de trânsito fatais ao redor do mundo.

No Brasil, as taxas de homicídio refletem o cenário de violência da América Latina, com elevadas taxas gerais de mortalidade por homicídio, relacionadas com altos índices de desemprego, envolvimento com atividades criminosas e o acesso facilitado às armas de fogo (UNODC, 2013; Souza *et al*, 2017). Em 2013, ocorreram

4,8 homicídios para cada 100 mil mulheres e o país ocupava o quinto lugar no ranking mundial, precedido por El Salvador, Colômbia, Guatemala e Rússia (Walsefirz, 2015). A taxa de homicídios masculinos no ano de 2013 foi 23,8/100 mil homens. A partir de 2018 observou-se a redução das taxas de homicídio no país, sendo que em 2019, a taxa de homicídios masculinos foi 18,2/100 mil homens e a taxa de homicídios femininos foi 3,5/100 mil mulheres (IPEA, 2021).

O elevado número de homicídios nacional está associado com causas multifatoriais que comprometem a qualidade de vida de homens e mulheres. Para a violência no ambiente doméstico, fatores econômicos tais como o desemprego, a incapacidade de sustentar suas famílias e de atender às expectativas sociais geram sentimentos inadequados. A frustração crônica, estresse e decepção, impulsionam o controle possessivo e destrutivo do agressor e são considerados gatilhos para a violência intrafamiliar, utilizada como uma forma de reafirmação do poder masculino (Fornari *et al.*, 2020; Moreira & Costa, 2020; Peterman *et al.*, 2020). Ao assumir novos papéis anteriormente definidos como masculinos (responsabilidade de prover recurso financeiro doméstico), as mulheres depararam-se com a resistência cultural interna (doméstica) e externa (mercado de trabalho). Em 2019, estudos já apontavam que, no Brasil, a taxa de desemprego entre as mulheres foi desproporcionalmente mais alta: 13,1% para 9,2% do sexo masculino (Bastos *et al.*, 2020). Além disso, a taxa de participação das mulheres no mercado de trabalho foi, naquele período, de 53,1%, em comparação a 71,6% dos homens, contribuindo para uma renda insuficiente e limitando na busca por liberdade e por independência (Bastos *et al.*, 2020; Fornari *et al.*, 2020).

As limitadas oportunidades de trabalho, a baixa escolaridade e a discriminação racial (maioria de pardos e pretos) atingem homens e mulheres no país (Monteiro *et al.*, 2021). Estes fatores associados com as questões de gênero limitam o desenvolvimento da autonomia das mulheres (Cúnico *et al.*, 2019) e podem ser considerados fatores motivadores para o ingresso e permanência nas atividades ilícitas, como o tráfico de drogas. (Barcinski & Cúnico, 2016).

A cor da pele parda e negra expõe uma vulnerabilidade socioeconômica em todos os âmbitos sociais, resultante possivelmente de raízes históricas ligadas diretamente com uma situação de pobreza (desigualdades socioeconômicas),

racismo e intolerância religiosa (Carneiro, 2017; Cerqueira & Coelho, 2017; Romio, 2013). Para o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), responsável pelos dados demográficos nacionais, a classificação de raça/cor 'negra' representa a soma de pessoas pardas e pretas. Pessoas 'não negras' representam a soma de pessoas brancas, amarelas e indígenas. O Atlas da Violência de 2021 vem demonstrando que a morte de mulheres negras não vem acompanhando a tendência nacional de diminuição do número de homicídios. Em 2019, os homicídios de mulheres negras alcançaram 66% do total de homicídios de mulheres no Brasil, sendo o risco relativo de uma mulher negra ser assassinada no país 1,7 vezes maior do que uma mulher não negra (IPEA, 2021). Entre os anos de 2003 e 2013 houve um aumento de 190,9% de homicídios de mulheres negras no país, entretanto o Rio Grande do Sul figura como uma exceção geográfica, possivelmente relacionado com sua colonização diversificada, com o predomínio de homicídios em mulheres não negras. No ano de 2013, em Porto Alegre (capital) ocorreram 172 assassinatos de mulheres brancas e 33 mortes de mulheres negras (Walselirz, 2015).

A discriminação racial, os conflitos do crime organizado e o uso de armas de fogo tem contribuído para o elevado número de jovens no país (de ambos os sexos). Entre os anos de 2011 e 2014 houve um aumento gradual de mortes entre jovens, seguido de um ápice nos anos de 2016 - 2017 e posterior queda, acompanhando as estatísticas nacionais. Esses dados de decréscimo são analisados com cuidado porque no mesmo período houve o aumento do número de mortes violentas de causas indeterminadas, o que pode causar uma sub-dimensão dos dados analisados. Em 2019, 93,9% do total de vítimas jovens no Brasil eram do sexo masculino, entretanto poucos estudos nacionais abordam a problemática gênero e violência nesta faixa etária (IPEA, 2021). As mulheres jovens, além de questões raciais e econômicas, enfrentam a problemática das uniões maritais precoces, casamentos infantis e gestação na adolescência, nos quais a violência doméstica pode começar em etapas iniciais do relacionamento, predominando a cultura da violência ainda na fase de namoro (Martins, 2017; Sodré *et al.*, 2014; Stöckl *et al.*, 2013; Telles *et al.*, 2016; UNICEF, 2016).

A violência doméstica e urbana que vitimiza crianças e mulheres apresenta relação com o uso facilitado de armas de fogo nos países da América Latina e com as altas taxas de homicídio na região (Geneva, 2015; Pinheiro & Pinheiro, 2015). No

Brasil, houve um crescimento de 592,8% nas mortes causadas por este instrumento entre os anos de 1980 e 2014 (Imbusch *et al.*, 2011; Souza *et al.*, 2014; Trindade *et al.*, 2015; Waiselfisz, 2015). As armas de fogo são o principal agente causador de mortes de mulheres no ambiente doméstico e participam ativamente, no cenário brasileiro, de áreas deflagradas pelo domínio do narcotráfico, onde mulheres e meninas são vítimas da violência urbana, de ações de represália contra companheiros e/ou familiares ou vitimadas por envolvimento direto em ações criminosas (IPEA, 2020; Meneghel *et al.*, 2013; Monteiro, 2021; Pasinato, 2011, UNODC, 2019).

Além do crescimento acentuado das taxas de homicídio brasileiras nas últimas duas décadas do século XX, foi observado o aumento vertiginoso do comportamento suicida a partir de 1996 e o país ocupou, em 2012, o oitavo lugar no mundo em mortes absolutas (Marcolan & Silva, 2019). No sentido inverso, a taxas relacionadas com mortes decorrentes de acidentes de trânsito apresentaram redução no país. (Matozinhos *et al.*, 2019). Considerando as principais causas externas de mortes de mulheres, o presente estudo trouxe elementos de compreensão sobre o fenômeno homicídio na amostra estudada.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar as características dos homicídios de mulheres ocorridos entre 2010 e 2016 e submetidos a exame necroscópico no Departamento Médico Legal de Porto Alegre/RS.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

2.2.1– Descrever o perfil sociodemográfico de mulheres vítimas de homicídios, bem como sua possível mudança entre 2010-2016: idade, profissão, cor da pele, escolaridade, zona residencial, naturalidade, estado civil.

2.2.2 – Descrever variáveis relativas ao crime, bem como sua possível mudança entre 2010-2016: horário e local da descoberta do cadáver, presença/ausência de outras vítimas fatais no local, período do ano (sazonalidade), dias da semana e meses do ano.

2.2.3 – Descrever variáveis relativas à necropsia, bem como sua possível mudança entre 2010-2016: tipo de instrumento utilizado na morte, número e características das lesões produzidas no corpo da vítima, presença de álcool e/ou substâncias psicoativas detectadas nos exames laboratoriais da vítima.

2.2.4 – Estimar a prevalência de vitimização prévia ao evento em questão, bem como sua possível mudança entre 2010-2016.

3 MÉTODO

3.1 - Delineamento

Foi realizado um estudo de levantamento de dados em que foram analisados todos os casos de homicídios de mulheres ocorridos na área de abrangência do Departamento Médico Legal de Porto Alegre (necrotério), entre 2010 e 2016. As necropsias realizadas no necrotério central (Porto Alegre) foram provenientes de mortes violentas e naturais ocorridas na capital e outras nove cidades da região metropolitana: Alvorada, Barra do Ribeiro, Eldorado do Sul, Glorinha, Gravataí, Guaíba, Mariana Pimentel, Sertão Santana e Viamão, em número aproximado de 3700 necropsias/ano.

Os dados da pesquisa foram obtidos através dos laudos de necropsia do Departamento Médico Legal de Porto Alegre/RS, informações do local de crime presentes no Protocolo Geral de Perícias (PGP/IGP) e dados da Secretaria de Segurança Pública, contidos nas notificações policiais.

Critérios de inclusão:

– Mortes violentas com componente não intencional (homicídio) submetidas a exame necroscópico no período de janeiro a dezembro de 2010 a 2016, no Departamento Médico Legal de Porto Alegre/RS.

Critérios de exclusão:

A exclusão de outros tipos de mortes violentas ocorre devido à necessidade, em muitos casos, de levantamento de dados não disponíveis nas fontes de pesquisa descrita no delineamento do estudo, como inquéritos policiais e/ou processos judiciais. Neste critério também estão inseridos os óbitos em idosos consecutivos a quedas da própria altura, com lesões traumatológicas e outras comorbidades médicas.

Foram constituídos os seguintes grupos para comparação dos perfis epidemiológicos:

1. Mulheres vítimas de homicídio
4. Homens vítimas de homicídio (número geral apenas)

Foi elaborado um protocolo para a coleta de dados obtidos a partir do Protocolo Geral de Perícias (PGP) do Instituto Geral de Perícias (IGP), ao qual o Departamento Médico Legal (DML) está inserido. (em anexo)

As variáveis estudadas foram: idade, profissão, escolaridade, cor da pele, estado civil, naturalidade, relação da vítima com o suspeito (para casos de homicídio), provas forenses (causa mortis, resultados de exames laboratoriais) e agente causador do óbito (tipo de arma utilizada). Foram analisados dados existentes em notificações policiais ou protocolos periciais relacionados ao evento em questão, como a presença de outras vítimas fatais no local do crime (ex: homicídio seguido de suicídio).

Cumprindo os preceitos éticos foi preenchido o Termo de Compromisso para utilização de dados, assinado pelos autores do estudo, garantindo o sigilo quanto às identidades de periciadas e peritos. Os dados sensíveis foram de acesso apenas da autora do projeto e posterior desidentificação e análise. A pesquisa foi autorizada pelo Setor de Ensino e Pesquisa do Departamento Médico Legal/Porto Alegre e aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (projeto 899062).

4 RESULTADOS

1.2 Femicídio

Artigo 1: VIOLÊNCIA CONTRA MULHERES: FEMINICÍDIO

VIOLENCE AGAINST WOMEN: FEMICIDE

Artigo publicado na Revista Debates in Psychiatry – Associação Brasileira de Psiquiatria. 2019; 9(2): 38-42

<http://dx.doi.org/10.25118/2236-918X-9-2-4>

Angelita Maria Ferreira Machado Rios

Pedro Vieira da Silva Magalhães

Lisieux E. de Borba Telles

Resumo

A violência contra a mulher é considerada um problema de saúde pública que afeta pessoas de todas as idades e de todos os estratos socioeconômicos e culturais. A agressão realizada por um parceiro íntimo pode envolver violência física, psicológica, sexual, patrimonial e moral, sendo mais frequentemente parte de um padrão repetitivo. Normalmente, antecedendo o feminicídio, costumam ocorrer várias ameaças, chantagens, agressões e denúncias policiais. Esse delito constitui uma das principais causas de mortes prematuras femininas, ocorrendo como um fenômeno universal com especificações próprias de cada país. Vários fatores de risco podem estar associados ao feminicídio, tais como: mulheres imigrantes ou de minoria étnica, com parceiro ou ex-parceiro desempregado, ausência de união legal, presença de filhos de uniões anteriores, ruptura da relação por parte da mulher, violência prévia na relação ou durante a gestação, ciúmes, diferença de idade entre os parceiros e o consumo de álcool/drogas pelo agressor, vítima ou ambos. Nos últimos anos, observam-se avanços na legislação penal brasileira no que diz respeito ao combate à violência contra a mulher no âmbito familiar, sendo o feminicídio legislado na recente Lei nº 13.104, de 9 de março de 2015. A mudança na legislação é um avanço positivo e, juntamente com medidas protetivas nas áreas de saúde e segurança públicas, poderá

proporcionar às futuras gerações uma sociedade em que as diferenças de gênero sejam respeitadas. Cabe aos psiquiatras o papel de atuar na detecção desse fenômeno, sugerindo ações de políticas públicas que englobem a avaliação e a assistência aos envolvidos.

Palavras-chave: Violência por parceiro íntimo, homicídio, psiquiatria legal.

Abstract

Violence against women is considered a public health problem that affects people in all age groups and from all socioeconomic and cultural strata. Aggression by an intimate partner may involve physical, psychological, sexual, property, and moral violence, and is often part of a repetitive pattern. Usually, prior to femicide, threats, blackmail, assaults and police complaints occur. Femicide is one of the main causes of premature death among females, occurring as a universal phenomenon with different peculiarities across countries. Several risk factors may be associated with femicide, such as: immigrant or ethnic minority women, unemployed partner or ex-partner, no legal relationship status, presence of children from previous relationships, women initiating breakup, prior violence in the relationship or during pregnancy, jealousy, age difference between partners and alcohol/drug consumption by the abuser, victim or both. In recent years, advances have been made in Brazilian criminal law in response to violence against women in the family setting, and femicide has been legislated upon in recent Law no. 13,104, of March 9, 2015. The change in legislation is a positive step forward; together with protective measures in the areas of public health and safety, it could provide future generations with a society in which gender differences are respected. It is the role of psychiatrists to act in the detection of this phenomenon, suggesting public policy actions that include evaluation and assistance to those involved.

Keywords: Intimate partner violence, homicide, forensic psychiatry.

Introdução

A violência contra a mulher é considerada um problema de saúde pública que afeta pessoas de todas as idades e de todos os estratos socioeconômicos e culturais. Estima-se que uma em cada três mulheres no mundo tenha vivenciado algum tipo de

vitimização na infância, adolescência, adultez ou velhice¹. Embora as agressões possam ser exercidas por autores diversos e em diferentes contextos, como em local de trabalho, em conflitos armados, relacionado a questões étnicas e raciais, por omissão do Estado²⁻⁴, a violência doméstica é a forma de agressão mais prevalente no mundo contra mulheres e crianças. Durante a infância, meninas costumam ser vitimadas pelos pais; durante o período reprodutivo, por parceiros, namorados e ex-companheiros; e na velhice, pelos filhos⁵. A gestação e o puerpério não se constituem em períodos de proteção para a violência conjugal.

A agressão realizada por um parceiro íntimo pode envolver violência física, psicológica, sexual, patrimonial e moral⁶, sendo mais frequentemente parte de um padrão repetitivo, de controle e dominação, do que um ato único de violência. A violência tende a piorar com o tempo e agravar sua intensidade, evoluindo de comentários depreciativos e agressões verbais, para as agressões físicas e/ou sexuais e podendo atingir a ameaça de morte e até mesmo o homicídio⁷. Muitas vezes, este ciclo de violência não é desfeito com a separação conjugal; em alguns países, uma entre três mulheres que buscam a separação acabam sendo vítimas de feminicídio^{3,8}. Antecedendo o feminicídio, costumam ocorrer várias ameaças, chantagens, agressões e denúncias policiais. Muitas vítimas de violência por parceiro íntimo buscam auxílio em emergência em função das violências sofridas, representando 14% do total de atendimento neste setor nos EUA⁹. Assim como ocorre com os suicidas, várias vítimas de feminicídio frequentaram o setor de emergência no ano que antecedeu suas mortes¹⁰. Lamentavelmente, as emergências ainda estão pouco preparadas para avaliar e encaminhar essa população, em função da sobrecarga de trabalho que limita o tempo para os atendimentos, da diversidade de motivos pelos quais buscam tratamento e das dificuldades das vítimas em reconhecerem e verbalizarem sua situação¹¹.

Esse tipo de violência traz graves e duradouras sequelas físicas e psicológicas para a vítima e para todo o grupo familiar. Crianças estão frequentemente presentes durante os atos de violência perpetrados por agressores conjugais, apresentando também riscos de sofrerem violências físicas e fatais. Entre as vítimas e os filhos sobreviventes, encontra-se um grande número de doenças crônicas, traumas e/ou

transtornos psiquiátricos, tais como transtorno de estresse pós-traumático, depressão, baixo rendimento escolar, baixa autoestima e agressividade¹².

Este artigo aborda o conceito e a epidemiologia do feminicídio, as características das vítimas e do delito, os fatores de risco associados e a legislação vigente, com o objetivo de dar subsídios que permitam uma maior identificação e um encaminhamento mais adequado das vítimas de violência doméstica.

Femicídio

O homicídio de mulheres consecutivo à violência por parceiro íntimo representa o ponto máximo de um contínuo e crescente processo de vitimização^{4,13-15}. Esse delito constitui uma das principais causas de mortes prematuras femininas, ocorrendo como um fenômeno universal com especificações próprias de cada país.

Dois termos são encontrados na literatura para descrever as diferentes formas de violência que culminam com a morte de mulheres: feticídio e feminicídio^{14,16}. Feticide foi usado pela primeira vez em 1976, no Tribunal Internacional de Crimes contra Mulheres, durante o depoimento de Diana Russel. Em 2004, a deputada federal mexicana Marcela Lagarde (2004) adaptou a tradução feticídio para o termo feminicídio, buscando dar visibilidade ao fenômeno e trazer à tona a frequente impunidade que cerca a violência contra as mulheres, expressa através do homicídio em função do gênero.

Epidemiologia

Estudo realizado em 10 países europeus evidenciou que os assassinatos entre parceiros correspondem a 14% de todos os homicídios, sendo 39% dos homicídios femininos e 6% dos homicídios masculinos¹⁵. Nos casos em que a mulher mata seu amante ou marido, em geral, trata-se de um gesto de autodefesa ante agressões repetidas sofridas por elas.

Em 2013, a Organização Mundial de Saúde (OMS) divulgou o Relatório Mundial sobre a Prevenção da Violência, apontando que a prevalência de homicídios masculinos foi de 10,8/100.000 pessoas e de 2,5/100.000 pessoas para os homicídios femininos¹⁷. No Brasil, em 2013, ocorreram 4,8 homicídios para cada 100 mil mulheres,

e na América Latina, apenas países como El Salvador, Colômbia e Guatemala apresentaram taxas mais elevadas⁵.

As taxas de feminicídio em países como Canadá, Espanha, EUA, Inglaterra e Itália variam entre 0,3 e 0,8/100.000 mulheres, contrastando com a África do Sul, com uma taxa de 24,7/100.000 mulheres¹⁸.

Fatores de Risco

Na Espanha, Sanz-Barbero et al.¹⁹ apresentaram os fatores de risco para o feminicídio praticado por parceiro íntimo, extraídos do Modelo Ecológico Integral de Lory Heise e revisado pela OMS. Entre os fatores individuais da vítima, encontram-se: mulheres imigrantes, de minoria étnica, com parceiro ou ex-parceiro desempregado e o consumo de álcool/drogas pelo agressor, vítima ou ambos. Entre os fatores envolvendo a relação, estão a ausência de união legal, presença de filhos de uniões anteriores, ruptura da relação por parte da mulher, violência prévia na relação, violência durante a gestação, ciúmes e diferença de idade entre os parceiros. Outros fatores que podem contribuir para a vitimização e/ou morte violenta e prematura de mulheres são idade jovem, a troca de parceiro, perseguição pelo agressor, acesso facilitado a armas, baixa escolaridade, ocupação não remunerada ou renda inferior a um saláriumínimo^{17,20-25}.

Características das vítimas e do delito

No Brasil, o perfil epidemiológico das mulheres vítimas de homicídio é predominantemente de jovens (18 a 30 anos de idade), negras (aumento de 190,9% de homicídios em 10 anos), agredidas por familiar direto, mortas no próprio domicílio e com predomínio do uso da força na produção das lesões fatais⁵.

Existem diferenças entre os homicídios praticados por parceiros íntimos e por outros indivíduos quanto ao instrumento utilizado para causar o óbito, os tipos de lesões e a distribuição dessas feridas no corpo da vítima. No feminicídio, além das lesões decorrentes por arma de fogo, outros meios que exigem contato direto, como objetos cortantes, penetrantes, contundentes e sufocação, podem ser usados. Tais achados, associados à existência de tortura, agressão aos genitais, estupro e/ou lesões múltiplas, são indicativos de violência passional. É comum que o agressor

culpe a vítima pelo seu próprio assassinato, seja pela forma como ela se veste, seja por ela assumir uma conduta mais independente ao tentar trabalhar ou estudar, ou, muito frequentemente, por desejar romper o relacionamento ou envolver-se com um novo parceiro²⁶. O conhecimento das características desse tipo de violência determina a aplicação de medidas de proteção e prevenção específicas, considerando as dinâmicas e métodos próprios dos agressores^{2,18}.

O uso da força na produção de lesões fatais foi observado no estudo retrospectivo realizado por Fong *et al.*², ao pesquisar os achados forenses em casos de feminicídio em Taiwan. Foram estudados 220 casos ocorridos em 10 anos, sendo 114 ocasionados por parceiro íntimo e 106 por outros indivíduos. Em ambos os grupos, a causa predominante da morte foi ferimento por arma branca (50%), seguido do uso da força física em 24,6% dos casos (estrangulamento). Nesse estudo, a morte devido a ferimentos por arma de fogo ocorreu em apenas três casos, cujos agressores foram parceiros íntimos.

Nos EUA, Siegel & Rothman²⁷ analisaram homicídios ocorridos entre os anos de 1981 e 2013, observando que na maioria dos feminicídios o instrumento utilizado foi arma de fogo. Nesse estudo, os autores concluíram que houve forte associação entre a liberação de porte de armas e a morte de mulheres por parceiros íntimos. Na mesma linha de pesquisa, Price & Payton²⁸ levantaram dados sobre homicídios ocorridos no ano de 2010 e concluíram que as mulheres americanas apresentam probabilidade 11 vezes mais elevada de morte consecutiva a ferimentos por arma de fogo, na comparação com outros países desenvolvidos. Essas mulheres apresentam, ainda, nove vezes mais chance de serem assassinadas por parceiros íntimos do que por outros indivíduos, sendo a violência doméstica o fator percussor desses feminicídios.

Legislação

Nos últimos anos, observam-se avanços na legislação penal brasileira no que diz respeito ao combate à violência contra a mulher no âmbito familiar. A Lei nº 11.340⁶, de 7 de agosto de 2006, apelidada Lei Maria da Penha, modificou as penas previstas para crimes de violência que tenham a mulher por vítima e implementou uma rede de proteção, com órgãos específicos para receber denúncias, processar e julgar os

casos. O feminicídio, por sua vez, foi legislado na recente Lei nº 13.104, de 9 de março de 2015⁹, que, alterando o Código Penal de 1940, prevê o crime de homicídio qualificado quando cometido contra a mulher por razões da condição de sexo feminino, majorando a pena para 12 a 30 anos, em vez de 6 a 20 anos. A locução razões da condição de sexo feminino é explicada pela consideração das ocasiões em que o crime envolve violência doméstica e familiar, bem como menosprezo ou discriminação à condição de mulher. Além disso, aumenta-se a pena de um terço até a metade se o crime for praticado durante a gestação ou nos 3 meses posteriores ao parto³⁰. O feminicídio foi incluído no rol de crimes hediondos.

Considerações Finais

As diversas violências praticadas contra a mulher se constituem em questão de saúde e segurança públicas, apresentando como consequência um forte impacto nas vítimas, suas famílias e na sociedade, necessitando de manejo interdisciplinar e estratégias de prevenção.

A mudança na legislação é um avanço positivo e, juntamente com medidas protetivas nas áreas de saúde e segurança públicas, poderá proporcionar às futuras gerações uma sociedade em que as diferenças de gênero sejam respeitadas, sem o exercício deletério de poder entre homens e mulheres.

Cabe aos psiquiatras o papel fundamental de atuar junto aos demais membros da saúde na detecção desse triste fenômeno, rompendo o silêncio, sensibilizando e conscientizando a população, sugerindo ações de políticas públicas que englobem a avaliação e a assistência aos envolvidos. Agindo dessa forma, estaremos promovendo saúde, prevenindo sofrimento de diferentes membros familiares e defendendo a vida das mulheres.

Referências

1. Wilson TD. Violence against women in Latin America. *Lat Am Perspect*. 2014;41:3-18.
2. Fong WL, Pan CH, Lee JC, Lee TT, Hwa HL. Adult femicide victims in forensic autopsy in Taiwan: a 10-year retrospective study. *Forensic Sci Int*. 2016;266:80-5.

3. von Mühlen BK, Strey MN. Avanços e retrocessos no combate da violência contra mulheres. *Athenea Digital*. 2013;13:229-37.
4. Portela AP, Ratton JL. A teoria social feminista e os homicídios: o desafio de pensar a violência letal contra as mulheres. *RevSociol UFSCar*. 2015;5:93-118.
5. Waiselfisz JJ. Mapa da violência 2015: homicídio de mulheres no Brasil [Internet]. 2015 [cited 2016 May 24]. www.mapadaviolencia.org.br/pdf2015/MapaViolencia_2015_mulheres.pdf
6. Brasil, Presidência da República. Casa Civil. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm
7. Saffioti H, Almeida S. Violência de gênero: poder e impotência. Rio de Janeiro: Revinter;1995.
8. Grana SJ. Socio structural considerations of domestic femicide. *J Fam Violence*. 2001;16:421-35.
9. Davidov DM, Larrabee H, Davis SM. United States emergency department visits coded for intimate partner violence. *J Emerg Med*. 2015;48:94-100.
10. Juodis M, Starzomski A, Porter S, Woodworth M. A comparison of domestic and non-domestic homicides: further evidence for distinct dynamics and heterogeneity of domestic homicide perpetrators. *J Fam Violence*. 2014;29:299-313.
11. Beynon CE, Gutmanis IA, Tutty LM, Wathen CN, MacMillan HL. Why physicians and nurses ask (or don't) about partner violence: a qualitative analysis. *BMC Public Health*. 2012;12:473.
12. Hamilton LHA, Jaffe PG, Campbell M. Assessing Children's risk for homicide in the context of domestic violence. *J Fam Violence*. 2013;28:179-89.
13. Fernández AM, Tajer D, Galimberti D, Ferrarotti A, Chiodi A, Borakievch S. Estudio cuali-cuantitativo de la mortalidad femenina por causas externas y su relación con la violencia de género. *Rev Argent Salud Publica*. 2010;1:1:18-23.

14. Pasinato W. "Femicídios" e as mortes de mulheres no Brasil. *Cad Pagu*. 2011;37:219-46.
15. Corradi C, Stöckl H. Intimate partner homicide in 10 European countries: statistical data and policy development in a cross-national perspective. *Eur J Criminol*. 2014;11:601-18.
16. Santos JMM, de Andrade LC, Rocha GS, Silva JS, Fonseca MO, Sodr e ESA, et al. Homicídio passional: quando a paixão se transforma em crime. *Cad Grad Cien Hum Soc UNIT*. 2014;1:87-9.
17. Organiza o Mundial de Saúde (OMS). Relatório Mundial sobre a preven o da violência - 2014 [Internet]. 2014 [cited 2019 Dec 5]. nevsp.org/wp-content/uploads/2015/11/1579-VIP-Main-report-Pt-Br-26-10-2015.pdf
18. Corradi C, Piacenti F. Analyzing femicide in Italy. Overview of major findings and international comparisons. *Rom J Sociol Stud*; 2016;1:3-17.
19. Sanz-Barbero B, Heras-Mosterio J, Otero-García L, Vives-Cases C. Perfil sociodemográfico del feminicidio en Espa a y su relación con las denuncias por violencia de pareja. *Gac Sanit*. 2016;30:272-8.
20. Bezerra FL. Perfil da violência contra mulheres analisadas junto ao NUMOL/CG no ano de 2012 [monografia]. Campina Grande: Universidade Estadual da Paraíba; 2014.
21. Campbell JC, Webster D, Koziol-McLain J, Block C, Campbell D, Curry M, et al. Risk factors for femicide in abusive relationships: results from a multisite case control study. *Am J Public Health*. 2003;93:1089-97.
22. Frye V, Galea S, Tracy M, Bucciarelli A, Putnam S, Wilt S. The role of neighborhood environment and risk of intimate partner femicide in a large urban area. *Am J Public Health*. 2008;98:1473-9.
23. Meneghel SN, Ceccon RF, Hesler LZ, Margarites AF, Rosa S, Vasconcelos VD. Femicídios: narrativas de crimes de g nero. *Interface (Botucatu)*. 2013;17:523-33.

24. da Silva MA, Cabral Filho JE, Amorim MMR, Falbo Neto GH. Mulheres vítimas de homicídio em Recife, Pernambuco, Brasil, 2009/2010: um estudo descritivo. *Cad Saude Publica*. 2013;29:391-6.
25. Telles LE, Barros AJ, Moreira CG, Almeida MR, Telles Mde B, Day VP. Intimate partner violence during pregnancy: case report a forensic psychiatric evaluation. *Braz J Psychiatry*. 2016;38:87-8.
26. Bins H, Telles L, Panichi R. Violência contra a mulher. In: Abdalla-Filho E, Chalub M, Telles LEB, organizadores. *Psiquiatria forense de Taborda*. Porto Alegre: Artmed; 2016. p. 181-200.
27. Siegel MB, Rothman EF. Firearm ownership and the murder of women in the United States: evidence that the state-level firearm ownership rate is associated with the non stranger femicide rate. *Violence Gend*. 2016;3:20-6.
28. Price J, Payton E. Intimate partner firearms violence: a topic ignored in women's health journals and the impact on health providers. *Violence Gend*. 2016;3:36-41.
29. Brasil, Presidência da República, Casa Civil. Lei nº 13.104, de 9 de março de 2015 [Internet]. 2015 [cited 2015 Jun 20]. www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13104.htm
30. Telles L, Barros A. Homicídio familiar. In: Abdalla-Filho E, Chalub M, Telles LEB, organizadores. *Psiquiatria Forense de Taborda*. Porto Alegre: Artmed; 2016. p. 384-99.

Artigo 2:

Homicídios femininos relacionados e não-relacionados com gênero em Porto Alegre, entre 2010 e 2016

Artigo submetido e em revisão: Revista PLOS ONE

Angelita Maria Ferreira Machado Rios^{1,2}, Kleber Cardoso Crespo^{1,2}, Murilo Martini¹, Lisieux Elaine De Borba Telles¹, Pedro VS Magalhães¹

Palavras-chave: homicídios de mulheres, violência contra mulheres, feminicídio

RESUMO

O homicídio de mulheres é um fenômeno global e com maior prevalência em países da Ásia, África e Américas. No Brasil, a expectativa de vida da população é comprometida pelo elevado risco de mortalidade por homicídios masculinos e femininos, representando um problema social crescente. O presente estudo tem como objetivo descrever as características sociodemográficas, criminais e médico-legais dos homicídios de meninas e mulheres ocorridos no sul do Brasil (Porto Alegre), entre 2010 e 2016, obtidas através de laudos de necropsia, notificações policiais e levantamento de locais de crimes. Neste período, houve um aumento significativo nas taxas gerais padronizadas de homicídios femininos (4.98 para 10.85), com aumento pronunciado de mortes não relacionadas ao gênero, especialmente devido à violência urbana, como envolvimento com tráfico de drogas e outras contravenções e latrocínios), especialmente em mulheres jovens (15 – 29 anos) e de cor da pele não-branca. O aumento de taxas de homicídios de mulheres devido a fatores não relacionados ao gênero é um fenômeno novo e preocupante no Brasil. A obtenção de dados específicos sobre o perfil das vítimas e características da violência é um elemento muito importante para o enfrentamento do problema e direcionamento de políticas públicas.

INTRODUÇÃO

As taxas de homicídios de um país são consideradas como o melhor indicador internacional de violência [1]. Nas últimas décadas, as tendências de mortalidade por homicídio têm diferido nas regiões do planeta. Enquanto várias regiões apresentam tendência de queda, a América Latina parece ser um caso especial, com aumento sustentado [2]. Nestes países, houve aumentos expressivos a partir dos anos 50, mesmo a partir de uma base alta, em ambos os sexos. Os homicídios masculinos são mais numerosos e, em geral, são praticados por pessoas estranhas à vítima (fora do ambiente familiar), enquanto as mulheres mais frequentemente são mortas por pessoas conhecidas [3]. A incorporação de crime de feminicídio ou femicídio no código penal de inúmeros países representou avanço nas políticas de equidade de gênero em diversas nações, porém não foi suficiente, isoladamente, para diminuir as taxas de homicídio relacionada ao gênero e minimizar as complexas influências culturais, sociais e econômicas sobre a violência contra a mulher [3]. Em 2017, foram notificados 87.000 homicídios femininos ao redor do mundo, sendo 58% deles cometidos por parceiros ou outros membros da família (50.000 homicídios ou 1,3 homicídios/100.000 mulheres) e mais de um terço das mortes (30.000) foram causadas pelos parceiros íntimos. De forma global, 137 mulheres foram assassinadas diariamente por um membro da própria família. O maior número das mortes ocorreu na Ásia (20.000 mulheres), seguido da África (19.000 mulheres) e Américas (8.000 mulheres) [3].

Na América Latina, as taxas gerais elevadas de mortalidade por homicídio estão relacionadas com altos índices de desemprego, envolvimento com atividades criminosas e o acesso facilitado às armas de fogo [4,5], além de existir uma concentração maior dos óbitos entre mulheres de 15 a 29 anos [6]. No Brasil, a expectativa de vida da população brasileira é comprometida pelo elevado risco de mortalidade por homicídios masculinos e femininos [5]. Um estudo que analisou as mortes por agressão em mulheres (acima de 10 anos) nas diversas regiões do Brasil, entre 1980 e 2014, revelou uma taxa média de mortalidade de 5,13 óbitos por 100.000 mulheres. Em todas as regiões brasileiras, as mulheres mais jovens apresentaram maior risco de morrer por homicídios, com perfil ascendente das taxas de mortalidade para mulheres nascidas em 2000-2004 [7]. Esta violência traz impactos sociais, como

sofrimento físico e psíquico nas famílias, prejuízos socioeconômicos, com impacto no sistema jurídico e carcerário [8,9,10,11].

Vários fatores de risco foram identificados para a morte violenta e prematura de mulheres: idade jovem, ruptura da relação afetiva por parte da mulher, troca de parceiros, baixa escolaridade, ocupação não remunerada ou renda insuficiente, violência prévia na relação ou na gestação, consumo de álcool/drogas pelo agressor/vítima ou ambos e acesso facilitado às armas de fogo [12,13,14]. O aumento dos homicídios femininos confrontou os estudos criminológicos clássicos da segunda metade do século XX de Veli Verkko (1967), que sugeriam que as flutuações nas taxas de crimes contra a vida ocorriam com base no aumento ou diminuição dos homicídios masculinos, sendo que os homicídios femininos permaneciam estáveis. A explicação para este fenômeno foi atribuída ao fato de que a atmosfera feminina seria mais pacífica do que a masculina [15]. Entretanto, com o aumento da participação feminina nas atividades sociais, este cenário passou a sofrer modificações e houve alteração no contexto de vitimização das mulheres. Com a modificação dos papéis e do status feminino na sociedade, a violência de gênero passou a ser atribuída a fatores situacionais, que apresentavam relação com os riscos profissionais e maior exposição social, mas também com fatores motivacionais, provenientes da violência doméstica e geralmente praticada por parceiro íntimo em resposta às alterações de poder e dominância no ambiente domiciliar. Com o passar dos anos, as mulheres continuaram a desempenhar novos papéis e a disputar posições na sociedade que possuíam características e prerrogativas masculinas, incluindo as atividades ilícitas, como as disputas relacionadas com o crime organizado. Os estudos envolvendo as mortes violentas de mulheres foram descrevendo a hostilidade do ambiente externo e doméstico, havendo interesse científico e político nas pesquisas envolvendo a vitimização feminina [16,17].

Mortes violentas de mulheres têm sido um problema social crescente no Brasil. Mesmo assim, dados específicos e qualificados sobre o perfil dessas vítimas são escassos, limitados pelo número reduzido de estudos envolvendo variáveis dos órgãos de Segurança Pública. Desta forma, o estudo proposto tem por objetivo descrever as características dos homicídios em meninas e mulheres, ocorridos entre janeiro e dezembro de 2010 a 2016 e que foram examinadas no necrotério do

Departamento Médico-Legal (DML) de Porto Alegre/Brasil, a partir da análise de variáveis sociodemográficas, criminais e médico-legais das vítimas.

MÉTODO

Foi realizado estudo transversal de mulheres vítimas de homicídio entre janeiro de 2010 e dezembro de 2016 através da análise de laudos de necropsias realizadas no Departamento Médico-Legal de Porto Alegre. A população média de abrangência do necrotério estimada no período em estudo foi de 2.334.730 habitantes, considerando a população da capital e mais nove cidades próximas da região metropolitana. A capital, Porto Alegre, tem a maior população (60,8 %), enquanto o restante provém de mais nove cidades da região metropolitana.

Todas as mortes de pessoas do sexo feminino classificadas como homicídios foram incluídas no estudo. Foram excluídos os casos de morte violenta por acidentes e causa indeterminada. A escolha desta amostra (dez cidades centrais) ocorreu pelo fato de haver atendimento em perícia criminal (no local de crime) de todos os casos de mortes violentas, configurando uma fonte maior e mais precisa de informações sobre as vítimas e agressores, circunstâncias do crime e motivação para o ato criminoso. O transporte dos cadáveres nestas dez cidades é realizado por técnicos em perícia forense, assegurando a cadeia de custódia e segurança das informações.

Para estudar o fenômeno da morte violenta e precoce de mulheres sob o aspecto forense, foram avaliadas variáveis sociodemográficas (idade da vítima, cor da pele e cidade em que ocorreu o óbito), criminais (histórico de vitimização prévia) e médico-legais (agente ou meio causador do óbito, localização e número de lesões e presença de álcool e/ou psicotrópicos no cadáver). As informações sociodemográficas e criminais foram obtidas através do Protocolo Geral de Perícias, boletins de ocorrência policial e registros levantados na cena do crime pela equipe de remoção fúnebre; dados em relação a vitimização prévia foram obtidos através das notificações prévias existentes. do Instituto Geral de Perícias. As variáveis médico-legais foram extraídas dos laudos de necropsia e resultados laboratoriais forenses. A cor da pele (classificada em branca ou não branca) foi averiguada no exame necroscópico, assim

como o número de lesões presentes e o agente causador. Dados em relação a vitimização prévia foram obtidos através das notificações prévias existentes.

As notificações policiais e análises forenses de local de crime foram utilizadas para fazer uma hipótese inicial de motivação para o crime. Os homicídios foram assim classificados naqueles perpetrados por parceiro íntimo (feminicídios), por outro membro da família (homicídio familiar), crimes sexuais, homicídios relacionados a atividades criminais (como tráfico de drogas e outras contravenções) e latrocínios (roubo seguido de morte). As classificações foram feitas por dois autores (AR e KC) pertencentes ao corpo da instituição e com ampla experiência em psiquiatria forense. Os casos foram ainda classificados como homicídios ligados ao gênero (aqueles realizados na esfera familiar e crimes sexuais) e homicídios não ligados ao gênero (latrocínios e aqueles relacionados à atividade criminal) a fim de seguir a classificação da UNODC (2018) e comparação com dados internacionais (ver quadro). Foram analisados fígado ou urina para a presença de drogas e sangue para a presença de álcool no momento do exame necroscópico. Toxicologia foi realizada por imunensaio enzimático semi-quantitativo até 2015 e por imunocromatografia desde então. O método utilizado para álcool é o Headspace.

Testes de qui-quadrado foram utilizados para testar diferenças entre grupos. Um modelo de regressão logística com idade, cor da pele, estado civil, ocorrências prévias, local do óbito, presença de outros óbitos no local, instrumento utilizado, lesão única e toxicologia foi utilizado para prever homicídios ligados ao gênero. Taxas de homicídio foram calculadas de acordo com faixa etária, cor de pele e tipo de homicídio. As variações das taxas por ano e comparação de tendência entre os grupos foram feitas por jointpoint regression, utilizando software do NCI (18). Para tanto, calculamos as taxas e erros padrão para cada ano para cada grupo de interesse. Assim, obtivemos a mudança percentual anual (APC) para cada faixa.

A pesquisa foi autorizada pelo Setor de Ensino e Pesquisa do Departamento Médico Legal/Porto Alegre e aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (projeto 899062).

RESULTADOS

Entre janeiro de 2010 e dezembro de 2016, foram verificados 6981 homicídios no DML-POA, dos quais 486 (6,5% do total) eram mulheres. A vítima mais jovem tinha 1 dia e a mais velha 89 anos, com uma mediana de idade de 29 anos (IQR 21 – 40) (tabela 1). Houve um aumento significativo nas taxas de homicídios femininos na área de captação entre 2010-2016 (tabela 2). A taxa geral padronizada passou de 4.98 para 10.85 (AAPC 7,1%, 95%CI 7,6 - 12,8%), com um joinpoint significativo em 2013. Dentre os subgrupos por faixa etária, a faixa de 15 a 19 anos se comportou de forma similar às mortes gerais, com uma mudança significativa após 2013, alcançando as maiores taxas no período.

Em 5,6% dos casos, não foi possível determinar o tipo, perpetrador ou motivo do homicídio a partir das informações disponíveis. Dos 459 restantes, 73,2% foram ligados à atividade criminal (55,3% tráfico de drogas, 10,9% outras contravenções, 7% foram latrocínios), 24,4% ocorreram na esfera familiar (20,3% feminicídios e 4,1% crimes familiares) e 2,4% foram considerados crimes sexuais. De outra maneira, podem ser agrupados em 26,8% devido ao gênero e 73,2% não devido ao gênero (Figura 1). Houve diferenças importantes nas características dos 4 tipos de homicídios, sumarizadas na TABELA 1. Enquanto os crimes sexuais ocorreram nas menores faixas etárias, aqueles relacionados ao crime ocorreram nas faixas intermediárias e os latrocínios nas maiores (Figura 2).

Em um modelo de regressão logística, foram preditores significativos de homicídios relacionados ao gênero a idade (OR=0,97, 95%CI 0,94 - 0,99), o óbito no domicílio (OR=7,70, 95%CI 3,88 - 15,30), a lesão única (OR=6,46, 95%CI 1,22 - 4,57), a ausência de drogas de abuso no exame toxicológico (OR=3,20, 95%CI 1,39 - 7,37) e o uso de outros métodos que não armas de fogo (OR=0,14, 95%CI 0,07 - 0,29).

As taxas tiveram mudanças significativas de acordo com o tipo de homicídio, com aqueles não ligados ao gênero com tendência de aumento (AAPC=11.40), enquanto os ligados ao gênero permaneceram estáveis (AAPC=2.34). A cor da pele também esteve envolvida, com as maiores taxas nas mulheres não brancas (Figura 3).

DISCUSSÃO

O estudo mostra um aumento expressivo na taxa de homicídios de mulheres nesta área de captação entre 2010 e 2016, que acompanhou a mudança no homicídio de homens nesta população. Mesmo que limitado geograficamente, ao separar o tipo de homicídio pela motivação, demonstramos um aumento nas taxas nesta população à custa de crimes não relacionados ao gênero, como associados a atividades criminais e latrocínios. As taxas de homicídios relacionados ao gênero permaneceram estáveis no período.

Avaliar mudanças nas taxas de homicídio de mulheres de acordo com o tipo de crime pode ajudar na compreensão do fenômeno. Na sua lei dinâmica, Verkko descreveu que as mudanças neste tipo de violência afetam predominantemente vítimas do sexo masculino, o que tem sido confirmado em estudos recentes [15,16]. Aqui, entretanto, demonstramos um caso em que as mudanças nas taxas de homicídios no período estudado ocorreram de forma similar entre homens e mulheres, especialmente para aqueles homicídios não ligados ao gênero. Há uma discussão na pesquisa em criminologia sobre até que ponto a violência letal difere de acordo com fatores específicos de cada gênero, com grupos que defendem abordagens sensíveis ao gênero e outros, abordagens insensíveis ao gênero [17]. Possivelmente os dados aqui relatados auxiliem no debate por demonstrar a importância de se avaliar o tipo de homicídio. O fenômeno aqui parece ser novo, enquanto os homicídios ligados ao gênero são estáveis e seguem um padrão reconhecido, aqueles não ligados ao gênero tiveram volatilidade de magnitude similar ao ocorrido nos homicídios masculinos.

Os dados levantados no presente estudo evidenciaram um cenário preocupante e novo no Brasil. Mostramos um número crescente de homicídios de mulheres decorrentes da violência urbana (criminalidade), de ações violentas em que os alvos seriam homens de suas relações interpessoais ou por envolvimento direto no crime organizado [7,18,19]. Desde 1980, observa-se um crescimento acentuado nas taxas de homicídio de brasileiras. Neste período, houve mudança no cenário de mortes que envolvia homens jovens, negros, de baixa escolaridade, das periferias urbanas e envolvidos com a justiça criminal [20]. A nível nacional, houve a migração da criminalidade dos grandes centros urbanos para outras regiões do país, onde a

desigualdade social, o acesso às armas de fogo, o tráfico de entorpecentes e o abuso de álcool e drogas contribuíram para que o país apresentasse um risco de mortalidade dez vezes mais elevado do que os países desenvolvidos [5,7]. Na área de captação estudada, o aumento de homicídios femininos acompanhou o de homicídios masculinos, com tendências mais claras em adolescentes entre 15 e 19 anos, predominantemente naquelas de cor não branca e ligadas a atividades criminais. Nesta amostra, as mortes relacionadas à atividade criminal foram associadas a mulheres jovens, de cor não branca e solteiras, em sua ampla maioria vitimadas por arma de fogo, com evidência toxicológica da presença de drogas. A presença de substâncias psicotrópicas no corpo das vítimas pode ser considerado um fator de vulnerabilidade destas para a vitimização, uma vez que os efeitos da intoxicação podem diminuir a noção da de riscos bem como o uso ou dependência de drogas aumenta a exposição a ambientes sociais predatórios.

Estes achados estão em conformidade com as estatísticas brasileiras, onde a taxa de homicídio de mulheres negras é de 5,2 para cada 100.000 habitantes enquanto a de mulheres brancas é de 2,8. No Brasil, essa diferença se acentuou na última década: entre 2007 e 2017 houve aumento de 29,9% no homicídio de pessoas negras e 4,5% de pessoas brancas [21]. As principais referências no assunto atribuem esse achado epidemiológico a um risco historicamente aumentado de as mulheres negras sofrerem violência por parceiros íntimos [22]. Além disso, abuso sexual na infância tem maior incidência nas meninas negras, entre 14 a 44%, com maior proporção de formas graves de violência como penetração oral, anal ou vaginal [23]. Estudos recentes aventaram que mulheres negras vítimas e perpetradoras de homicídio façam parte de uma mesma população em termos socioeconômicos, educacionais e até mesmo comportamentais ou criminais [24], aventando que outros mecanismos estejam envolvidos. O presente estudo ressalta o papel da criminalidade, tráfico de drogas e violência urbana, por vezes negligenciado. Um aumento do número de mulheres não brancas nos homicídios femininos relacionados com a criminalidade possivelmente está relacionado com a maior exposição e vulnerabilidade socioeconômica desta população, consecutiva ao período histórico e persistência na pobreza.

O estudo da ligação das mulheres com o crime organizado tem ocupado áreas e usado metodologias diversas. O respeito e o prestígio atribuídos aos homens

traficantes seriam fatores motivadores para o ingresso e a manutenção das mulheres no tráfico de drogas [25,26]. A utilização de dados médico-legais e policiais cuidadosamente levantados pode ajudar na separação daqueles homicídios realmente ligados ao gênero daqueles motivados por outros atos violentos. Enquanto as mulheres ligadas ao crime estão vulneráveis à criminalidade do meio, também é possível que sejam vítimas de confrontos com outros criminosos e com a polícia, além da violência desencadeada no ambiente doméstico. Neste estudo, não pudemos diferenciar tais ocorrências, e esta é uma limitação à interpretação dos dados.

Pesquisadores de diversos países relacionam os homicídios femininos com a disponibilidade e uso de armas de fogo [27,28,29,30]. No Brasil, houve um crescimento de 592,8% nas mortes causadas por este instrumento entre os anos de 1980 e 2014 [7,8,9]. Ao redor do mundo, elas foram responsáveis por 42% dos homicídios totais em 2010 e 54% destas mortes violentas em 2017 [31,32]. Na Itália, foram responsáveis por 31% das mortes violentas femininas ocorridas entre 2000 e 2005. Nos Estados Unidos, um estudo que analisou homicídios ocorridos entre os anos de 1981 e 2013, observou forte associação entre a liberação de porte de armas e a morte de mulheres por parceiros íntimos. As mulheres americanas apresentaram probabilidade onze vezes mais elevada de morte consecutiva a ferimentos por arma de fogo, na comparação com outros países desenvolvidos [33,34]. Os resultados do presente estudo estão em consonância com os achados do estudo nacional que avaliou os homicídios femininos durante 35 anos, sendo a arma de fogo o principal instrumento causador dos óbitos, seguido por objetos cortantes ou contundentes e asfixia (estrangulamento) [7].

Em relação a dados internacionais, a prevalência de mortes relacionadas à violência urbana na região se destaca. O envolvimento de jovens em atividades criminais relacionadas com o tráfico de entorpecentes, atividades criminais diversas e desavenças interpessoais elevam o número de homicídios nas faixas etárias mais jovens. O latrocínio (roubo seguido de morte) também é consecutivo à violência urbana, mas foi classificado separadamente no presente estudo por apresentar uma tendência distinta nas vítimas deste crime. Em geral, envolvem um grupo de pessoas de maior idade e grau de escolaridade diferenciado com relação aos demais grupos vitimados pela criminalidade [35]. Este tipo de crime reflete várias condições sociais complexas, desde o roubo de objetos de fácil permuta para obtenção de drogas, como

o resultado de uma explosão populacional urbana sem planejamento e a grande circulação de armas [36].

No presente estudo, a segunda causa de mortes violentas de mulheres foi o feminicídio. Neste contexto, a violência por parceiro íntimo é um problema generalizado de saúde pública em países do continente americano. Nos Estados Unidos foi realizada uma pesquisa envolvendo 18 estados, demonstrando que 55,3% das mulheres vítimas de homicídio foram assassinadas por seus parceiros naquele país, enquanto apenas 5% de homens foram vítimas da violência por parceiro íntimo [37]. Um estudo realizado em 24 países da região revelou que este tipo de violência pode afetar entre 14 e 60% da população feminina em idade fértil (15 – 49 anos) e outras pesquisas vêm demonstrando haver relação entre o aumento da violência urbana e a elevação da violência de gênero, principalmente em localidades de grande desigualdade socioeconômica e sob influência do crime organizado e do narcotráfico [5,7,38]. No Brasil, a prevalência é de que uma em sete mulheres (14% - 17%) possam sofrer vitimização por parceiros em algum momento da vida [4]. Uma hipótese para o aumento dos homicídios femininos nas faixas mais jovens seria o uso abusivo de álcool e outras substâncias pela geração mais jovem de homens, que os torna vítimas e perpetradores de diversas formas de violência, incluindo a violência de gênero [9,39]. A violência doméstica letal implica em uma perda significativa de anos de vida e redução da expectativa de vida geral nas famílias comprometidas [40]. Ao contrário dos resultados encontrados para as mortes não relacionadas ao gênero, neste grupo de vítimas não houve achados significativos de álcool ou drogas nas amostras de sangue e urina coletadas nas vítimas.

O estudo esbarra em limitações comuns advindas da utilização de dados secundários. Entre os dados faltantes nas bases de dados públicas estão a identificação de valores ignorados ou dados em branco na base de dados, principalmente para informações sobre escolaridade, renda e situação conjugal das vítimas. A hipótese do tipo de homicídio (ligado ou não ao gênero) foi baseada em dados imediatos da ocorrência e de necropsia. Embora a investigação e eventual julgamento do crime pudesse trazer uma classificação mais definitiva e outras informações relevantes, estes dados não se encontravam disponíveis de forma geral quando da coleta das informações - o tempo médio de tramitação de um processo de homicídio no Brasil é de mais de 8 anos. [41] A região geográfica também é limitada

a um estado do Sul do Brasil com características particulares. Os casos masculinos não eram o foco deste estudo, então os tipos de homicídio não foram registrados, apenas as taxas para referência, o que é uma limitação em compreender o fenômeno nos homens e eventuais comparações mais específicas. Mesmo assim, a união de dados médico-legais e policiais permitiu demonstrar um fenômeno relevante, o crescimento nas taxas de homicídio feminino às custas de causas não ligadas ao gênero, principalmente atividades criminais.

A integração de diversas fontes de dados sobre o homicídio de mulheres pode levar a um melhor conhecimento sobre como esses crimes ocorrem. Apresentamos aqui um fenômeno preocupante, o aumento de taxas de homicídios de mulheres devido a fatores não relacionados ao gênero, geralmente caracterizados como violência urbana, que representam mais de 70% dos homicídios ocorridos no período nesta região. Os aumentos nesse tipo de homicídio afetaram tanto mulheres jovens e adolescentes naqueles tipos caracterizados como atividade criminal quanto aquelas mais velhas nos tipos caracterizados como latrocínio. As taxas também foram maiores nas mulheres de cor não branca, especialmente nos homicídios não ligados ao gênero. O conhecimento dessas características pode ser utilizado para direcionar políticas públicas, através do engajamento de instituições públicas e privadas, relacionadas com a proteção em Saúde, Segurança Pública e Educação. A oferta de serviços especializados para a proteção da mulher e criança em situação de vulnerabilidade e o compartilhamento de informações claras e atualizadas podem contribuir para a redução do risco de morte.

Tabela 1. Características das vítimas de homicídio no estudo (n=459) e categorizadas de acordo com motivo

		Esfera familiar	Crime sexual	Latrocínio	Atividade criminal	Total
Porto Alegre*		50.9%	63.6%	75.0%	62.8%	60.8%
Faixa etária*	<15	4.5%	18.2%	0.0%	3.3%	3.7%
	15-34	58.0%	72.7%	21.9%	67.4%	62.1%
	35-64	33.9%	9.1%	65.6%	28.0%	31.6%
	>64	3.6%	0.0%	12.5%	1.3%	2.6%
Cor não branca*		22.3%	36.4%	9.4%	34.3%	29.7%
Estado civil*	Solteiro	71.7%	100.0%	53.1%	87.5%	81.5%
	Casado	26.4%	0.0%	40.6%	11.8%	17.1%
	Viúvo	1.9%	0.0%	6.3%	.7%	1.4%
Vitimização física prévia		64.3%	72.7%	53.1%	73.0%	69.5%
Vitimização psíquica prévia		80.4%	81.8%	81.3%	86.5%	84.5%
Vitimização sexual prévia		8.9%	27.3%	6.3%	11.2%	10.7%
Mais óbitos no local*		30.6%	0.0%	23.3%	38.6%	34.6%
Morte no domicílio		72.9%	0.0%	38.7%	23.6%	36.0%
Instrumento*	Arma de fogo	42.9%	9.1%	62.5%	87.5%	73.0%
	Arma branca	37.5%	27.3%	28.1%	4.9%	15.0%
	Queda	8.0%	18.2%	6.3%	4.3%	5.7%
	Asfixia	9.8%	45.5%	3.1%	2.6%	5.4%
	Imolação	1.8%	0.0%	0.0%	.7%	.9%
Morte por arma de fogo*		42.9%	9.1%	62.5%	87.5%	73.0%
Lesão única*		42.0%	57.1%	50.0%	28.8%	33.8%
Álcool presente		21.6%	10.0%	8.3%	22.0%	20.8%
Outras drogas presentes*		10.4%	20.0%	4.0%	40.5%	30.3%

*A estatística de qui-quadrado é significativa no nível de significância 0,05

Indica que a frequência de crime está super-representada dentro da mesma linha no nível de significância 0,05

Tabela 2. Evolução das taxas de homicídio para 100.000 habitantes de acordo com faixa etária, cor da pele e motivação

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	AAPC
Faixa etária								
0-4	4.21	2.81	1.38	0.00	0.00	1.32	1.31	-7.90
5-9	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	4.34	0.00	152.65*
10-14	1.11	0.00	0.00	1.19	1.23	1.28	2.68	88.90
15-19	10.04	12.20	8.80	5.45	8.73	16.47	25.66	12.50*
20-24	18.69	7.33	18.92	11.59	8.50	7.53	17.27	-4.30
25-29	7.60	10.52	8.72	7.87	13.03	10.22	12.48	6.00*
30-34	2.08	7.09	7.91	2.91	13.42	15.42	14.63	26.70*
35-39	8.46	4.75	6.92	7.81	10.87	7.45	4.16	0.60
40-44	2.48	7.49	10.01	3.76	3.75	13.56	9.72	12.80
45-49	9.32	3.53	1.20	1.22	4.97	2.53	6.39	-7.10
50-54	1.23	3.65	3.61	3.57	4.76	1.20	2.43	-3.60
55-59	2.88	2.79	0.00	4.01	3.92	0.00	6.33	0.72
60-64	1.80	1.73	1.67	8.02	1.55	1.51	5.87	11.04
65-69	0.00	0.00	6.67	0.00	2.01	1.93	5.57	121.70*
70-74	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	2.71	0.00	81.10*
75-79	0.00	0.00	0.00	0.00	3.66	0.00	3.52	115.80*
80+	0.00	0.00	2.86	2.74	0.00	0.00	0.00	-22.90
Cor da pele								
Branca	4.37	4.04	3.82	3.21	4.26	5.02	6.65	6.40*
Não-branca	8.25	4.34	10.54	7.60	10.41	9.93	13.21	11.10*
Motivação								
Relacionados ao gênero	1.98	0.82	1.22	1.45	1.36	1.84	1.25	2.34
Esfera familiar	1.73	0.82	0.98	1.45	1.20	1.60	1.25	2.41
Crime sexual	0.25	0.00	0.24	0.00	0.16	0.24	0.00	2.79
Não relacionados ao gênero	3.04	3.28	3.74	2.58	3.93	4.09	6.48	11.40*
Latrocínio	0.16	0.33	0.24	0.32	0.48	0.32	0.72	16.96
Relacionado à criminalidade	2.88	2.95	3.50	2.26	3.45	3.77	5.76	10.80*
Geral								
Homens POA	67.89	74.53	96.77	76.58	98.67	102.66	121.73	10.70*
Mulheres POA	5.11	4.67	5.45	4.11	5.70	6.18	8.09	7.10*
Mulheres POA padronizado	4.98	5.17	5.39	4.06	6.05	6.29	10.85	10.69
Mulheres RS padronizado	4.45	4.29	4.62	4.41	4.67	4.85	5.16	2.53*
Mulheres BR padronizado	5.60	5.48	5.53	5.49	5.48	5.30	5.25	-0.96*

*Indica APC significativamente diferente de 0

APC médio relatado devido a joinpoint significativo presente

Figura 1. Representação das motivações para homicídios femininos em Porto Alegre, 2010 – 2016, segundo classificação da UNODC



Figura 2. Proporção de motivações para crime de acordo com a faixa etária

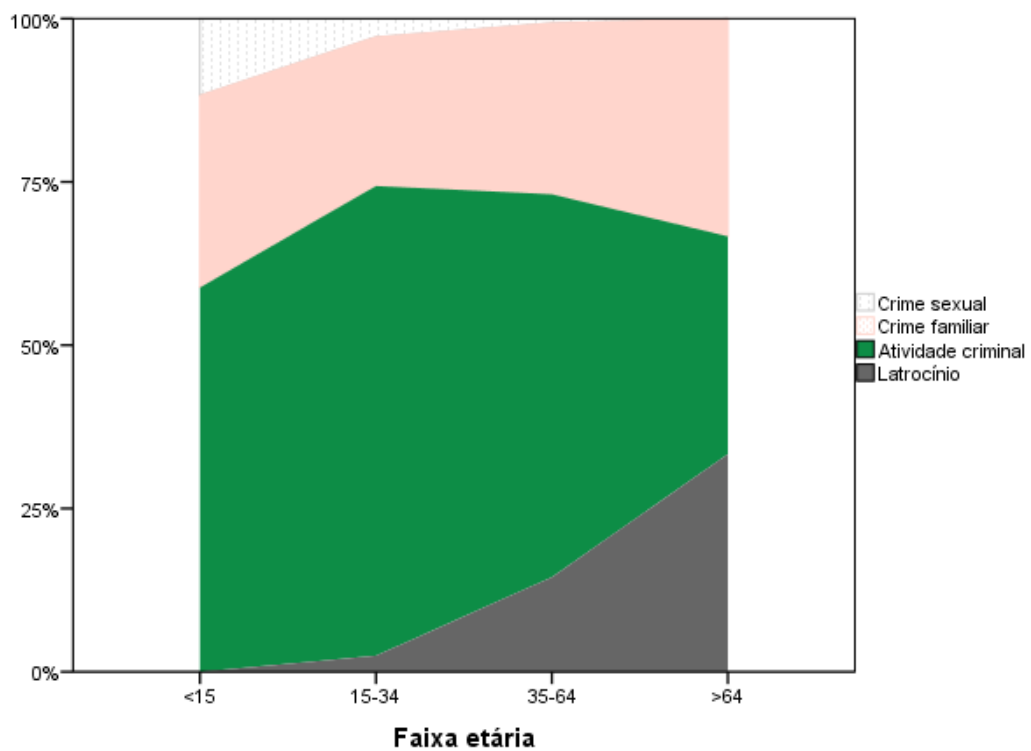
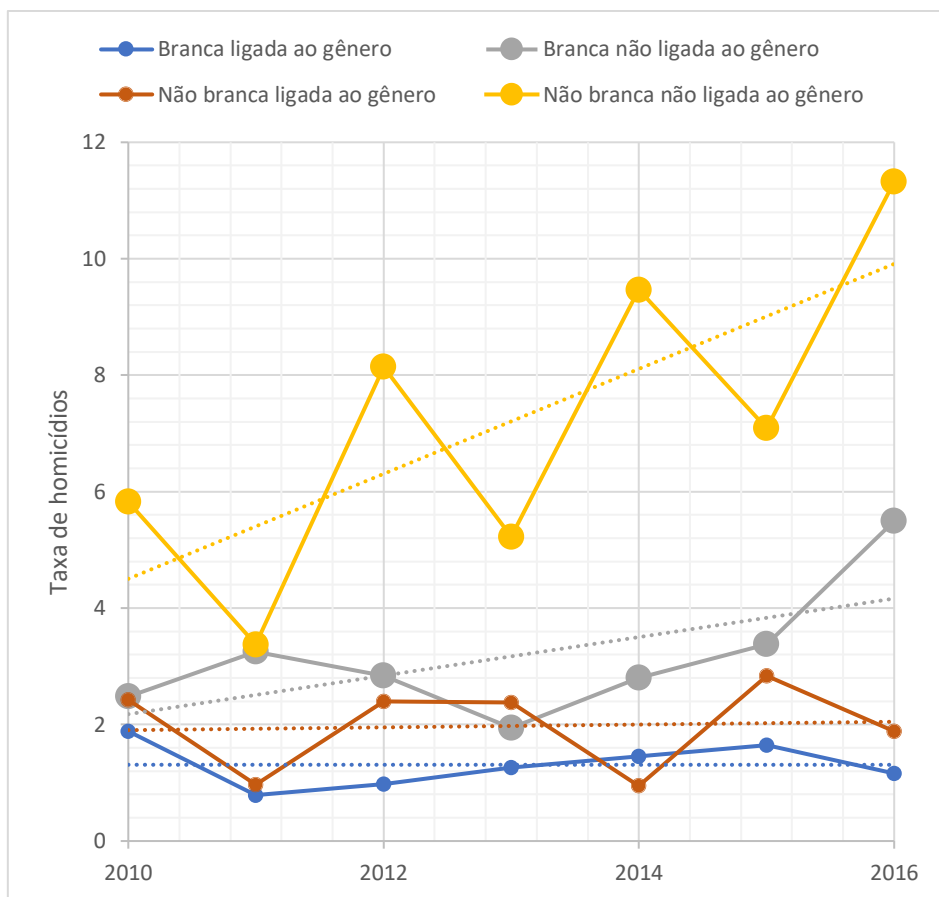


Figura 3. Evolução das taxas de homicídio entre mulheres em Porto Alegre de acordo com a motivação e cor da pele



BIBLIOGRAFIA

1. Meneghel SN, Hirakata VN. Femicídios: homicídios femininos no Brasil. Rev Saúde Pública. 2011;45(3):564-74.
2. Kury H, Redo S, Shea E. (2016). Women and Children as Victims and offenders: Background, Prevention, Reintegration. (1):479-504. Disponível em: <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-319-08398-8>. Acessado em novembro 2021.
3. UNODC, Global Study on Homicide 2018. The United Nations Office on Drugs and Crimes. Vienna, 2018. Disponível em: https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/GSH18_Gender-related_killing_of_women_and_girls.pdf. Acesso em: 06/03/2019.
4. Organização Pan-Americana de Saúde (2018). Quase 60% das mulheres em países das Américas sofrem violência por parte de seus parceiros. Retrieved from https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5812:quase-60-das-mulheres-em-paises-das-americas-sofrem-violencia-por-parte-de-seusparceiros&Itemid=820
5. Aburto, J.M.; Calazans, J.; Queiroz, B.L.; Lubar, S.; Canudas-Romo, V. (2021) Uneven state distribution of homicides in Brazil and their effect on life expectancy, 2000-2015: a cross-sectional mortality study. BMJ Open;11:e044706. Doi:10.1136/bmjopen-2020-044706
6. UNODC, Global Study on Homicide 2013. Trends, Contexts, Data. The United Nations Office on Drugs and Crimes. Vienna, 2013. Disponível em: https://www.unodc.org/documents/dsh/pdfs/2014_GLOBAL_HOMICIDE_BOOK_web.pdf. Acesso em: 14/11/2021.
7. Souza, E. R.; Meira, K. C.; Ribeiro, A. P.; Santos, J.; Guimarães, R. M.; Borges, L.F.; Oliveira, L.V.; Simões, T. C. (2017). Homicides among women in the different Brazilian regions in the last 35 years: an analysis of age-period-birth cohort effects. Ciência & Saúde Coletiva, 22(9):2949-2962.

8. Waiselfisz, JJ. Mapa da violência 2015: atualização: homicídio de mulheres no Brasil. Rio de Janeiro: CEBELA/FLACSO [Internet]; 2015 [Acessado em 20 maio 2018]. Disponível em: <http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2015/mapaviolencia2015>
9. Trindade RFC, Costa FAMM, Silva PPAC, Caminiti GB, Santos CB. Mapa dos homicídios por arma de fogo: perfil das vítimas e das agressões. *RevEscEnferm USP*. 2015; 49(5):748-55.
10. Roza, T.H; Machado-Rios, A.M.F.; Magalhães, P.V.S.; Telles, L.E.B. (2021). Femicide in Early adolescence: The potential role of girl-child marriage as a risk factor. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. <https://doi.org/10.1177/00048674211025713>. Access in July 2021.
11. Ahinkorah B.O.; Onayemi, O.M.; Seidu A-A. et al. (2021) Association between girl-child marriage and intimate partner violence in sub-Saharan Africa: Insights from a multicountry analysis of demographic and health surveys. *Journal of interpersonal violence*. Epub ahead of print 9 April. DOI: 10.1177/08862605211005139. Access in July 2021.
12. WHO – World Health Organization. Relatório Mundial sobre a prevenção da violência - 2014. Disponível em: apps.who.int/iris/bitstream/10665/145087/15/WHO_NVI_14.2_por.pdf. Acesso em: 21/05/2016.
13. Telles LEB, Barros AJ, Moreira CG, Almeida MR, Telles MB, Day VP. Intimate partner violence during pregnancy: case report a forensic psychiatric evaluation. *Rev Bras Psiquiatr [Internet]*. 2016 [accessed in 2018 Mar 20]; 38(1):87-8. Available from: DOI:10.1590/1516-4446-2015-1820.
14. Zeoli AM, Malinski R, Turchan B. Risks and targeted interventions: firearms in intimate partner violence. *Epidemiol Rev*. 2016; 38:125-39.
15. Verkko, V. (1967). Static and dynamic “laws” of sex and homicide. *Studies in homicide*, 36-44.
16. Stamatel J.P. (2014). Explaining variations in female homicide victimization rates across Europe. *European Journal of Criminology*. 11(5) 578-600

17. Linde, A. (2019). Female homicide victimization in Spain from 1910 to 2014: the price of equality? *European Journal on Criminal Policy and Research*. <https://doi.org/10.1007/s10610-019-09427-1>. Acessado em junho 2021.
18. Pasinato W. (2011). “Femicídios” e as mortes de mulheres no Brasil. *Cadernos Pagu*; 37:219-246.
19. Meneghel SN, Ceccon RF, Hesler LZ, Margarites AF, Rosa S, Vasconcelos VD. Femicídios: narrativas de crimes de gênero. *Interface - Comunicação Saúde Educação*. 2013;17(46):523-533.
20. Machado, D.B.; Rodrigues, L.C.; Rasella, D.; Barreto, M.L.; Araya, R. (2018). Conditional cash transfer programme: Impacto in homicide rates and hospitalisations from violence in Brazil. *PLoS ONE*, 13(12):e0208925. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0208925>
21. Cerqueira, D.; Bueno, S. (Coord.) (2020). Atlas da violência 2020. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Acessado: <http://www.ipea.gov.br/portal/publicacoes>, em julho/2021. DOI: <https://dx.doi.org/10.38116.riatlasdaviolencia2020>
22. Catalano S. et al. (2009). Bureau of Justice Statistics: Female victims of violence. U.S. Department of Justice. Disponível em: <https://bjs.ojp.gov/content/pub/pdf/fvv.pdf>. Acessado em 14/11/2021.
23. Mama A. (1989). Violence against black women: gender, race and state responses. *Feminist Review*. 32:30-48.
24. McClain PD. (1982). Black female homicide offenders and victims: are they from the same population? *Death Education*, 6:3,265-278.
25. Barcinski, M & Cúnico, S.D. (2016) Women in drug trafficking – Pictures of female victimization and protagonism. *Civitas*. 16(1) 59-70
26. Cúnico, S.D.; Strey, M.N.; Costa, A. B. (2019). “Quem está no comando? Mulher de bandido e os paradoxos da submissão”. *Revista Estudos Feministas*. Florianópolis, v.27, n.2 e54483.
27. Margarites AF, Meneghel SN, Ceccon RF. Femicídios na cidade de Porto Alegre: Quantos são? Quem são? *REVIBRAS EPIDEMIOL*. 2017; 20(2):225-36.

28. Pereira AR, Vieira DN, Magalhães T. Fatal intimate partner violence Against women in Portugal: a forensic medical national study. *J Forensic Leg Med.* 2013; 20(8):1099-107.
29. Salameh HOG, Salameh RJ, Shwaiki M, Abder-Rahman H. Forensic medical aspects of femicide in Jordan. *Journal of Forensic and Legal Medicine.* 2018; 56:90–3.
30. Toprak S, Ersoy G. Femicide in Turkey between 2000 and 2010. *PLOS ONE* [Internet]. 2017 [accessed in 2017 Aug 23]; Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0182409>.
31. UNODC, Global Study on Homicide 2011. The United Nations Office on Drugs and Crimes. Vienna, 2011. Disponível em: <https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/statistics/crime/global-study-on-homicide-2011.html>
32. UNODC, Global Study on Homicide 2019. The United Nations Office on Drugs and Crimes. Vienna, 2019. Disponível em: <https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/global-study-on-homicide.html>
33. Price JH, Payton E. Intimate partner firearms violence: a topic ignored in women's health journals and the impact on health providers. *Violence and gender.* 2016; 3(1):36-41.
34. Sieghel MB, Rothman EF. Firearm ownership and the murder of women in the United States: evidence that the state-level firearm ownership rate is associated with nonstranger femicide rate. *Violence and Gender.* 2016;3(1).
35. Orellana JDY, Cunha GM, Brito BCS, Horta BL. (2017) Factors associated with homicide in Manaus, Amazonas, Brazil, 2014. *Epidemiol. Serv. Saúde;*26(4):735-736.
36. Jesus S, Oliveira DD, Frattari NF. (2021) The crime of latrocínio in the city of Goiânia: interactions and conflicts at the crime scene. *Dilemas, Rev. Estud. Conflito Controle Soc.* 14(3):821-842.
37. Geary, S.; Graham, L.M.; Moracco, K.E; Ranapurwala, S.I.; Proescholdbell, R.J.M. (2020). Intimate Partner Homicides in North Carolina: 2011-2015. *NC Medical Journal;* 81(4):228-235.

38. Martins, AP. Violência no namoro e nas relações íntimas entre jovens: considerações preliminares sobre o problema no Brasil. *Gênero*. 2017; 17(2):9-28.
39. Machado-Rios, A.; Martini, M.; Cardoso-Crespo, K.; Fraga-Morales, A.; Magalhães, P. V. Silva-Magalhães; Borba-Telles, L.E. (2019). Sociodemographic, criminal and forensic characteristics of a sample of female children and adolescents murdered in Brazil. 2010-2016. *Rev. Fac. Med.*; 67(3):201-8.
40. Graham, L.M.; Ranapurwala, S.I.; Zimmer, C.; Macy, R.J.; Rizo, C.F.; Lanier, P.; Martin, S.L. (2021). Disparities in potencial years of life lost due to intimate partner violence: data from 16 states for 2006-2015. *PLoS ONE* 16(2): e0246477. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0246477>
41. Ribeiro LML, Couto VA, Vasconcelos FB, Souza JLC, Ratton JL, Franco MC. (2014). Ministério da Justiça e Segurança Pública – Governo Federal. Disponível em: <https://www.justica.gov.br/news/processo-de-julgamento-de-homicidios-no-brasil-dura-em-media-8-6-anos>. Acessado em 31/10/2021.

Artigo 3:

Sociodemographic, criminal and forensic characteristics of a sample of female children and adolescents murdered in Brazil. 2010-2016

Características sociodemográficas, criminales y médico-legales de una muestra de niñas y adolescentes víctimas de homicidio en Brasil. 2010-2016

Rev. Fac. Med. 2019 Vol. 67 No. 3:201-8 (Revista de la Facultad de Medicina – Universidad Nacional de Colombia)

DOI: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v67n3.73245>

Angelita Machado Rios¹, Murilo Martini², Kleber Cardoso Crespo¹, Anderson Fraga Morales³, Pedro Vieira Magalhães¹, Lisieux Elaine Telles¹

1 Instituto-Geral de Perícias - Departamento Médico-Legal - Porto Alegre - Brasil.

2 Universidade Federal do Rio Grande do Sul - Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Ciências do Comportamento - Porto Alegre - Brasil.

3 Instituto Geral de Perícias - Departamento de Criminalística - Porto Alegre - Brasil.

Abstract

Introduction: In Brazil violent deaths are the first cause of passing away in adolescents and young adults of both sexes.

Objective: To describe the characteristics of female child and adolescent homicide analyzed in the morgue of Porto Alegre/Brazil.

Materials and methods: Cross-sectional study that analyzed 70 autopsy reports of young girls victims of homicide, between January 2010 and December 2016. The cases were evaluated according to the motivation of the crime, and were identified five isolated categories: deaths caused by drug trafficking, femicide, family homicide, sexual violence deaths and deaths related to other transgressions.

Results: The total number of homicides in female children grew from 7 to 19 between 2010 and 2016. Drug trafficking was responsible for the increase in homicides (64.2%). Femicide occurred in 15.7% of the cases. Deaths were caused by relatives

in 10% of the cases. Deaths after sexual violence and other transgressions occurred in 5.7% and 4.2% respectively.

Conclusion: The high number of female adolescent homicide brings attention to the drug trafficking phenomenon and deserves greater attention in studies and public policies.

Keywords: Violence; Homicide; Gender-Based Violence; (MeSH); Adolescents (DeCS)

Introduction

Violence against children and adolescents represents a serious global problem and has an impact on the cognitive, affective and social development of this population (1). Around eight million boys and girls between the ages of zero and nineteen die each year. The highest death rates in this age group include precarious health, conflict, violence, child marriages, early pregnancy, malnutrition and child labor (2,3,4). In Latin America, there are high levels of unemployment and lack of activities for young people, making them more vulnerable to involvement in criminal activity and access to firearms, which contribute to the growth of the homicide mortality rate (TMH) (1.5-7).

The number of homicides is considered the best international indicator of violence (8). In developed countries, violent mortality is represented by the unintentional component (traffic accidents). Suicide predominates among the intentional component. In Brazil, violent deaths are the leading cause of death among adolescents and young adults of both sexes. Homicidal violence has become more important since the 1980s, reaching predominantly young black-skinned from economically disadvantaged classes. Since then, the number of deaths among adolescents have been increasing (6,9,10).

The increase in these rates is related to the use, possession and distribution of firearms (1,6,11). In the United States, 2,960 children and adolescents (0-19 years) were victims of homicide each year between 2008 and 2010 (12). In several Latin American countries, including Brazil, the proportion of firearm homicides exceeds 70%, representing the highest rate of juvenile homicide. The consumption of alcoholic beverages and other substances can encourage exposure in situations of violence, culminating with this type of aggression (6,13).

The age range between 15-17 years presents a higher risk of homicide in childhood and adolescence, followed by the group of young children. The younger the child (0-1 year of age), the more likely the offense is perpetrated by a family member (50% to 75%), including one or both parents, often the mother. With increasing age, the child becomes more vulnerable to violence in the community (above 15 years, only 5% of the perpetrators of the homicide are from the family environment of the victim) (1).

In a number of countries, young males are the primary victims and perpetrators of homicides, up to nearly seven times more likely to be murdered than girls (14-17). The

study on aspects of child and adolescent mortality, carried out in Rio Grande do Sul / Brazil between 2000 and 2014, described the higher risk of homicide in males compared to females in all age groups, and especially between 15 and 19 years of age, the possibility of death by homicide was 10 times higher for males (18). In general, homicide against boys are perpetrated by strangers, as a result of involvement with criminal activities or interpersonal conflicts in public spaces. Among the perpetrators of girl and adolescent murder are usually family members or intimate partners, representing the maximum point of a continuous and growing process of victimization (19,20). It is important to point out that the growing increase in homicides in women due to urban violence is related to violent actions in which the targets were the men of their interpersonal relations (21) or direct involvement in criminal actions (19).

The objective of the study was to describe the characteristics of the homicides of female children and adolescents in the Porto Alegre / Brazil morgue, based on the sociodemographic, criminal and medical-legal variables of the victims. There are few forensic studies that analyze female child-juvenile homicides and the motivation for the early death of girls and adolescents, vulnerable to various types of violence (16).

Methods

This cross-sectional study, with retrospective data collection, analyzed the autopsy reports of female children and adolescents victims of homicide in the Medical-Legal Department of Porto Alegre between January 2010 and December 2016. The population coverage of the morgue under study was 2.216.975 inhabitants, considering the population of the capital and eight other near cities in the metropolitan region. The exams performed in the central morgue correspond to approximately fifty percent of all autopsies performed in the State of Rio Grande do Sul, with a total population of 11.000.000.

All autopsy reports of female individuals aged zero to seventeen classified at the place of death as homicides were included in the study. Cases of violent death not classified as homicides (accidents, suicides, undetermined) were excluded.

In order to study the phenomenon of violent and precocious death of girls and adolescents, homicides were analyzed based on the motivation or authorship of the crime, identifying five isolated categories: deaths caused by trafficking, femicides (intimate partners), family homicides, deaths related to other contraventions and homicides preceded by sexual violence. The categories were established from the data available in the institution's database. For each category, sociodemographic (age of the victim, skin color and city where the murder occurred), criminal (seasonality and history of previous victimization) and medical-legal (instrument or means of death, location and number of lesions and presence of alcohol and / or psychotropic substances) variables were evaluated.

Socio-demographic and criminal information was obtained through the General Protocol of the Instituto Geral de Perícias, police bulletins and records taken at the scene by the funeral removal team. The medical-legal variables were extracted from autopsy reports and forensic laboratory results. For the analysis and measurement of ethyl alcohol in blood, gas chromatography with flame ionization detector and headspace sampling were used. Toxicological screening was performed by urine immunoassay for cannabinoids, amphetamines and benzodiazepines.

The research was authorized by the Department of Education and Research of the Legal Medical Department / Porto Alegre and approved by the Ethics and Research

Committee of the Hospital de Clínicas of Porto Alegre (project 899 062, September 2017).

Results

During the studied period, 70 girls and adolescents were identified as victims of homicide. The absolute number of homicides shows a tendency of growth, which can be explained by the increase in deaths linked to trafficking. Figure 1 shows the distribution of categories according to the authorship or motivation of the crime and the year of death.

Sociodemographic variables results [T2]

Adolescent death occurred in 57 cases (81.4% of the sample) and there was a high number of deaths in all categories except in family homicide (Table 1). The homicide of girls between zero and twelve years old corresponded to 13 cases, or 18.4% of the sample, and the age group between seven and twelve years had the lowest number of occurrences of female homicides (one case). White skin color was predominant among victims and deaths occurred in the capital in approximately two-thirds of the sample.

Criminal variables results [T2]

Figure 2 shows the significant increase in the number of homicides of girls and adolescents in 2015 and 2016, corresponding to 54.2% of the cases analyzed. Between 2010 and 2016, there was an increase in the number of homicides in the age group between 12-17 years, apparently remaining stable in children under 12 years.

March and August concentrated the largest number of victims (34.2%). In this study, autopsies performed on weekends (Friday, Saturday and Sunday) corresponded to 54.2% of the sample and the nighttime (7:00 pm - 6:00 am) concentrated the largest entrance of bodies in the morgue (44 cases or 62.8% of the sample).

Regarding the place of death, homicides occurred on public roads, bars, public transportation and personal vehicles corresponded to 67.1% of the sample (47 cases). Death in the residence of the victims, friends or relatives occurred in 23 cases (32.8%). For the victims who received medical care and died in hospitals, the place of death was considered by the reference mentioned in the police notification (Table 2). In 29

cases (41.4% of the sample) there were reports of the presence of more than one fatal victim at the crime scene, especially in homicides related to drug trafficking and deaths caused by family members (familicide).

In the criminal variables, police reports prior to the fatal event were also investigated, considered as one of the indicators of prior victimization (Table 2). Children and adolescents were victims of some type of stressor event prior to the homicide in 61.4% of the sample (43 cases). Psychological violence occurred in 43 cases (61.4%) and physical violence occurred in 31 cases analyzed (44.2%). Sexual abuse prior to the homicide was observed in nine cases (12.8%).

Medical-legal variables results

In this study, as shown in Table 3, the most affected body area was the head (60% of the sample), in isolation or associated with other anatomical regions. Firearms were responsible for the largest number of lesions on the face and cranial region. Homicides caused by cold weapons were less frequent and were responsible for more numerous injuries in the body of victims (over twenty). Firearms were responsible for most of the deaths related to drug trafficking and contraventions. In the crimes perpetrated by relatives and by intimate partners (femicides) there was a predominance of cold weapon use. In sexual violence, the use of force through cervical constriction (asphyxia) was observed.

Evaluation of blood and urine in the body of violent death victims is a standard forensic procedure. In this study the presence of alcohol in blood was evidenced in less than 10% of the victims (7.1%). The presence of psychotropics in the urine occurred in one third of the sample (31.4% of the cases). There was no blood or urine exam in victims when surgical procedures were performed after lethal assault or in cases where the body was found in more advanced stages of decomposition. In 4.2% of the sample there was no information on biological material evaluation.

Discussion

The increase in mortality rates among boys over 15 years of age is a worldwide phenomenon (9,13,22,23), however, few studies address the premature death of girls. In our study we observed an increase in the number of female homicides in adolescence, in the geographical area of the capital and in white victims. These findings are in line with data from the Map of Violence (2015) (24), which describes the significant increase in homicide rates from the age of 13 and mentions Rio Grande do Sul as the eighth Brazilian state that presents the highest rates in homicides of white women per 100,000 inhabitants.

Of the analyzed sample, 75.7% of the deaths of girls were caused by firearms, especially in cases whose motivation for the crime was trafficking, with the head being the anatomic region most affected. In several international studies, firearms have also been described as the main tools for female homicide (25-30). Cold weapons represented the second most used instrument, being predominant in homicides practiced by intimate partners and by relatives (biological father). National studies that analyzed homicides caused by cold weapon and firearm observed the same pattern of seasonality described in this study, with Sunday being the day of the week with the highest number of victims. The highest pattern of murders was also found on weekends and at night (6.31).

Drug trafficking (64.2% of the sample) was the category responsible for the majority of the homicides of the girls and adolescents studied. These deaths occurred predominantly in public environments such as streets, bars, public transport or personal vehicles, and in some situations, the target of the action was not the girl or the teenager. In 48.8% of these homicides (22 cases), other victims died at the event site. In the analysis of data from these crime sites it was observed that many victims were hit by firearm projectiles while performing their usual activities, describing a pattern of unidentifiable aggressors using motorbikes or cars that hit their targets and other random people who were in the environment (urban violence). It was observed that adolescents were murdered along with their partners. These findings are in agreement with studies that describe female homicide in retaliatory actions against comrades and / or relatives and the deaths of women and children in areas triggered by drug trafficking (19,21,32).

The second most frequent category of homicide in girls was femicide. Deaths from intimate partners occurred in 15.7% of the sample, and in eight of the eleven cases analyzed (72.7% of this sub-sample), adolescents were between 13 and 15 years of age at the time of death, revealing the early onset of this type of crime. Similarly, for the technical staff of the National Institute of Forensic Medicine and Forensic Sciences of Colombia (11), concern has risen about the increase in the number of femicides in minors in the year 2013. In our study, the term femicide was used to designate only the homicides perpetrated by partners, ex-partners and abusive sexual / affective relationships (stepfather, brother-in-law), considered as intimate partners of the victims. Few national surveys address violence in dating and intimate relationships among young people. However, international organizations describe the problem of early marital unions and child marriages in which domestic violence can begin in the early stages of the relationship, affecting mainly girls. The culture of violence in dating relationships, jealousy and possession end up generating violent processes of power and subordination (33-37). Adolescent gestation was observed in 4.2% of the sample (three cases), in which uterine findings (fetuses) were found in two cases and one adolescent was killed due to the suspected pregnancy by the aggressor.

The third most frequent category was homicide perpetrated by family members. In this study, four of six children under two years of age were killed by their parents (66.6% of the crimes). In the age group of two to six years, the homicides perpetrated by the biological parents were reduced to 16.6% (one in six cases). In children whose offender was the biological father, the classification familicide can be used, as there were men who murdered their companion and daughters. In Brazil, effective public health policies have reduced infant mortality rates in the early years of life. However, infants and young children remain predisposed to intrafamily violence due to their dependency on caregivers and few interactions in the non-domestic environment. For infants with less than one year of age, the risk of death is three times higher than for children with one to four years of age (1.38).

Sexual violence was the fourth category described as motivation for death. The four cases analyzed had in common the same instrument pattern or cause of death: the use of force through neck constriction (asphyxia). The adolescents were the main victims of this type of crime, and the analysis of the information about the place of death describes the presence of abandoned bodies in unmarked areas, partially naked

and with belongings left near them. However, findings in the body of a preschool-age girl demonstrated the existence of various anogenital lesions that corroborated sexual abuse. In our midst, sexual violence in prepubescent girls is characterized by intrafamily pattern, repetitive episodes and absence of physical forensic evidence (39).

As a worldwide problem, violence against children can have multiple consequences on their psychological, cognitive and social development. The damage to the victims varies according to the frequency, severity of the violence and the relation of the victim to the perpetrators (1,38,40). When studying the lethal event that affected the 70 girls and adolescents, it was observed that previous episodes of physical and psychological violence had been reported in approximately two-thirds of the sample. Although previous sexual violence was less reported, it was observed that 2.8% of the adolescents studied were in sexual exploitation at the time of the homicide. Another factor that was related to previous reported victimization was the use / abuse of psychotropic substances at the moment of homicide, which was observed in one third of the adolescents. In the sample, the consumption of psychotropic substances was directly related to homicides motivated by trafficking and various infractions. The use of alcohol and other chemicals disinhibits the perpetrators and exacerbates the vulnerability of victims (41-45), and may lead to risky behaviors, such as the acquisition of debts with local drug traffickers.

As limitations of the study it was observed the lack of confirmation of the initial data through police inquiries and / or judicial processes and the difficulty of constructing annual rates for the population of the sample area, however data from the Brazilian Institute of Geography and Statistics do not report significant variation in the total population, which suggests that the absolute numbers do not deviate too much from the rates. The phenomenon of increased deaths of girls and adolescents related to trafficking may not be extrapolated to other regions of the country in the same period, requiring further research.

Final considerations [T1]

The investment of recent governments in public policies to reduce infant mortality rates due to infectious diseases and malnutrition has reduced these general indices; thus, children who used to die before the end of the first year of life today reach adolescence. Preventive measures in public health and safety, such as actions that promote access to sports, leisure and culture, are necessary to prevent early deaths following violence against girls and adolescents. Attempts to ward off children and adolescents from activities linked to the contravention or to protect them from domestic violence should consider the genesis of violent acts, often masked by transgenerational behavior. The identification of these factors directly related to female juvenile homicide allows the adoption of policies focused on the interruption of the cycle of violence and on the proposal to reduce the banalization of violent acts. Cases of risk need early identification to avoid fatal outcome, as evidenced in two-thirds of the sample, whose victims had previous reports of some kind of child-juvenile violence.

Conflict of interest

There was no conflict of interest in this study.

Financing

There was no funding in this study.

Acknowledgements

They were not mentioned by the authors.

Fig1. Absolute number of female homicide according to the year and motivation of the crime.

Source: our own elaboration based on data obtained in the study.

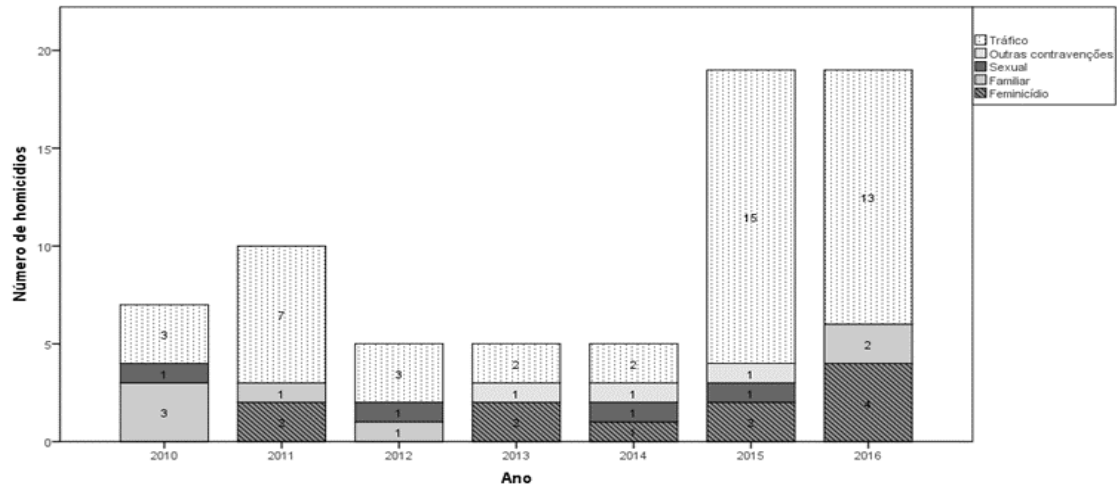


Table 1. Sociodemographic variables.

Motivation/ authorship n=70		Trafficking n (%)	Intimate partner n (%)	Familiar n (%)	Sexual n (%)	Contrave ntions N (%)	Total n (%)
AGE GROUP	0-1 years	2 (33.3)	0 (0.0)	4 (66.6)	0 (0.0)	0 (0.0)	6 (100.0)
	2-6 years	4 (66.6)	0 (0.0)	1 (16.6)	1 (16.6)	0 (0.0)	6 (100.0)
	7-12 years	1 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (100.0)
	13-17 years	38 (66.6)	11 (19.2)	2 (3.5)	3 (5.2)	3 (5.2)	57(100.0)
SKIN COLOR	White	33 (68.7)	6 (12.5)	6 (12.5)	2 (4.1)	1 (4.1)	48(100.0)
	Mixed	7 (53.8)	3 (23.0)	1 (7.6)	1 (7.6)	1 (7.6)	13(100.0)
	Black	5 (62.5)	2 (25.0)	0 (0.0)	1 (12.5)	0 (0.0)	8 (100.0)
	Other	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (100.0)	1 (100.0)
SITE LOCATION	Capital	32 (72.7)	6 (13.6)	2 (4.5)	2 (4.5)	2 (4.5)	44(100.0)
	Metropolitan	13 (50.0)	5 (19.2)	5 (19.2)	2 (7.6)	1 (3.8)	26(100.0)
	TOTAL	45 (64.2)	11 (15.7)	7 (10.0)	4 (5.7)	3 (4.2)	70(100.0)

Fig 2. Seasonality of the female homicide: day of the week, month and year.

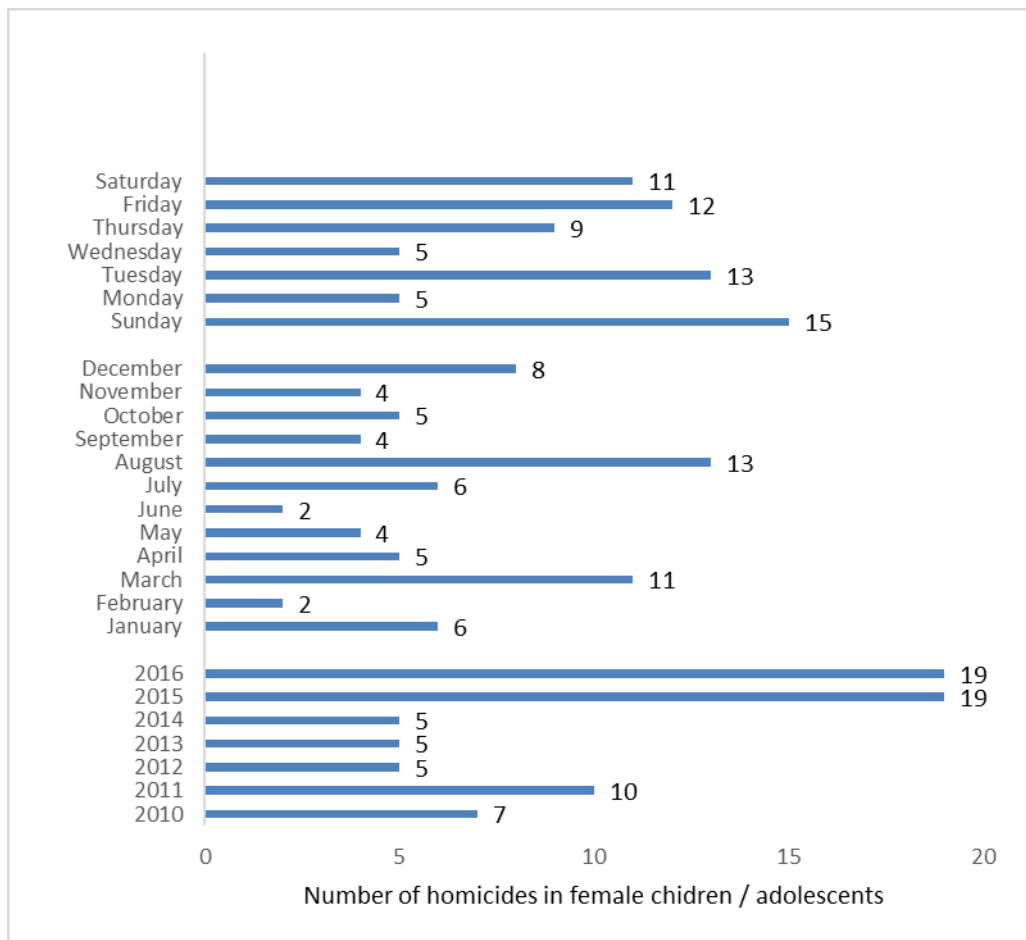


Tabela 2. Criminal variables.

Motivation/authorship n=70		Trafficking n (%)	Intimate partner n (%)	Familiar n (%)	Sexual n (%)	Contra- ven- tions n (%)	Total n (%)
SITE LOCATIO N	Residence	7 (30.4)	8(34.7)	7 (30.4)	0 (0.0)	1 (4.3)	23 (100.0)
	Publicspace s/other	38 (80.8)	3 (6.3)	0 (0.0)	4 (8.5)	2 (4.2)	47 (100.0)
PREVIOUS VIOLENCE	Yes	29 (67.4)	6 (13.9)	3 (6.9)	2 (4.6)	3 (6.9)	43 (100.0)
	No	16 (59.2)	5 (18.5)	4 (14.8)	2 (7.4)	0 (0.0)	27 (100.0)
PHYSICAL VIOLENCE	Yes	23 (74.1)	3 (9.6)	1 (3.2)	1 (3.2)	3 (9.6)	31 (44.2)
	No	22 (56.4)	8 (20.5)	6 (15.3)	3 (7.5)	0 (0.0)	39 (100.0)
PSYCHOL OGICAL VIOLENCE	Yes	29 (67.4)	6 (13.9)	3 (6.9)	2 (4.6)	3 (6.9)	43 (100.0)
	No	16 (59.2)	5 (18.5)	4 (14.8)	2 (7.4)	0 (0.0)	27 (100.0)
SEXUAL VIOLENCE	Yes	3 (33.3)	2 (22.2)	0 (0.0)	2 (22.2)	2 (22.2)	9 (100.0)
	No	42 (68.8)	9 (14.7)	7 (11.4)	2 (3.2)	1 (1.6)	61 (100.0)
TOTAL		45 (64.2)	11 (15.7)	7 (10.0)	4 (5.7)	3 (4.2)	70 (100.0)

Table 3. Medical-legal variables.

Motivation/authorship n=70		Trafficking n (%)	Intimate partner n (%)	Familiar n (%)	Sexual n (%)	Contraventions n (%)	Total n (%)
INJURY SITE	Head	23 (76.6)	4 (13.3)	2 (6.6)	0 (0.0)	1 (3.3)	30 (100.0)
	Head/other	9 (75.0)	1 (8.3)	0 (0.0)	1 (8.3)	1 (8.3)	12 (100.0)
	Cervical	2 (20.0)	4 (40.0)	1 (10.0)	3 (30.0)	0 (0.0)	10 (100.0)
	Thorax/abdomen	10 (62.5)	2 (12.5)	3 (18.7)	0 (0.0)	1 (6.2)	16 (100.0)
	Asphyxia	1 (50.0)	0 (0.0)	1 (50.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (100.0)
INSTRUMENT	Firearm	43 (82.6)	4 (7.6)	2 (3.8)	0 (0.0)	3 (5.7)	52 (100.0)
	Cold weapon	1 (10.0)	5 (50.0)	3 (30.0)	1 (10.0)	0 (0.0)	10 (100.0)
	Cutting-blunt	0 (0.0)	1 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (100.0)
	Asphyxia	1 (14.2)	1 (14.2)	2 (28.5)	3 (42.8)	0 (0.0)	7 (100.0)
ALCOHOL	Yes	2 (40.0)	3 (60.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	5 (100.0)
	No	36 (63.1)	7 (12.2)	7 (12.2)	4 (7.0)	3 (5.2)	57 (100.0)
	Not evaluated	4 (80.0)	1 (20.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	5 (100.0)
	No data	3 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (100.0)
PSYCHOTROPICS	Yes	18 (81.8)	3 (13.6)	0 (0.0)	1 (4.5)	0 (0.0)	22 (100.0)
	No	22 (55.0)	6 (15.0)	7 (17.5)	3 (7.5)	2 (5.0)	40 (100.0)
	Not evaluated	4 (80.0)	1 (20.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	5 (100.0)
	No data	1 (33.3)	1 (33.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (33.3)	3 (100.0)
TOTAL		45 (64.2)	11 (15.7)	7 (10.0)	4 (5.7)	3 (4.2)	70(100.0)

References

1. Peres MFT, Ruotti C, Carvalho D, Regina FL. Vitimização fatal de crianças no espaço público em decorrência da violência interpessoal comunitária: um diagnóstico da magnitude e contextos de vulnerabilidade da América Latina. *Rev. bras. segur. pública*. 2015;9(2):12-48.
2. World Health Organization (WHO). Global Health Estimates 2015: Deaths by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000-2015. Geneva: WHO; 2016.
3. Miniño AM. Mortality among teenagers aged 12-19 years: United States, 1999-2006. *NCHS Data Brief*. 2010 [cited 2018 Mar 24];(37):1-8. Available from: <https://bit.ly/2HBOvIK>.
4. Silverman JG, Decker MR, Cheng DM, Wirth K, Saggurti N, McCauley HL, et al. Gender-based disparities in infant and child mortality based on maternal exposure to spousal violence: the heavy burden borne by Indian girls. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2011;165(1):22-7. <http://doi.org/c7w5dh>.
5. Imbusch P, Misse M, Carrión F. Violence research in Latin America and the Caribbean: a literature review. *Int J ConfViolence*. 2011;5(1):87-154. <http://doi.org/c7zn>.
6. Trindade RFC, Costa FAMM, Silva PPAC, Caminiti GB, Santos CB. Mapa dos homicídios por arma de fogo: perfil das vítimas e das agressões. *RevEscEnferm USP*. 2015;49(5):748-55. <http://doi.org/c7zp>.
7. United Nations International Children's Emergency Fund (Unicef). Children in danger: Act to end violence against children. United Kingdom: Unicef; 2014.
8. Meneghel SN, Hirakata VN. Femicídios: homicídios femininos no Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2011;45(3):564-74. <http://doi.org/fhx5sp>.
9. Mansano HN, Gutierrez MMU, Ramalho W, Duarte EC. Homicídios em homens jovens de 10 a 24 anos e condições sociais em municípios do Paraná e Santa Catarina, Brasil, 2001 - 2010. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2013;22(2):203-14. <http://doi.org/c7zq>.

10. **Matos KF, Martins CB de G.** Mortalidade de causas externas em crianças, adolescentes e jovens: uma visão bibliográfica. *Espaç. Saúde.* 2013;14(1-2):82-93.
11. Colombia. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias forenses - Regional Noroccidente. Violencia contra niños, niñas y adolescentes: datos para su comprensión. Lesiones fatales y no fatales. Medellín: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias forenses; 2013.
12. **Crossen EJ, Lewis B, Hoffman BD.** Preventing Gun Injuries in Children. *Pediatr Rev.* 2015;36(2):43-50. <http://doi.org/c7zr>.
13. **Pinheiro PS, Pinheiro MA.** A prevenção de homicídios de crianças na América Latina: um imperativo de direitos humanos. *Rev. bras. segur. pública.* 2015;9(2):50-86.
14. **Malta DC, Bernal RTI, Pugedo FSF, Lima CM, Mascarenhas MDM, Jorge AO, et al.** Violências contra adolescentes nas capitais brasileiras, segundo inquérito em serviços de urgência. *Ciênc. Saúde Coletiva.* 2017;22(9):2899-908. <http://doi.org/c7zs>.
15. **Souza TO, Souza ER, Pinto LW.** Evolução da mortalidade por homicídio no Estado da Bahia, Brasil, no período de 1996 a 2010. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2014;19(6):1889-1900. <http://doi.org/c7zt>.
16. United Nations International Children's Emergency Fund (Unicef). Hidden in plain sight: a statistical analysis of violence against children. New York: Unicef; 2014 [cited 2018 Mar 2]. Available from: <https://bit.ly/1q5gdND>.
17. World Bank. Crime and violence in Central America: a development challenge. Washington D.C.: World Bank; 2011.
18. **Agranonik M, Furnstenau CR, Bandeira MD.** Aspectos da mortalidade de crianças e adolescentes por causas externas no RS, em 2000-14. *Indic. Econ. FEE.* 2017;44(4):53-64.

19. **Pasinato W.** “Femicídios” e as mortes de mulheres no Brasil. *Cad. Pagu.* 2011;37:219-246. <http://doi.org/fcqs3w>.
20. **Portela AP, Ratton JL.** A teoria social feminista e os homicídios: o desafio de pensar a violência letal contra as mulheres. *Contemporânea.* 2015;5(1):93-118.
21. **Meneghel SN, Ceccon RF, Hesler LZ, Margarites AF, Rosa S, Vasconcelos VD.** Femicídios: narrativas de crimes de gênero. *Interface (Botucatu).* 2013;17(46):523-33. <http://doi.org/c7zv>.
22. **Almeida NDV.** Análise dos homicídios em Pernambuco e as contribuições da justiça restaurativa. *Psicol. cienc. prof.* 2017;37(3):565-78. <http://doi.org/c7zw>.
23. **Domingues DF, Dessen MA.** Homicídio Juvenil: papel da polícia/justiça criminal brasileira na visão de famílias enlutadas. *Interação Psicol.* 2015;19(3):319-28. <http://doi.org/c7zx>.
24. **Waiselfisz JJ.** Mapa da violência 2015: homicídio de mulheres no Brasil. Rio de Janeiro: FLACSO; 2015 [cited in 2018 May 20]. Available from: <https://bit.ly/2LixImB>.
25. **Pereira AR, Vieira DN, Magalhães T.** Fatal intimate partner violence against women in Portugal: a forensic medical national study. *J Forensic Leg Med.* 2013;20(8):1099-107. <http://doi.org/f5jv8j>.
26. **Salameh HOG, Salameh RJ, Shwaiqi M, Abder-Rahman H.** Forensic medical aspects of femicide in Jordan. *J Forensic Leg Med.* 2018;56:90-3. <http://doi.org/gdnjp4>.
27. **Toprak S, Ersoy G.** Femicide in turkey between 2000 and 2010. *PLoSOne.* 2017;12(8):e0182409. <http://doi.org/c7z2>.
28. **Zeoli AM, Malinski R, Turchan B.** Risks and targeted interventions: firearms in intimate partner violence. *Epidemiol Rev.* 2016;38(1):125-39. <http://doi.org/f8cx7n>.
29. **Silva MA, Cabral-Filho JE, Amorim MMR, Falbo-Neto GH.** Mulheres vítimas de homicídio em Recife, Pernambuco, Brasil, 2009/2010: um estudo descritivo. *Cad. Saúde Pública.* 2013;29(2):391-6. <http://doi.org/c7z3>.

30. Price JH, Payton E. Intimate partner firearms violence: a topic ignored in women's health journals and the impact on health providers. *Violenceandgender*. 2016;3(1):36-41. <http://doi.org/c7z4>.
31. Zandomenighi RC, Lima-Mouro D, Penha-Martins EA. Ferimento por arma branca: perfil epidemiológico dos atendimentos em um pronto socorro. *Rev Rene. Fortaleza*. 2011;12(4):669-77.
32. Margarites AF, Meneghel SN, Ceccon RF. Femicídios na cidade de Porto Alegre: Quantos são? Quem são? *Rev. Bras. Epidemiol*. 2017;20(2):225-36. <http://doi.org/c7z5>.
33. United Nations International Children's Emergency Fund (Unicef). 2016 Annual Results Report. New York: Unicef; 2017 [cited 2018 Apr 2]. <https://uni.cf/2YApWFA>.
34. Martins APA. Violência no namoro e nas relações íntimas entre jovens: considerações preliminares sobre o problema no Brasil. *Gênero*. 2017;17(2):9-28. <http://doi.org/c7z6>.
35. Stöckl H, Devries K, Rotstein A, Abrahams N, Campbell J, Watts C, *et al*. The global prevalence of intimate partner homicide: a systematic review. *Lancet*. 2013;382(9895):859-65. <http://doi.org/f2f27d>.
36. Telles LEB, Barros AJ, Moreira CG, Almeida MR, Telles MB, Day VP. Intimate partner violence during pregnancy: case report a forensic psychiatric evaluation. *Rev. Bras. Psiquiatr*. 2016;38(1):87-8. <http://doi.org/c7z7>.
37. Sodr e ES, Rocha G, Milstein J, Santos J, Soares, JC, Hora L, *et al*. Homicídio passional: quando a paixão se transforma em crime. *Cadernos de gradua o - Ciências Humanas e Sociais Unit*. 2014;1(2):87-9.
38. Modovar C, Ubeda ME. La violencia en la primera infancia. Marco regional de UNICEF para América Latina y El Caribe. Ciudad de Panama: United Nations International Children's Emergency Fund (Unicef); 2017 [cited 2018 Apr 2]. Available from: <https://uni.cf/2E1x6Lj>.

39. Rios AMFM, Stein LM. Crimes sexuais contra crianças: um estudo exploratório da opinião das autoridades sobre as evidências. *Perspectivas Medicina Legal e Perícias Médicas*. 2017;3:1-9.
40. United Nations International Children's Emergency Fund (Unicef). Annual Results Report 2015. Child Protection. New York: Unicef; 2016 [cited 2018 Apr 2]. Available from: <https://uni.cf/30dOwwh>.
41. Caman S, Kristiansson M, Granath S, Sturup J. Trends in rates and characteristics of intimate partner homicides between 1990 and 2013. *J Crim Justice*. 2017;49:14-21. <http://doi.org/f9x6vg>.
42. Reichenheim ME, de Souza ER, Moraes CL, de Mello-Jorge MH, da Silva CMFP, de Souza Minayo MC. Violence and injuries in Brazil: the effect, progress made, and challenges ahead. *Lancet*. 2011;377(9781):1962-75. <http://doi.org/b6pgfn>.
43. Sanz-Barbero B, Heras-Mosterio J, Otero-García L, Vives-Cases C. Perfil sociodemográfico del feminicidio em España y su relación con las denuncias por violencia de pareja. *Gac Sanit*. 2016;30(4):272-8. <http://doi.org/c7z8>.
44. Terranova C, Zen M. Women victims of intentional homicide in Italy: New insights comparing Italian trends to German and U.S. trends, 2008-2014. *J Forensic Leg Med*. 2018;53:73-8. <http://doi.org/gcp42g>.
45. Corradi C, Piacenti F. Analyzing femicide in Italy. Overview of major findings and international comparisons. *Rom. Jour. of Sociological Studies*. 2016;(1):1-107.

Artigo 4.

Feminicídios seguidos do suicídio do agressor: análise de necropsias realizadas entre 2010-2016 em Porto Alegre/Brasil

Female homicide followed by the perpetrator's suicide: analysis of the necropsies performed in the south of Brazil between 2010 and 2016

Artigo publicado na revista Perspectivas – órgão oficial da Associação Brasileira de Medicina Legal e Perícias Médicas – Persp Med Legal Perícia Med. 2019; 4(3) – <https://dx.doi.org/10.47005/040302>

Angelita Maria Ferreira Machado Rios¹ (0000-0001-8363-4532)

Lisieux Elaine Borba Telles² (0000-0003-4105-5924)

Pedro Vieira Da Silva Magalhães² (0000-0002-5644-6357);

Kleber Cardoso Crespo¹ (0000-0002-2389-3708)

Murilo Martini² (0000-0002-3720-4045)

Vanessa Machado Rios³ (0000-0002-2123-3677)

1Departamento Médico-Legal/Instituto Geral de Perícias/RS – Porto Alegre – Brasil

2Universidade Federal do Rio Grande do Sul - PPG Psiquiatria e Ciências do Comportamento/Hospital de Clínicas de Porto Alegre – Porto Alegre – Brasil

3Pontifícia universidade Católica de Porto Alegre – Porto Alegre – Brasil

Resumo

O fenômeno homicídio (feminicídio) seguido do suicídio do agressor representa cerca de um terço dos casos de mortes provocadas por parceiros íntimos e causa forte impacto e incompreensão na sociedade. O objetivo do estudo foi descrever as

características dos homicídios seguidos de suicídio do agressor periciados no necrotério de Porto Alegre entre 2010 e 2016. Foram analisadas variáveis sociodemográficas, criminais e médico-legais das vítimas e agressores. Foi realizado estudo transversal com levantamento retrospectivo de dados e análise de 28 laudos de necropsia de mulheres vítimas de homicídio e de 22 agressores que se suicidaram. Seis agressores realizaram tentativas de suicídio. A faixa etária predominante das mulheres vítimas foi entre 30 e 34 anos e dos agressores foi 35 a 39 anos. O local do óbito mais frequente foi a residência da vítima e, em 64,2% dos casos, o agressor foi o atual companheiro. Em 82,1% dos casos, as mulheres apresentaram histórico prévio de violência. As armas de fogo foram responsáveis por 71,4% dos óbitos femininos e 86,3% das mortes dos agressores. Álcool e substâncias psicotrópicas no sangue e urina das vítimas foram encontrados em 10,7% e 7,1% respectivamente. No Brasil, o homicídio-suicídio não costuma ser estudado como fenômeno estatístico único e muitos dados permanecem dispersos entre homicídios e suicídios isolados. Na contenção deste fenômeno de extrema violência há a necessidade da implantação de ações preventivas que abordem amplamente a temática violência doméstica entre todos os seguimentos da sociedade.

Palavras-chave: homicídio, suicídio, homicídio-suicídio, feminicídio, violência-gênero

Abstract

The phenomenon of homicide (femicide) followed by the perpetrator's suicide represents about one third of deaths caused by intimate partners and has a strong impact and misunderstanding on society. The aim of the study was to describe the characteristics of homicides followed by suicide of the perpetrator in the Porto Alegre morgue between 2010 and 2016. Sociodemographic, criminal, and forensic variables of the victims and perpetrators were analyzed. A cross-sectional study was conducted with retrospective data collection and analysis of 28 autopsy reports of female homicide victims and 22 aggressors who committed suicide. Six aggressors made suicide attempts. The predominant age group of female victims was between 30 and 34 years old and of the aggressors was 35 to 39 years old. The most frequent place of death was the victim's residence and, in 64.2% of the cases, the aggressor was the current partner. In 82.1% of cases, women had a previous history of violence. Firearms accounted for 71.4% of female deaths and 86.3% of aggressors' deaths. Alcohol and

psychotropic substances in the victims' blood and urine were found in 10.7% and 7.1% respectively. In Brazil, homicide-suicide is not usually studied as a single statistical phenomenon and many data remain scattered between homicides and isolated suicides. In counteracting this phenomenon of extreme violence there is the need to implement preventive actions that broadly address the issue of domestic violence among all segments of society.

Keywords: homicide, suicide, homicide-suicide, femicide, gender-violence

Introdução

O homicídio seguido de suicídio (suicídio ampliado, estendido ou morte diádica) é a morte violenta da vítima seguida do suicídio do agressor no intervalo de 24 horas ou curto espaço de tempo.^{1,2,3} Entretanto na prática forense, na maioria das vezes, estas mortes ocorrem de forma consecutiva, sem intervalo de tempo.⁴ (Teruelo, 2011). Este conceito também pode abranger o homicídio de uma ou várias pessoas, mas normalmente, ocorre a morte de uma única vítima. A prevalência deste crime no mundo é de 0,2 a 0,4 para 100.000 pessoas.⁵ Estas taxas sofrem aumento expressivo quando o delito passa a ser tipificado como feminicídio por parceiro íntimo, representando cerca de um terço dos casos.⁶ Nos Estados Unidos estes números variam entre 27 e 40% dos casos, invertendo para 0,1% de casos nos quais a mulher mata o companheiro e posteriormente comete suicídio.⁴ Estudo realizado na Espanha entre 2003 e 2016 mostrou 33,3% de homicídio-suicídio de parceiros íntimos, sendo 19,8% consumados e 13,5% de tentativas.⁷

O feminicídio por parceiro íntimo representa o ponto máximo da violência doméstica praticada.⁸ Entre as causas do complexo fenômeno homicídio-suicídio está a ruptura da relação de domínio e controle absoluto entre vítima/agressor e o conflito não solucionável com a morte violenta da parceira ou ex-parceira.^{4,5,9} Este movimento de ruptura é apontado como o principal fator de risco para a morte prematura da mulher e posterior suicídio do agressor, aumentando em 9 vezes a chance de óbito feminino violento. Atitudes relacionadas com tentativas de interrupção de relacionamentos baseados em abuso físico e/ou emocional, como a denúncia de maus-tratos, separação ou divórcio, podem resultar neste tipo de delito.⁴

O acesso facilitado às armas de fogo também está incluído entre os vários fatores de risco para a vitimização e/ou morte violenta e prematura de mulheres. Estudo realizado em Porto Alegre analisou 69 homicídios femininos entre 2006 e 2010, sendo que as armas de fogo causaram 50% das mortes classificadas como feminicídios e 72% dos homicídios relacionados com outros tipos de agressão.¹⁰ Pesquisadores de diversos países também relacionam os homicídios femininos com este tipo de instrumento.^{11,12,13,14,15,16} Na Itália, elas foram responsáveis por 31% das mortes violentas femininas ocorridas entre 2000 e 2005. Nos Estados Unidos, Siegel & Rothman (2016)¹⁷ analisaram homicídios ocorridos entre os anos de 1981 e 2013,

concluindo que houve forte associação entre a liberação de porte de armas e a morte de mulheres por parceiros íntimos. As mulheres americanas apresentam probabilidade onze vezes mais elevada de morte consecutiva a ferimentos por arma de fogo, na comparação com outros países desenvolvidos.¹² O emprego deste tipo de instrumento é considerado como um indicador de possível suicídio posterior.⁴

Existem poucos estudos forenses nacionais que analisem o fenômeno feminicídio-suicídio. O objetivo do estudo foi descrever as características dos feminicídios por parceiros íntimos seguidos de suicídio do agressor periciados no necrotério de Porto Alegre/Brasil, a partir da análise de variáveis sociodemográficas, criminais e médico-legais das vítimas e agressores. Este estudo é parte da pesquisa sobre mortes violentas em mulheres (homicídios, suicídios e acidentes de trânsito).

Métodos

Este estudo transversal, com levantamento retrospectivo de dados, analisou laudos de necropsia de mulheres vítimas de feminicídio seguido de suicídio do parceiro íntimo, realizadas no Departamento Médico-Legal de Porto Alegre (DML/POA), entre janeiro de 2010 e dezembro de 2016. A população de abrangência do necrotério em estudo foi de 2.216.975 habitantes, considerando a população da capital e mais 9 cidades da região metropolitana. Os exames cadavéricos realizados no necrotério central correspondem a aproximadamente cinquenta por cento de todas necropsias realizadas no Estado do Rio Grande do Sul, cuja população total é de 11.000.000 habitantes.

Foram incluídos no estudo todos os laudos de necropsia de indivíduos do sexo feminino classificados, no local da morte, como homicídios perpetrados por parceiros íntimos com suicídio do agressor na mesma cena do crime. Foram excluídos os outros casos de homicídios e demais mortes violentas femininas.

Foram avaliadas variáveis sociodemográficas (idade da vítima e cor da pele), criminais (sazonalidade e histórico de vitimização prévia) e médico-legais (instrumento ou meio causador do óbito, localização e número de lesões e presença de álcool e/ou psicotrópicos no cadáver).

As variáveis médico-legais foram extraídas dos laudos de necropsia e resultados laboratoriais forenses. Nas variáveis criminais também foram pesquisadas as notificações policiais de violência prévias ao evento fatal, consideradas como um dos indicadores da vitimização prévia (física, psicológica ou sexual). Para a análise e dosagem de álcool etílico em sangue foi utilizada cromatografia a gás com detector de ionização por chama e amostragem por headspace. Foi realizada triagem toxicológica por imunoensaio na urina para canabinóides, anfetamínicos e benzodiazepínicos.

A pesquisa foi autorizada pelo Setor de Ensino e Pesquisa do Departamento Médico Legal/Porto Alegre e aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (projeto 899062).

Resultados

No período da análise foram identificados 525 casos de mulheres vítimas de homicídio, sendo 486 correspondendo à área de abrangência do necrotério da capital e 39 oriundas de outras cidades da região metropolitana, encaminhadas por problemas técnicos pontuais nos referidos postos médico-legais. Os homicídios foram analisados a partir da motivação ou autoria do crime, identificando cinco categorias isoladas: mortes causadas pelo tráfico, feminicídios (parceiros íntimos), homicídios familiares, mortes relacionadas com outras contravenções e homicídios precedidos por violência sexual.

Foram realizadas 107 necropsias consecutivas a feminicídio por parceiro íntimo, sendo 22 suicídios de agressores (suicídio consumado) e 6 tentativas de suicídio (suicídio tentado), totalizando 28 casos (26,1% da amostra). Das 28 necropsias realizadas, apenas duas não pertenciam à área de abrangência do necrotério central. Nas cenas de crime foram encontradas três crianças/adolescentes (filhos dos casais), a mãe de uma mulher assassinada e um amigo que estava na casa de uma das vítimas.

A Figura 1 apresenta a distribuição dos homicídios de mulheres perpetrados por parceiros íntimos com conseqüente suicídio do agressor (feminicídios-suicídios) durante os anos estudados. Foi observado que o maior número de feminicídios seguidos de suicídios consumados dos agressores ocorreu em 2015 (5 casos ou 17,8% da amostra) e as mortes de mulheres seguidas de tentativas de suicídios dos parceiros apresentou elevação em 2016 (3 casos ou 10,7% da amostra).

1) VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS

Faixa etária

A Figura 2 mostra que houve maior número de mortes violentas em mulheres entre 30 e 34 anos (8 casos ou 28,5% da amostra). Os suicídios foram mais frequentes em agressores na faixa etária entre 35 e 39 anos (5 casos ou 27,7% dos suicídios

consumados). Em 3 casos de tentativa de suicídio (50% dos suicídios tentados), os agressores estavam na faixa etária entre 45 e 49 anos.

Cor da pele

A cor da pele branca foi predominante nas vítimas de feminicídio seguido de suicídio consumado ou tentado (25 casos ou 89,2% da amostra) e a cor da pele preta foi identificada em três mulheres (10,7% da amostra). Com relação aos agressores, a cor da pele branca foi verificada em 23 homens (82,1% da amostra), a cor parda em 3 homens (10,7% da amostra) e a cor da pele preta em dois indivíduos (7,1% da amostra).

2) VARIÁVEIS CRIMINAIS

Sazonalidade

A Figura 3 mostra que os meses de abril e julho concentraram cerca de um terço do número de homicídios femininos perpetrados por parceiro íntimo (10 casos ou 35,7% da amostra) e segunda-feira foi o dia da semana com maior número de necropsias por esta motivação (7 casos ou 25,0% da amostra). As perícias realizadas aos finais de semana (sexta, sábado e domingo) corresponderam a 39,2% da amostra (11 casos) e a entrada de corpos no necrotério ocorreu principalmente durante os turnos da manhã e tarde (18 casos ou 64,2% da amostra).

Local do óbito

A maioria dos casos de feminicídio seguido de suicídio tentado ou consumado ocorreram no ambiente doméstico (residência das vítimas), totalizando 25 casos ou 89,27% da amostra. Os outros três casos ocorreram no ambiente de trabalho da vítima, em uma estrada afastada e em um motel. Para as vítimas que receberam assistência médica e faleceram em hospitais foi considerado como local de morte a referência mencionada na notificação policial.

Vitimização prévia

Na análise dos homicídios femininos perpetrados pelo parceiro íntimo e seguidos por suicídio do agressor foi observado que 82,1% da amostra (23 casos) apresentava histórico de violência prévia ao evento letal. A Houve notificação de violência psicológica em 23 casos (82,1% da amostra), de violência física em 16 casos (57,1% da amostra) e dois casos de violência sexual (7,1% da amostra), conforme mostra a Figura 4.

Relação da vítima com o agressor

A maioria dos casos de feminicídio-suicídio consumados e tentados envolveram os atuais parceiros íntimos das vítimas (companheiros, maridos, namorados), totalizando 18 casos (13 suicídios e 5 tentativas) ou 64,2% da amostra.

3) VARIÁVEIS MÉDICO-LEGAIS

Localização e número das lesões nas vítimas e agressores

A região anatômica feminina mais atingida foi a cabeça (isoladamente ou em associação com outra área anatômica), representando 57,1% da amostra (16 casos). Aproximadamente um terço das mulheres (9 casos ou 32,1% da amostra) foram assassinadas com apenas uma lesão craniana ou cervical. A segunda região anatômica feminina mais atingida foi o tórax/abdome (8 casos ou 28,5% da amostra). Também no suicídio dos agressores, a desorganização encefálica foi a principal causa do óbito, representando um percentual de 86,3% (19 casos dos 22 suicídios consumados).

Instrumento ou meio

As armas de fogo foram responsáveis pela maioria dos óbitos femininos (20 casos ou 71,4% da amostra) e por 86,3% dos óbitos masculinos (19 casos dos 22 suicídios

consumados). Os demais óbitos masculinos foram causados por enforcamento (2 casos) e por arma branca associado com asfixia por gás (1 caso). Uma tentativa de suicídio foi realizada com arma de fogo e há descrição de falha do equipamento durante os disparos. As demais tentativas de suicídio (5 casos ou 83,3% dos suicídios tentados) foram causadas por lesões superficiais com arma branca.

Detecção de álcool e psicotrópicos

A coleta de sangue e urina no corpo das vítimas de mortes violentas é um procedimento forense padrão. Neste estudo foi evidenciada a presença de álcool no sangue em 3 casos de vítimas de homicídio (10,7% da amostra) e a presença de psicotrópicos na urina das periciadas ocorreu em dois casos ou 7,1% da amostra.

Discussão

No Brasil, o fenômeno homicídio-suicídio não costuma ser analisado como evento estatístico único e muitos dados podem permanecer dispersos entre homicídios e suicídios isolados, quando periciados e avaliados de forma isolada. Estima-se que o assassinato da parceira seguido do suicídio do agressor ocorra entre 42 e 69% dos casos de homicídio-suicídio, sendo que 92% destes crimes são praticados por homens.⁵ De forma semelhante, na análise geral de dados do presente estudo (mortes violentas de mulheres) foram identificados 22 casos de homicídio-suicídio perpetrados por homens (95,6% da amostra) e um único caso perpetrado por mulher.

Neste estudo, o termo feminicídio foi empregado para designar apenas os homicídios perpetrados por companheiros, ex-companheiros e relacionamentos afetivos/sexuais abusivos, considerados como parceiros íntimos das vítimas. Organizações internacionais descrevem que a violência doméstica pode começar nas fases iniciais do relacionamento, afetando principalmente meninas e mulheres jovens. A cultura de violência nas relações de namoro, o ciúme e a posse acabam gerando processos violentos de poder e subordinação.^{18,19,20,21,22} Fatores relacionados com ciúme e receio de perder a companheira podem ser determinantes para o feminicídio-suicídio, sendo que o período de tempo compreendido entre a separação e os doze meses seguintes representam uma fase de grande perigo para a mulher.^{2,23} Na análise dos dados desta pesquisa foi observado que 82,1% das mulheres haviam notificado episódios prévios de violência física, sexual e/ou psicológica (23 casos), incluindo notificações policiais de violência doméstica contra os próprios agressores.

Pesquisa análoga foi desenvolvida entre 1996 e 2004, quando foram estudados 14 casos de homicídio seguido de suicídio em Porto Alegre. Os resultados foram semelhantes ao estudo atual, tais como a predominância da cor da pele branca entre vítimas e agressores, faixa etária mais elevada dos agressores, local mais frequente do crime sendo o domicílio da vítima, uso de armas de fogo como principal instrumento utilizado na morte de ambos e assassinato dos filhos em alguns casos (familiaricídio).² Entretanto, diferentemente do estudo anterior, houve predomínio do atual parceiro como agressor homicida. Os estudos que abordam o homicídio seguido do suicídio do agressor consideram este fenômeno como uma forma extrema de violência interpessoal, que causa forte impacto e incompreensão na sociedade.²⁴

Considerações Finais

Devido à complexidade dos fatores envolvidos na gênese do feminicídio seguido do suicídio do agressor, as ações preventivas englobam múltiplas linhas de atividades. Estas ações envolvem a abordagem ampla da temática violência doméstica na sociedade, através da educação nas escolas, detecção precoce na saúde pública, avaliação do nível de risco de morte de uma mulher no momento em que procura o sistema de segurança pública e outras iniciativas que se mostrarem adequadas na prevenção deste tipo de desfecho.

Dois aspectos precisam ser contextualizados na elaboração de políticas públicas preventivas sobre esta tipologia criminal: o risco da violência doméstica evoluir para formas mais graves de forma muito rápida e as consequências dos atos violentos nas pessoas do entorno familiar. O acompanhamento de crianças e adolescentes vítimas da morte de ambos os pais ou da privação de liberdade paterna após o suicídio tentado pode ser eficaz a médio e longo prazo na identificação e tratamento de possíveis sintomas relacionados com o trauma vivenciado.

No Rio Grande do Sul, o Instituto Geral de Perícias, através do Departamento Médico-Legal de Porto Alegre e seus 33 postos médico-legais distribuídos na região metropolitana e interior do Estado, vem desenvolvendo atividades que promovam a interrupção do ciclo da violência. Em 1997, foi criado o Serviço Psicossocial que oferece acolhimento às vítimas que aguardam realização de perícia na Clínica Médico-Legal/Porto Alegre. Em 2001, o Centro de Referência no Atendimento Infantil (CRAI) iniciou o atendimento integral de crianças e adolescentes vítimas de violência, através da atividade multiprofissional em saúde, polícia e perícia oficial. Em 2013 foram criadas as Salas Lilás para oferecer espaço físico para mulheres vítimas de violência. Estas atividades periciais e de acolhimento às vítimas foram unificadas no Projeto Acolher, que tem como objetivo identificar precocemente situações de risco para as vítimas, na grande maioria mulheres e crianças.

Conflito de Interesses

Não houve conflito de interesses na realização do estudo.

Financiamento

Não houve financiamento na realização do estudo.

Agradecimentos

Não foram mencionados pelos autores.

Figura 1. Femicídios seguidos por suicídios consumados e tentados distribuídos pelo ano do óbito

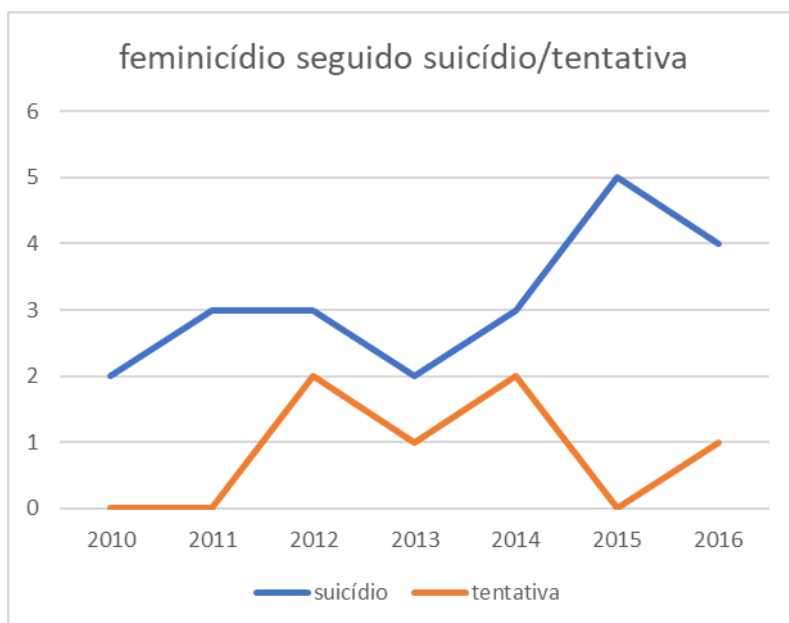


Figura 2. Femicídios seguidos de suicídios distribuídos pela faixa etária das vítimas e agressores

Fonte: elaboração própria baseada nos dados obtidos no estudo

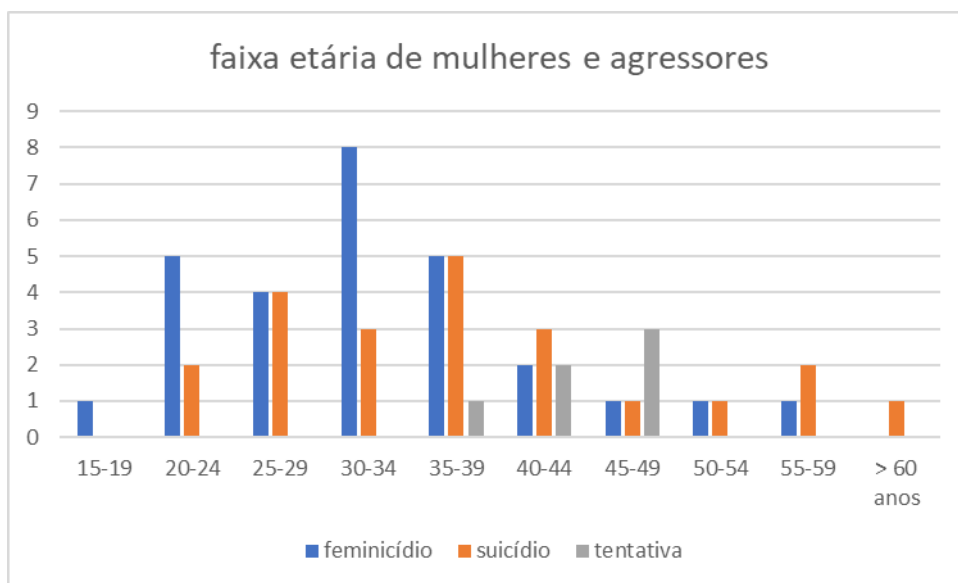


Figura 3. Femicídios distribuídos conforme dia e mês do evento

Fonte: elaboração própria baseada nos dados obtidos no estudo

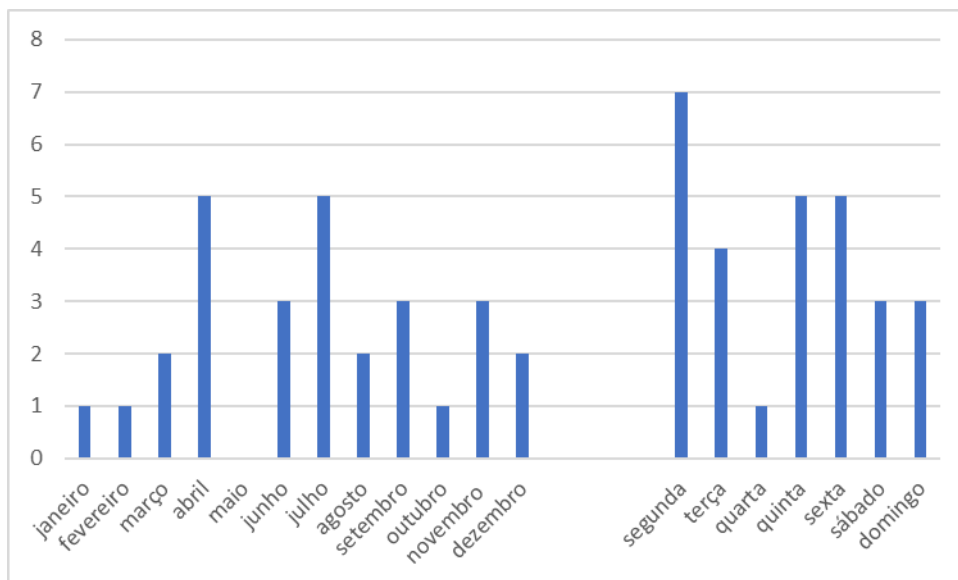


Figura 4. Histórico e tipo de violência prévia ao evento letal

Fonte: elaboração própria baseada nos dados obtidos no estudo

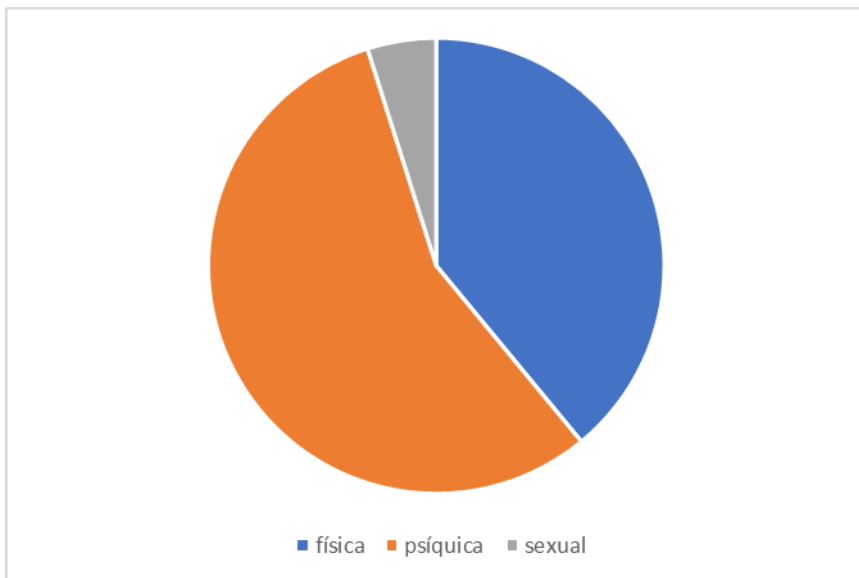
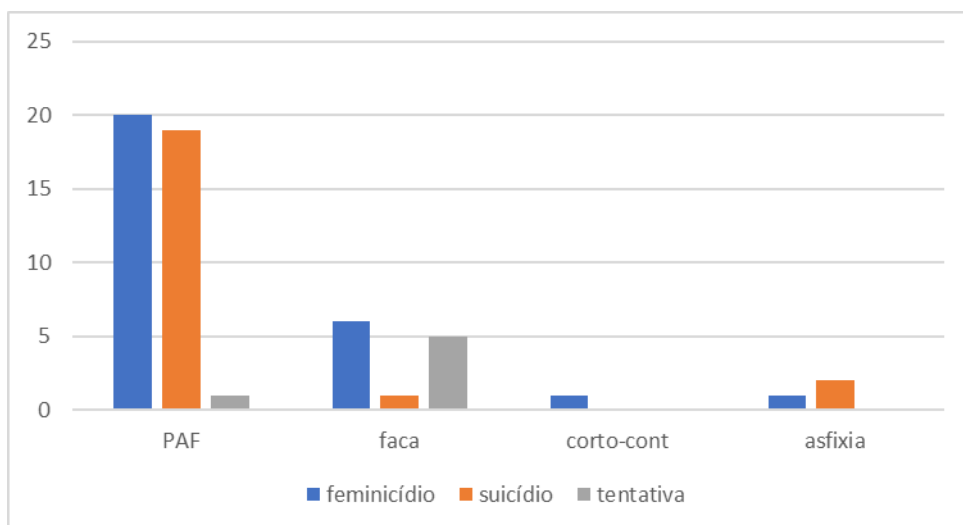


Figura 5. Instrumento ou meio utilizado na morte feminina seguida de suicídio consumado ou tentado

Fonte: elaboração própria baseada nos dados obtidos no estudo



Bibliografia

1. Bossarte RM, Simon TR, Barker L. Characteristics of homicide followed by suicide incidents in multiple states, 2003-04. *InjuryPrevention*. 2006; 12(2),33-39.
2. Sá SD, Werlang BSG. Homicídio seguido de suicídio na cidade de Porto Alegre. *Estudos de psicologia*. 2007; 24(2):181-189.
3. Van Vormer KS, Roberts AR. Death by domestic violence: preventing the murders and murder-suicides. 2008:42-53.
4. Teruelo JGF. Femicidios de género: Evolución real del fenómeno, el suicidio del agresor y la incidencia del tratamiento mediático. *Revista Española de Investigación Criminológica*. 2011; 1(9).
5. Aragoneses CB, Prado CI. El suicidio de los feminicidas, una revision. *Journal of Victimology*. 2018; 8:81-102.
6. López-Ossorio JJ, Carbajosa P, Cerezo-Domínguez AI, González-Álvarez, Loinaz I, Muñoz-Vicente M. Taxonomía de los homicidios de mujeres en las relaciones de pareja. *PsychosocialIntervention*. 2018; 27(2).
7. Ministerio de Sanidad, S.S. e I. Delegación del Gobierno para la Violencia de Género. Acessado em 16 de agosto de 2019: <http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/instituciones/delegacionGobierno/home.htm>
8. Pasinato W. "Femicídios" e as mortes de mulheres no Brasil. *Cadernos Pagu*. 2011; 37:219-246.
9. Antúnez J. El feminicidio/suicidio: Uma forma extrema de violência de género. *Revista de Psicoterapia Psicoanalítica*. 2016; 3(9):113-126.
10. Margarites AF, Meneghel SN, Ceccon RF. Femicídios na cidade de Porto Alegre: Quantos são? Quem são? *REVIBRAS EPIDEMIOL*. 2017; 20(2):225-36.

11. Pereira AR, Vieira DN, Magalhães T. Fatal intimate partner violence against women in Portugal: a forensic medical national study. *J Forensic Leg Med.* 2013; 20(8):1099-107.
12. Price JH, Payton E. Intimate partner firearms violence: a topic ignored in women's health journals and the impact on health providers. *Violence and gender.* 2016; 3(1):36-41.
13. Salameh HOG, Salameh RJ, Shwaiki M, Abder-Rahman H. Forensic medical aspects of femicide in Jordan. *Journal of Forensic and Legal Medicine.* 2018; 56:90–3.
14. Silva MA, Cabral Filho JE, Amorim, MMR, Falbo Neto, GH. Mulheres vítimas de homicídio em Recife, Pernambuco, Brasil, 2009/2010: um estudo descritivo. *Cad. Saúde Pública.* 2013;29(2):391-6.
15. Toprak S, Ersoy G. Femicide in turkey between 2000 and 2010. *PLOS ONE* [Internet]. 2017 [accessed in 2017 Aug 23]; 12(8). Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0182409> .
16. Zeoli AM, Malinski R, Turchan B. Risks and targeted interventions: firearms in intimate partner violence. *Epidemiol Rev.* 2016; 38:125-39.
17. Sieghel MB, Rothman EF. Firearm ownership and the murder of women in the United States: evidence that the state-level firearm ownership rate is associated with nonstranger femicide rate. *Violence and Gender.* 2016;3(1).
18. Martins, AP. Violência no namoro e nas relações íntimas entre jovens: considerações preliminares sobre o problema no Brasil. *Gênero.* 2017; 17(2):9-28.
19. Sodré, ES, Rocha G, Milstein J, Santos J. Soares, JC, Hora L et al. Homicídio passional: quando a paixão se transforma em crime. *Cadernos de graduação – Ciências Humanas e Sociais Unit.* 2014; 1(2):87-9.
20. Stöckl H, Devries K, Rotstein A, Abrahams N, Campbell J, Watts C et al. The global prevalence of intimate partner homicide: a systematic review. *Lancet* [Internet].

2013 [Accessed in 2018 June 20]; 382:859-65. Available from [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61030-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61030-2).

21. Telles LEB, Barros AJ, Moreira CG, Almeida MR, Telles MB, Day VP. Intimate partner violence during pregnancy: case report a forensic psychiatric evaluation. *Rev Bras Psiquiatr* [Internet]. 2016 [accessed in 2018 Mar 20]; 38(1):87-8. Available from: DOI:10.1590/1516-4446-2015-1820.

22. UNICEF. Annual Results Report 2016. Gender Equality. New York: The United Nations Children's Fund; 2017 [accessed in 2018 Apr 02]; Available from: [https://www.unicef.org/publicpartnerships/files/2016arr-gender\(1\).pdf](https://www.unicef.org/publicpartnerships/files/2016arr-gender(1).pdf)

23. UNODC. Global study on homicide. 2018 [accessed in 2018 Jul 06]; Available from: https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/GSH2018/GSH18_Gender-related_killing_of_women_and_girls.pdf

24. Liem M, Barber C, Markwalder N, Killias M, Nieuwbeerta P. Homicide-suicide and other violent deaths: Na international comparison. *Forensic Science International*. 2011; 207:70-76.

Artigo 5.

Homicídios de mulheres causados por armas de fogo: análise de necropsias realizadas em Porto Alegre/Brasil entre 2010-2016.

Artigo em preparação

Angelita Maria Ferreira Machado Rios¹;

Murilo Martini²;

Kleber Cardoso Crespo¹;

Pedro Vieira Da Silva Magalhães²;

Lisieux Elaine Borba Telles²;

Vanessa Machado Rios³

¹Medical-Forensic Department / General Institute of Science (IGP) / RS - Porto Alegre - Brazil

²Federal University of Rio Grande do Sul (UFRGS) / PPG Psychiatry and Behavioral Sciences - Porto Alegre - Brazil

³Pontifical Catholic University of Rio Grande do Sul (PUCRS) - Porto Alegre – Brazil

Abstract

Sociodemographic, criminal and forensic characteristics of a sample of girls and women victim of firearm related homicide in Brazil.

Introduction: Firearms are related to 46.3% of the homicides worldwide, and in Latin America their use and facilitated access are responsible for high homicide rates in the region. Although 94.4% of Brazilian homicide victims are male, several national authors describe firearms as responsible for most of the violent deaths in the female group.

Objective: To describe the characteristics of female homicide caused by firearm analyzed in the morgue of Porto Alegre/Brazil.

Materials and methods: Cross-sectional study that analyzed 369 necropsy reports of girls and women victims of homicide by firearm, between January 2010 and December

2016. The cases were evaluated according to the motivation of the crime, and were identified five isolated categories: deaths caused by drug trafficking, femicide, family homicide, sexual violence and deaths related to other transgressions.

Results: The total number of homicides related to firearms in women grew from 43 to 89 between 2010 and 2016. Drug trafficking was responsible for the increase in homicides. Femicide occurred in 13,0% of the cases. Deaths after sexual violence and other transgressions occurred in 0,2% and 10,8%, respectively.

Conclusion: The high number of female homicide brings attention to the drug trafficking phenomenon, and deserves greater attention in studies and public policies.

Introdução

As armas de fogo estão relacionadas com 46,3% dos homicídios ao redor do mundo (UNODC 2011), e, na América Latina, seu uso e acesso facilitado são responsáveis pelas altas taxas de homicídios na região (Geneva, 2015; Pinheiro & Pinheiro, 2015). No Brasil, houve um crescimento de 592,8% nas mortes causadas por este instrumento entre os anos de 1980 e 2014 (Imbusch *et al.*, 2011; Souza *et al.*, 2014; Trindade *et al.*, 2015; Waiselfisz, 2015). Em 22 de dezembro de 2013, entrou em vigor a Lei nº 10.826 que estabeleceu as regras sobre posse, comercialização e registros de armas de fogo no país (Nogueira *et al.*, 2018). Entretanto, as taxas permaneceram elevadas em algumas capitais brasileiras, como Porto Alegre/RS, que ocupava o oitavo lugar entre as capitais com maiores taxas de homicídio em 2004 e passou para o décimo lugar em 2014, com taxa de 23,5 homicídios/100.000 habitantes (taxa nacional de 21,2 homicídios/100.000 habitantes, considerando as 27 unidades federativas) (Waiselfisz, 2015). Com relação aos homicídios femininos, o Brasil ocupa o quinto lugar entre os 83 países avaliados pela Organização Mundial da Saúde (WHO), com taxa de 4,8 homicídios/100.000 mulheres. Em 2013, o Estado do Rio Grande do Sul (RS) ocupava o 24º na violência homicida feminina – 3,8 homicídios/100.000 mulheres.

No cenário mundial, a porcentagem de homicídios masculinos é de 80% para 20% de vítimas do sexo feminino (UNODC, 2018). Ainda que 94,4% das vítimas de homicídio brasileiras pertençam ao sexo masculino, vários autores nacionais descrevem as armas de fogo como responsáveis pela maioria das mortes violentas de mulheres. No Recife/PE, entre 2009 e 2010 foram assassinadas 58 mulheres e as armas de fogo foram responsáveis por 69% dos óbitos (Silva *et al.*, 2013). Em Porto Alegre/RS foram analisados 69 homicídios femininos entre 2006 e 2010, sendo que as armas de fogo causaram 50% das mortes classificadas como feminicídios e 72% dos homicídios relacionados com outros tipos de agressão (Margarites *et al.*, 2017). Pesquisadores de diversos países também relacionam os homicídios femininos com este tipo de instrumento (Pereira *et al.*, 2013; Price & Payton, 2016; Salameh *et al.*, 2018; Toprak & Ersoy, 2017; Zeoli *et al.*, 2016). Na Itália, elas foram responsáveis por 31% das mortes violentas femininas ocorridas entre 2000 e 2005. Nos Estados Unidos, Siegel & Rothman (2016) analisaram homicídios ocorridos entre os anos de 1981 e 2013, concluindo que houve forte associação entre a liberação de porte de

armas e a morte de mulheres por parceiros íntimos. As mulheres americanas apresentam probabilidade onze vezes mais elevada de morte consecutiva a ferimentos por arma de fogo, na comparação com outros países desenvolvidos (Price & Payton 2016). O estudo comparativo sobre homicídios femininos na Alemanha, Itália e Estado Unidos observou que a disponibilidade e uso deste instrumento elevou as taxas de assassinatos de mulheres nos Estados Unidos em relação aos dois países europeus (Terranova & Zen, 2017).

O acesso facilitado às armas de fogo também está incluído entre os vários fatores de risco para a vitimização e/ou morte violenta e prematura de mulheres. Outros elementos foram incluídos na vulnerabilidade feminina para este tipo de evento letal, tais como: idade jovem, ruptura da relação afetiva por parte da mulher, troca de parceiros, baixa escolaridade, ocupação não remunerada ou renda inferior a um salário mínimo, violência prévia na relação ou na gestação, consumo de álcool/drogas pelo agressor, vítima ou ambos (Bezerra, 2014; Campbel *et al.*, 2003; Frye *et al.*, 2008; Meneghel *et al.*, 2013; Telles *et al.*, 2016; WHO, 2014; Zeoli *et al.*, 2015).

Existem poucos estudos forenses que analisem as mortes violentas femininas e a motivação para a morte precoce de meninas e mulheres, vulneráveis a diversos tipos de violência (UNICEF, 2014). O objetivo do estudo foi descrever as características dos homicídios por armas de fogo em meninas e mulheres periciadas no necrotério de Porto Alegre/Brasil, a partir da análise de variáveis sociodemográficas, criminais e médico-legais das vítimas. Este estudo é parte da pesquisa sobre mortes violentas em mulheres (homicídios, suicídios e acidentes de trânsito).

Métodos

Este estudo transversal, com levantamento retrospectivo de dados, analisou laudos de necropsia de meninas e mulheres vítimas de homicídios realizadas no Departamento Médico-Legal de Porto Alegre (DML/POA), entre janeiro de 2010 e dezembro de 2016. A população de abrangência do necrotério em estudo foi de 2.216.975 habitantes, considerando a população da capital e mais 9 cidades da região metropolitana. Os exames cadavéricos realizados no necrotério central correspondem a aproximadamente cinquenta por cento de todas as necropsias realizadas no Estado do Rio Grande do Sul, cuja população total é de 11.000.000 habitantes.

Foram incluídos no estudo todos os laudos de necropsia de indivíduos do sexo feminino classificados, no local da morte, como homicídios. Foram excluídos os outros casos de morte violenta.

Os homicídios foram analisados a partir da motivação ou autoria do crime, identificando cinco categorias isoladas: mortes causadas pelo tráfico, feminicídios (parceiros íntimos), homicídios familiares, mortes relacionadas com outras contravenções e homicídios precedidos por violência sexual. As categorias foram estabelecidas a partir dos dados (variáveis) disponibilizados no banco de dados da instituição. Para cada categoria foram avaliadas variáveis sociodemográficas (idade da vítima e cor da pele), criminais (sazonalidade e histórico de vitimização prévia) e médico-legais (instrumento ou meio causador do óbito, localização e número de lesões e presença de álcool e/ou psicotrópicos no cadáver).

As variáveis médico-legais foram extraídas dos laudos de necropsia e resultados laboratoriais forenses. Nas variáveis criminais também foram pesquisadas as notificações policiais de violência prévias ao evento fatal, consideradas como um dos indicadores da vitimização prévia (física, psicológica ou sexual). Para a análise e dosagem de álcool etílico em sangue foi utilizada cromatografia a gás com detector de ionização por chama e amostragem por headspace. Foi realizada triagem toxicológica por imunoenensaio na urina para canabinóides, anfetamínicos e benzodiazepínicos.

A pesquisa foi autorizada pelo Setor de Ensino e Pesquisa do Departamento Médico Legal/Porto Alegre e aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (projeto 899062).

Resultados

No período da análise foram identificados 525 casos de mulheres vítimas de homicídio, sendo 362 produzidos unicamente por projetis de arma de fogo e 7 com uso de outro meio co-adjuvante (arma branca ou asfixia), no total de 369 óbitos. A Tabela 1 apresenta a distribuição de homicídios segundo o ano do óbito.

1) Variáveis sociodemográficas

Faixa etária

Na análise dos homicídios foi observado que a morte de meninas e adolescentes (0 – 19 anos) representou 20,5% do total de óbitos desta modalidade, conforme Tabela 2.

Cor da pele

A cor da pele branca foi predominante nas mortes analisadas, representando 68,8% dos homicídios (254 casos). A cor da pele preta e mista (parda) foi identificada em 30% dos homicídios (30 casos).

2) Variáveis Criminais

Sazonalidade

Os meses de março e dezembro concentraram o maior número de homicídios femininos (77 casos ou 20,7% da amostra) e domingo foi o dia da semana com maior número de necropsias (62 casos ou 16,8% da amostra). Neste estudo, as necropsias realizadas aos finais de semana (sexta, sábado e domingo) corresponderam a 45,7% da amostra (169 casos).

Local do óbito

A maioria dos casos de homicídio feminino por arma de fogo ocorreram no ambiente externo como via pública, bares ou veículos de transporte.

Vitimização prévia

Na análise dos homicídios femininos por arma de fogo foram observados 314 casos (85,0% da amostra) com histórico de vitimização prévia ao evento letal.

Motivação para o crime

Os homicídios foram analisados a partir da motivação ou autoria do crime, conforme mostra a Tabela 3.

3) Variáveis Médico-Legais

Localização e número das lesões no cadáver

A região anatômica feminina mais atingida foi a cabeça (isoladamente ou em associação com outra área anatômica), representando 74,9% da amostra (240 casos). Em um terço da amostra (124 casos) o óbito foi causado por uma única lesão, conforme evidenciado na Tabela 4.

Detecção de álcool e psicotrópicos

A coleta de sangue e urina no corpo das vítimas de mortes violentas é um procedimento forense padrão. Neste estudo foi evidenciada a presença de álcool no sangue em 54 casos de vítimas de homicídio (14,6% da amostra). A presença de psicotrópicos na urina das periciadas ocorreu em aproximadamente um terço dos casos de homicídio (109 mortes) ou 29,5% da amostra.

Discussão

As armas de fogo foram o instrumento predominante nos homicídios de meninas e mulheres em Porto Alegre/RS durante os sete anos estudados, representando 70,2% dos óbitos totais (525 casos). Em nosso estudo foi observada a elevação do número de assassinatos femininos na área geográfica da capital e em vítimas de cor branca. Estes achados estão em consonância com os dados do Mapa da Violência (2015), que descreve o significativo aumento das taxas de homicídios femininos a partir dos 13 anos de idade e menciona o Rio Grande do Sul como o oitavo Estado brasileiro (dentre 27 unidades federativas) que apresenta as maiores taxas de homicídios de mulheres brancas por cem mil habitantes, ou seja, 3,7 mulheres brancas/100.000 mulheres.

No Brasil, a incidência de homicídios em mulheres é baixa até os dez anos de idade, apresentando ascensão significativa até os 19 anos e declínio na velhice. Em nosso estudo, os óbitos de meninas e adolescentes corresponderam a 20,5% da amostra (76 casos), sendo semelhante ao resultado de 20% encontrado na análise de 20 mil óbitos femininos por agressão em vários estados brasileiros entre 2003 e 2007. Entre 20 e 35 anos de idade pode ser observado um platô nestas faixas etárias, que pode ser justificado pelo aumento da violência doméstica, também citado em outros estudos (Meneghel & Hirakata, 2011; Weiselfisz, 2015).

Quanto à motivação para o crime, a literatura nacional menciona o tráfico de drogas como fator associado com as elevadas taxas de homicídios no sexo masculino (Nogueira *et al.*, 2018) e neste estudo foi observado que esta associação também ocorreu para as mortes femininas causadas por arma de fogo (63,1 % da amostra). Estas mortes ocorreram predominantemente em ambientes públicos como ruas, bares, veículos de transporte público ou de passeio e, em algumas situações, o alvo da ação não era a mulher. Em 48.8% destes homicídios (22 casos) houve o encontro de outras vítimas em óbito no local do evento. Na análise dos dados destes locais de crime foi observado que muitas vítimas foram atingidas por projetis de arma de fogo enquanto realizavam suas atividades habituais, descrevendo um padrão de agressores não identificáveis utilizando motos ou carros, que atingiram seus alvos e outras pessoas aleatórias que estavam no entorno (violência urbana). Também foram observadas mulheres assassinadas juntamente com seus parceiros. Estes achados

estão de acordo com os estudos que descrevem o homicídio feminino em ações de represália contra companheiros e/ou familiares e a morte de mulheres e crianças em áreas deflagradas pelo domínio do narcotráfico (Pasinato, 2011; Meneghel *et al.*,2013; Margarites *et al.*,2017).

O segundo fator mais frequente envolvido na motivação para os homicídios de mulheres foi o feminicídio. A morte perpetrada por parceiros íntimos ocorreu em 13,0% da amostra e, em oito casos analisados (16,6% desta sub-amostra), as adolescentes tinham entre 13 e 15 anos de idade na época do óbito, revelando o início precoce deste tipo de delito. De forma similar, para a equipe técnica do Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses da Colômbia¹¹ causou preocupação o aumento do número de feminicídios em menores de idade no ano de 2013. Em nosso estudo, o termo feminicídio foi empregado para designar apenas os homicídios perpetrados por companheiros, ex-companheiros e relacionamentos afetivos/sexuais abusivos (padrasto, cunhado), considerados como parceiros íntimos das vítimas. Poucas pesquisas nacionais abordam a violência no namoro e nas relações íntimas entre jovens. Entretanto, organizações internacionais descrevem a problemática das uniões maritais precoces e casamentos infantis nos quais a violência doméstica pode começar nas fases iniciais do relacionamento, afetando principalmente as meninas e mulheres jovens. A cultura de violência nas relações de namoro, o ciúme e a posse acabam gerando processos violentos de poder e subordinação (Martins, 2017; Sodré *et al.*, 2014; Stöckl *et al.*,2013; Telles *et al.*,2016; UNICEF, 2016).

Outro fator motivador para os homicídios femininos foram os conflitos interpessoais ou outras contravenções não relacionadas diretamente ao tráfico de entorpecentes, como desentendimentos pessoais e o envolvimento em furtos ou assaltos, isoladamente ou com outros indivíduos. Entretanto, a participação de mulheres na criminalidade urbana ainda é pouco estudada no Brasil (Pasinato, 2011).

A violência urbana/criminalidade foi responsável por 22 homicídios neste período. Foram considerados os casos em que a vítima sofreu violência por parte de indivíduos desconhecidos em consequência de roubo ou tentativa de assalto, normalmente em via pública.

Os homicídios praticados por familiares representaram apenas 1,3% da amostra (foram excluídos nesta categoria os feminicídios), sendo as crianças as

principais vítimas. Lactentes e crianças pequenas permanecem predispostas à violência intrafamiliar, devido à sua condição de dependência dos cuidadores e de poucas interações fora do ambiente doméstico. Para bebês menores de um ano de idade, o risco de morte é três vezes maior do que para crianças de um a quatro anos de idade (Peres *et al.*,2015; UNICEF, 2017).

A violência sexual foi descrita como motivação para um único óbito por arma de fogo. Neste tipo de crime, em nosso estudo, o padrão de instrumento ou meio causador da morte foi o uso da força através da constrição do pescoço (asfixia). A análise das informações sobre o local da morte descreve a presença do corpo abandonado em local ermo, parcialmente despido e com pertences deixados próximos ao cadáver.

Na amostra analisada, a região anatômica mais atingida foi a cabeça, principalmente nos casos cuja motivação para o crime foi o tráfico. Estudos nacionais que analisaram homicídios causados por arma branca e arma de fogo observaram o mesmo padrão de sazonalidade descrito neste estudo, sendo o domingo o dia da semana com maior número de vítimas. O padrão mais elevado de assassinatos também foi encontrado nos finais de semana e no período noturno (Trindade *et al.*,2015; Zandomeghini *et al.*,2011).

Como problema mundial, a violência contra meninas e mulheres pode causar múltiplas consequências no seu desenvolvimento psicológico, cognitivo e social. Os prejuízos para as vítimas variam de acordo com a frequência, gravidade da violência e relação da vítima com os perpetradores (Peres *et al.*,2015; UNICEF, 2015; UNICEF, 2017). Neste estudo foi observado que haviam sido notificados episódios prévios de violência física, sexual e/ou psicológica em 85% da amostra. Na amostra, foi observada a presença de substâncias psicotrópicas na urina de um terço das vítimas. O consumo destas substâncias esteve diretamente relacionado com os homicídios motivados pelo tráfico de drogas e atos infracionais diversos. O uso de álcool e outras substâncias químicas desinibem os agressores e agravam a vulnerabilidade das vítimas (Caman *et al.*,2017; Reichenheim *et al.*,2011; Sanz-Barbero *et al.*,2016; Terranova & Zen, 2018; Corradi & Piacenti, 2016), podendo desencadear comportamentos de risco, como por exemplo, a aquisição de dívidas com traficantes locais.

O fenômeno de aumento de mortes de meninas e mulheres relacionadas ao tráfico de drogas pode não ser extrapolável a outras regiões do país no mesmo período, sendo necessárias novas pesquisas.

Considerações finais

No Brasil, o investimento dos últimos governos em políticas públicas de saneamento e saúde fez diminuir os índices de mortalidade feminina, seja infantil ou na vida adulta. Entretanto, a melhoria na qualidade de vida torna-se comprometida com o aumento de mortes por causas externas principalmente decorrentes de ferimentos por armas de fogo, que representam um importante instrumento causador de violência letal.

A violência contra meninas e mulheres possui vários elementos na sua gênese e representa um fenômeno continuado, afetando várias gerações e de difícil manejo e interrupção. O impacto da violência continuada – física, psicológica ou sexual – pode ocasionar severas sequelas individuais, familiares e sociais. O homicídio de uma mulher, muitas vezes seguido do suicídio do agressor, traz consigo agravantes sociais e emocionais para a família e toda a comunidade, deixando no desamparo afetivo e econômico outras crianças e adolescentes, mais propensos a seguir no ciclo de violência.

Além do controle ao acesso e uso das armas de fogo que tem sido apontado como instrumento principal nas mortes femininas (70,2% neste estudo), outras medidas preventivas em saúde e segurança públicas são necessárias para evitar estas mortes precoces.

Conflito de interesses

Não houve conflito de interesses na realização do estudo.

Financiamento

Não houve financiamento na realização do estudo.

Agradecimentos

Não foram mencionados pelos autores.

Tabela 1. Homicídios femininos distribuídos pelo ano do óbito

Ano/ tipo de óbito	homicídio	%
2010	43	11,6
2011	41	11,1
2012	49	13,2
2013	31	8,4
2014	52	14,0
2015	64	17,3
2016	89	24,1
total	369	100,0

Tabela 2. Homicídios femininos distribuídos pela faixa etária (anos)

Ano/idade	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	total	%
0-4	1	2	1	0	0	1	1	6	1,6 (100,0)
5-9	0	0	0	0	0	2	0	2	0,5 (100,0)
10-14	0	0	0	0	1	1	1	3	0,8 (100,0)
15-19	9	7	8	3	5	15	18	65	17,6 (100,0)
20-24	11	6	13	5	6	7	14	62	16,8 (100,0)
25-29	6	7	7	7	10	8	11	56	15,1 (100,0)
30-34	2	7	5	1	11	12	14	52	14,0 (100,0)
35-39	5	3	3	6	10	6	5	38	10,2 (100,0)
40-44	1	4	7	3	1	10	8	34	9,2 (100,0)
45-49	6	2	0	1	2	2	5	18	4,8 (100,0)
50-54	1	3	3	1	2	0	3	13	3,5 (100,0)
55-59	0	0	0	2	4	0	3	9	2,4 (100,0)
60-64	1	0	0	2	0	0	4	7	1,8 (100,0)
65 ou +	0	0	2	0	0	0	2	4	1,0 (100,0)
total	43	41	49	31	52	64	89	369	100,0

Tabela 3. Homicídios femininos distribuídos pela motivação para o crime

Motivação/ano	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	total	%
Feminicídio	8	3	6	5	6	10	10	48	13,0 (100,0)
Tráfico	25	25	31	17	29	42	64	233	63,1 (100,0)
Familiar	1	2	1	0	1	0	0	5	1,3 (100,0)
Desavenças	6	3	8	5	10	5	3	40	10,8 (100,0)
Sexual	0	0	1	0	0	0	0	1	0,2 (100,0)
Latrocínio	2	2	1	3	3	3	8	22	5,9 (100,0)
Indeterminada	1	6	1	1	3	4	4	20	5,4 (100,0)
total	43	41	49	31	52	64	89	369	100,0

Bibliografia:

UNODC, Study on firearms 2015. A study on the transnational nature of and routes and modus operandi used in trafficking in firearms. Viena, 2015. Disponível em: [//www.unodc.org/documents/firearms-protocol/UNODC_Study_on_Firearms_WEB.pdf](http://www.unodc.org/documents/firearms-protocol/UNODC_Study_on_Firearms_WEB.pdf). Acesso em: 06/03/2019.

Geneva Declaration on Armed Violence and Development. (2015). Global Burden of Armed Violence 2015: Every Body Counts. Disponível em: [//www.genvadeclaration.org/measurability/global-burden-of-armed-violence/global-burden-of-armed-violence-2015.html](http://www.genvadeclaration.org/measurability/global-burden-of-armed-violence/global-burden-of-armed-violence-2015.html). Acesso em: 06/03/2019.

Pinheiro PS, Pinheiro MA. A prevenção de homicídios de crianças na América Latina: um imperativo de direitos humanos. *Rev. bras. segur. pública*. 2015;9(2):50-86.

Imbusch P, Misse M, Carrión F. Violence research in Latin America and the Caribbean: a literature review. *International Journal of Conflict and violence*. 2011; 5(1).

Souza TO, Souza ER, Pinto LW. Evolução da mortalidade por homicídio no Estado da Bahia, Brasil, no período de 1996 a 2010. *Ciência & Saúde*. 2014. Disponível em https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232014000601889&script=sci_abstract&tlng=en. Acessado em 26/03/2018.

Trindade RFC, Costa FAMM, Silva PPAC, Caminiti GB, Santos CB. Mapa dos homicídios por arma de fogo: perfil das vítimas e das agressões. *RevEscEnferm USP*. 2015; 49(5):748-755.

Waiselfisz, JJ. Mapa da violência 2015: atualização: homicídio de mulheres no Brasil. Rio de Janeiro: CEBELA/FLACSO,2015. Disponível em:

<http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2015/mapaviolencia2015>. Acesso em: 20/05/2018.

Nogueira VD, Gomes LMX, Barbosa TLA. (2018). Tendência da mortalidade por homicídio em Foz do Iguaçu e Paraná, 2010 a 2015. *Revista brasileira de iniciação científica (RBIC)*. 5(2):222-234.

UNODC, Global Study on Homicide 2018. The United Nations Office on Drugs and Crimes. Vienna, 2018. Disponível em: https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/GSH18_Gender-related_killing_of_women_and_girls.pdf. Acesso em: 06/03/2019.

Silva MA, Cabral Filho JE, Amorim, MMR, Falbo Neto, GH. Mulheres vítimas de homicídio em Recife, Pernambuco, Brasil, 2009/2010: um estudo descritivo. *Cad. Saúde Pública*. 2013;29(2):391-396.

Margarites AF, Meneghel SN, Ceccon RF. Femicídios na cidade de Porto Alegre: Quantos são? Quem são? *REVIBRAS EPIDEMIOL*. 2017; 20(2):225-236.

Pereira AR, Vieira DN, Magalhães T. Fatal intimate partner violence against women in Portugal: a forensic medical national study. *J Forensic Leg Med*. 2013;20(8):1099-1107.

Salameh HOG, Salameh RJ, Shwaiki M, Abder-Rahman H. Forensic medical aspects of femicide in Jordan. *Journal of Forensic and Legal Medicine*. 2018;56: 90 – 93.

Toprak S, Ersoy G. Femicide in Turkey between 2000 and 2010. *PLOS ONE*. 2017;12(8):e0182409. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0182409> August 23, 2017.

Zeoli AM, Malinski R, Turchan B. Risks and targeted interventions: firearms in intimate partner violence. *Epidemiol Rev.*2016;38:125-139.

Price JH, Payton E. Intimate partner firearms violence: a topic ignored in women's health journals and the impact on health providers. *Violence and gender.* 2016;3(1).

Sieghel MB, Rothman EF. Firearm ownership and the murder of women in the United States: evidence that the state-level firearm ownership rate is associated with nonstranger femicide rate. *Violence and Gender.* 2016;3(1).

Terranova C, Zen M. Women victims of intentional homicide in Italy: New insights comparing Italian trends to German and U.S. trends, 2008-2014. *Journal of Forensic and legal medicine.* 2018; 53:73-78.

Bezerra, F.L. (2014). Perfil da violência contra mulheres analisadas junto ao NUMOL/CG no ano de 2012. Trabalho de Conclusão de Curso, Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande.

Campbell, J.C. et al. (2003). Risk factors for femicide in abusive relationships: results from a multisite case control study. *American Journal of Public Health*;93:1089-1097.

Frye, V. et al. (2008). The role of neighborhood environment and risk of intimate partner femicide in a large urban area. *American Journal of Public Health*, 98(8):1473-1479.

Meneghel SN, Ceccon RF, Hesler LZ, Margarites AF, Rosa S, Vasconcelos VD. Femicídios: narrativas de crimes de gênero. *Interface - Comunicação Saúde Educação.* 2013;17(46):523-533.

Telles LEB, Barros AJ, Moreira CG, Almeida MR, Telles MB, Day VP. Intimate partner violence during pregnancy: case report a forensic psychiatric evaluation. *Rev Bras Psiquiatr.* 2016;38(1):87-88. DOI:10.1590/1516-4446-2015-1820.

WHO – World Health Organization. Relatório Mundial sobre a prevenção da violência - 2014. Disponível em: apps.who.int/iris/bitstream/10665/145087/15/WHO_NVI_14.2_por.pdf. Acesso em: 21/05/2016.

UNICEF. Hidden in plain sight: a statistical analysis of violence against children. New York: UNICEF, 2014,202p. Disponível em: http://files.unicef.org/publications/files/Hidden_in_plain_sight_statistical_analysis_EN_3_Sept_2014.pdf. Acessado em 20/03/2018.

Meneghel SN, Hirakata VN. Femicídios: homicídios femininos no Brasil. *Rev Saúde Pública.* 2011;45(3):564-74.

Pasinato W. “Femicídios” e as mortes de mulheres no Brasil. *Cadernos Pagu.* 2011;37:219-246.

Colombia. Instituto Nacional de Medicina Legal Y Ciencias forenses – Regional Noroccidente. Violencia contra niños, niñas y adolescentes: datos para su comprensión. Lesiones fatales y no fatales 2012.

UNICEF. Annual Results Report 2016. Gender Equality. [https://www.unicef.org/publicpartnerships/files/2016arr-gender\(1\).pdf](https://www.unicef.org/publicpartnerships/files/2016arr-gender(1).pdf). Acessado em 2/4/2018.

Martins, AP. Violência no namoro e nas relações íntimas entre jovens: considerações preliminares sobre o problema no Brasil. *Gênero*. 2017;17(2):9-28.

Stöckl H, Devries K, Rotstein A, Abrahams N, Campbell J, Watts C et al. The global prevalence of intimate partner homicide: a systematic review. *Lancet*. 2013;382:859-65; published online June,20. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61030-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61030-2).

Sodré, ES, Rocha G, Milstein J, Santos J. Soares, JC, Hora L et al. Homicídio passional: quando a paixão se transforma em crime. *Cadernos de graduação – Ciências Humanas e Sociais Unit*. 2014;1(2):87-89.

Peres MFT, Ruotti C, Carvalho D, Regina FL. Vitimização fatal de crianças no espaço público em decorrência da violência interpessoal comunitária: um diagnóstico da magnitude e contextos de vulnerabilidade da América Latina. *Rev. bras. segur. pública*. 2015;9(2):2-4.

UNICEF. La violencia en la primera infancia. Marco regional de UNICEF para América Latina y El Caribe. Panama.2017. Acessado em 2/4/2018.

Zandomenighi RC, Mouro DL, Martins EAP. Ferimento por arma branca: perfil epidemiológico dos atendimentos em um pronto socorro. *Rev Rene*. 2011; 12(4):669-677.

UNICEF. Annual Results Report 2015. Child Protection. <https://www.unicef.org/publicpartnerships/files/2015arr-childprotection.pdf>. Acessado em 2/4/2018.

Caman S, Kristiansson M, Granath S, Sturup J. Trends in rates and characteristics of intimate partner homicides between 1990 and 2013. *Journal of Criminal Justice*. 2017;49:14-21.

Reichenheim ME, Souza ER, Moraes CL, Jorge MHPM, Silva CMFP, Minayo MCS. Violence and injuries in Brazil: the effect, progress made, and challenges ahead. *Lancet* 2011; published online May 9. DOI:10.1016/S0140-6736(11)60138-4.

Sanz-Barbero B, Heras-Mosterio J, Otero-García L, Vives-Cases C. Perfil sociodemográfico del feminicidio em España y su relación con las denuncias por violencia de pareja. *Gac Sanit*. 2016. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.03.004>

Corradi C, Piacenti F. Analyzing femicide in Italy. Overview of major findings and international comparisons. *Rom. Jour. of Sociological Studies*. 2016;1:1-107.

Artigo 6.

Femicide in early adolescence: The potential role of girl-child marriage as a risk factor

Artigo publicado em Australian & New Zealand Journal of Psychiatry 1 © The Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists 2021. Article reuse guidelines: sagepub.com/journals-permissions journals.sagepub.com/home/anp (letter)

DOI: 10.1177/00048674211025713 (first Published June 23, 2021 Letter)

Thiago Henrique Roza^{1,2,4},

Angelita Machado-Rios^{3,4},

Pedro Vieira da Silva Magalhães^{1,4}

Lisieux Elaine de Borba Telles⁴

1 Laboratory of Molecular Psychiatry, Centro de Pesquisa Experimental (CPE) and Centro de Pesquisa Clínica (CPC), Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Porto Alegre, Brazil

2 Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia Translacional em Medicina (INCT-TM), Porto Alegre, Brazil

3 Department of Forensic Medicine, Instituto Geral de Perícias, Porto Alegre, Brazil

4 Graduate Program in Psychiatry and Behavioral Sciences, Clinical Research Center, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brazil

Girl-child marriage is a severe form of human rights violation, corresponding to the formal or informal union in which a girl younger than 18 years lives with a partner as if married (Efevbera and Bhabha, 2020; UNICEF, 2019). The countries with the highest prevalence of girl-child marriage are located in sub-Saharan Africa and South Asia; nonetheless, in Brazil, approximately 26% of women marry before the age of 18 years, with the union being informal in most cases (Efevbera and Bhabha, 2020; UNICEF, 2019).

The affected girls are commonly vulnerable individuals, having less education, living in rural areas and coming from poor families; in some estimates, more than 80% of the child brides give birth before the age of 20 years, and around 20% are married to men at least 10 years older (Efevbera and Bhabha, 2020; UNICEF, 2019).

Here we report a case of a White 13-year-old female, stabbed to death 24 times in the torso and limbs by her partner, at the time a 25-year-old man, with prior criminal history, who mentioned jealousy as the motivation of the crime. At the time of the homicide, she was in a civil partnership for a prolonged but not informed period of time, living with her partner in his mother's house. The crime took place at their home, 6 days after her 13th birthday. Autopsy procedures revealed that her death was secondary to mass bleeding due to the stab wounds. Toxicological analysis of the victim revealed an absence of alcohol or other illicit substances. There were no prior police reports regarding any form of violence towards her. Psychological autopsy revealed that at the age of 6 years, the victim had witnessed domestic violence against her mother perpetrated by her father. Her father had history of alcohol use disorder, conduct problems including theft, mistreatment of animals and attempted murder. The data presented here were obtained from police and medicolegal reports and were approved for use by a local research ethics committee, as part of a larger project.

There is evidence for an association between girl-child marriage and intimate partner violence (Ahinkorah et al., 2021). Although there is little direct evidence on femicide, as illustrated in the case, it may be an extreme outcome of girl-child marriage, with this being a frequently overlooked factor in femicide cases. Health professionals may even have an opportunity for the prevention of violence by assessing the safety and wellbeing of children in these situations.

References

Ahinkorah BO, Onayemi OM, Seidu A-A, et al. (2021) Association between girl-child marriage and intimate partner violence in sub-Saharan Africa: Insights from a multicountry analysis of demographic and health surveys. *Journal of interpersonal violence*. Epub ahead of print 9 April. DOI: 10.1177/08862605211005139.

Efevbera Y and Bhabha J (2020) Defining and deconstructing girl child marriage and applications to global public health. *BMC Public Health* 20: 1547.

UNICEF (2019) A profile of child marriage and early unions in Latin America and the Caribbean. Available at: <https://www.unicef.org/lac/media/8256/file/Profile%20of%20Child%20Marriage%20in%20LAC>

DISCUSSÃO

Os óbitos femininos por causas externas têm assumido grande importância na análise geral das mortes em mulheres e representam um grave problema de Saúde Pública devido ao impacto causado na qualidade de vida de todos os envolvidos (Barreto *et al.*, 2016). Podem ser causados por lesões intencionais produzidas por terceiros (homicídios) ou auto-infringidas (suicídios) e por lesões não-intencionais (acidentes de trânsito, domésticos, de trabalho). (Salvatierra, 2018). Estudos nacionais e internacionais demonstram que as taxas de mortalidade externa feminina são menores do que as taxas masculinas (Rockett *et al.*, 2012).

No cenário mundial, com relação aos homicídios, houve uma prevalência de 10,8 mortes/100.000 homens e 2,5 mortes/100.000 mulheres em 2013, segundo o Relatório Mundial sobre a Prevenção da Violência (WHO, 2014). Em 2017, as taxas gerais de homicídio masculino e feminino foram 9,1/100.000 homens e 2,0/100.000 mulheres, respectivamente. (UNODC, 2019). No entanto, o continente americano apresentou taxas mais elevadas (31,2 homicídios/100.000 homens) principalmente em países como Brasil, Honduras e México. A elevação das taxas de homicídio na América Latina apresenta estreita relação com os conflitos locais entre grupos rivais relacionados ao crime organizado (UNODC, 2019).

Contrariando os estudos criminológicos da segunda metade do século XX (Veli Verkko, 1967), os homicídios femininos vêm acompanhando as flutuações nas taxas de homicídios masculinos. Entretanto, é importante observar a classificação de mortes violentas femininas relacionadas ao gênero (por parceiro íntimo, no âmbito da violência familiar/doméstica, crime sexual) e a violência que não apresenta relação com o gênero, segundo a avaliação do Escritório das Nações Unidas para drogas e Crimes (UNODC). Segundo esta agência de pesquisa, 58% dos homicídios femininos em 2017, foram perpetrados por parceiros íntimos ou outros membros da família e o continente americano apresentou uma taxa de 1,6/100.000 mulheres na vitimização doméstica, ocupando o segundo lugar entre os continentes (o continente africano apresentou taxa de 3,1 homicídios/100.000 mulheres).

Ao observarmos os homicídios femininos no cenário deste estudo, foi importante compreender a dinâmica dos crimes perpetrados na esfera familiar e dos crimes ocorridos fora da esfera familiar, em uma capital brasileira que ocupava o 24º

lugar no ranking nacional da violência homicida feminina – 3,8 homicídios/100.000 mulheres, considerando as 27 unidades federativas, no ano de 2013 (Waiselfisz 2015). Para melhor descrever as particularidades dos homicídios femininos descritos neste estudo, as mortes foram classificadas, pelos autores, em relacionadas ao gênero (parceiro íntimo/feminicídio, familiar e sexual) e não relacionadas ao gênero (ligadas ao tráfico de entorpecentes, latrocínio/roubo seguido de morte e outras contravenções).

No presente estudo, a violência perpetrada por parceiro íntimo foi a segunda causa de morte, atingindo mulheres e adolescentes em consonância com os dados de literatura que demonstram que a violência doméstica representa a forma de agressão mais prevalente no mundo contra mulheres e crianças, presente em um crescente e contínuo processo de vitimização (Pasinato, 2011; Portela & Ratton, 2015). A legislação brasileira vem acompanhando as mudanças executadas em diversos países no sentido de exercer um efetivo combate contra a mulher no âmbito familiar, como por exemplo, a inclusão do feminicídio no rol de crimes hediondos. A mudança nas leis e a abordagem ampla na temática violência doméstica pode trazer resultados na prevenção do desfecho fatal como o que envolve meninas de 13 e 14 anos mortas por seus companheiros, conforme os achados na amostra estudada. Outro fenômeno evidenciado foi o feminicídio seguido do suicídio do agressor, atingindo um terço da amostra de feminicídios estudada. Como 72,9% das mortes na esfera familiar ocorreram no domicílio, é importante pensar a violência no ciclo vital feminino dentro dos lares, onde na infância, as meninas costumam ser vitimadas pelos pais, na vida reprodutiva por seus atuais ou ex-parceiros e na velhice, pelos filhos (Waiselfisz 2015).

No país, além das mortes femininas ocasionadas pela violência doméstica, tem ocorrido o aumento dos homicídios de mulheres consecutivos à violência urbana (criminalidade). A violência letal decorre de ações violentas em que os alvos seriam homens de suas relações interpessoais ou por envolvimento direto no crime organizado (Biancarelli, 2006; Meneghel et al., 2013; Souza et al.;2017; Pasinato, 2011). O homicídio ligado ao gênero tende a receber mais atenção, mas o cenário estudado demonstrou que o maior número de mortes esteve relacionado com a atividade criminal, principalmente entre adolescentes e jovens mulheres, acompanhando o aumento de homicídios masculinos; com tendências mais claras em

adolescentes entre 15 e 19 anos, predominantemente naquelas de cor não branca e ligadas ao crime organizado.

A cor da pele foi outro fator envolvido nas maiores taxas de homicídios femininos no cenário estudado. Apesar da amostra ter um número absoluto maior de mulheres brancas, houve o predomínio de mulheres negras ou pardas nos homicídios cuja motivação esteve relacionada com a criminalidade. No Brasil, há uma prevalência de vítimas de homicídios não brancas (soma de pretos e pardos) em relação às vítimas brancas (soma de brancos, amarelos e indígenas), possivelmente relacionada com a maior exposição e vulnerabilidade socioeconômica desta população, consecutiva ao período histórico e persistência na pobreza (Machado *et al.*, 2018; Pasinato, 2011).

O cenário nacional envolvendo a discriminação racial e a vulnerabilidade socioeconômica (pobreza, baixos níveis educacionais e sub-empregos) reforçam a explicação social para a criminalidade feminina, afastando cada vez mais as teorias de predisposições biológicas usadas no século XX (Cerqueira & Bueno, 2020; Linde, 2019). O respeito e o prestígio atribuídos aos homens traficantes seriam fatores motivadores para o ingresso e a manutenção das mulheres no tráfico de drogas (Barcinski & Cúnico, 2016).

Desde 1980, observa-se um crescimento acentuado nas taxas de homicídio brasileiras, relacionado principalmente com o acesso às armas de fogo e à disputa pela hegemonia dos mercados ilegais (drogas, armas, roubo de veículos, contrabandos). Neste período, houve mudança no cenário de mortes que envolvia homens jovens, negros, de baixa escolaridade, das periferias urbanas e envolvidos com a justiça criminal. A nível nacional houve a migração da criminalidade dos grandes centros urbanos para outras regiões do país, onde a desigualdade social, o acesso às armas de fogo, o tráfico de entorpecentes e o abuso de álcool e drogas contribuíram para que o país apresentasse um risco de mortalidade dez vezes mais elevado do que os países desenvolvidos (Souza *et al.*, 2017). Entre os anos de 1980 e 2014, houve um crescimento de 592,8% nos homicídios causados por armas de fogo no Brasil (Imbusch 2011; Souza 2014; Trindade 2015; Waiselfisz 2015).

Apesar das intervenções em saúde pública, a expectativa de vida da população brasileira é comprometida pelo elevado risco de mortalidade por homicídios masculinos e femininos. (Aburto et al, 2021). Vários fatores causais estão envolvidos na gênese do problema. Este estudo trouxe à luz elementos pouco citados na literatura nacional, tais como a morte prematura de meninas e mulheres (segunda e terceira década de vida) relacionados com a violência doméstica e a atividade criminal. Uma hipótese para o aumento dos homicídios femininos nas faixas mais jovens seria o uso abusivo de álcool e outras substâncias pela geração mais jovem de homens, que os torna vítimas e perpetradores de diversas formas de violência, incluindo a violência de gênero. (Meneghel, 2013; Souza; 2017). Questões relacionadas à vulnerabilidade social também podem contribuir para as mortes femininas relacionadas com o tráfico de entorpecentes (David et al., 2020). Enquanto as mulheres ligadas ao crime estão vulneráveis à criminalidade do meio, também é possível que sejam vítimas de confrontos com outros criminosos e com a polícia, além da violência desencadeada no ambiente doméstico. Esta violência letal juvenil feminina traz impactos sociais nas populações atingidas: sofrimento físico e psíquico nas famílias, prejuízos socioeconômicos, com impacto no sistema jurídico e carcerário (Cúnico *et al.*, 2019; Margarites *et al.*, 2017).

As diversas formas de violência praticadas contra mulheres configuram uma questão de saúde e segurança públicas, necessitando manejo interdisciplinar, análise integrada de dados e estratégias de prevenção.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao iniciar o estudo sobre mortes femininas por causas externas havia a expectativa de descrever os dados obtidos através dos laudos de necropsia do necrotério central do Departamento Médico-Legal, localizado em Porto Alegre, correspondendo à época por cinquenta das necropsias do Estado do Rio Grande do Sul. Com o início das primeiras análises dos dados, foram encontradas algumas características específicas nos homicídios que demandaram uma reflexão minuciosa sobre o fenômeno que se revelava: a morte precoce de meninas e mulheres, o feminicídio seguido do suicídio do agressor, o feminicídio em meninas, as armas de fogo como agente causador da grande maioria das mortes e a vitimização letal secundária ao tráfico de drogas.

Neste cenário, acompanhamos o movimento nacional de migração da atividade criminal dos grandes centros do país para a região sul, com as disputas em áreas conflagradas pela contravenção e a morte de mulheres nestes locais, seja como vítimas da violência urbana, como parceiras de homens envolvidos em atos delituosos ou como participantes diretas de organizações criminosas.

Apesar do Rio Grande do Sul possuir uma população feminina predominantemente com a cor da pele branca, observamos que as mulheres de cor da pele preta ou parda foram mais vitimadas quando avaliada a motivação da morte ligada às ações criminosas (tráfico de drogas), trazendo as questões próprias das desigualdades sociais e a vitimização que envolve este grupo populacional.

A morte relacionada ao gênero evidenciou o grave problema social relacionado com a morte prematura das mulheres, onde meninas de 13 ou 14 anos foram vitimadas por seus parceiros íntimos, revelando uma questão cultural de dominância e poder através da desigualdade entre gêneros, reforçando o padrão transgeracional da violência. Muitas mulheres foram mortas com seus filhos e/ou com tentativas ou suicídio do próprio agressor. As consequências emocionais, legais e econômicas para a sociedade são expressivas porque, além da morte prematura destas mulheres, existe o sofrimento da família e o desamparo de muitas crianças e adolescentes pela ausência das figuras protetivas, tornando-as vulneráveis para novas formas de violência.

Excetuando a morte consecutiva à violência sexual, que apresentou característica própria definida pelas asfixias, as armas de fogo estiveram presentes nas demais motivações para os homicídios das mulheres, seja no âmbito familiar ou externo. A facilidade ao acesso deste instrumento pode estar relacionada com as elevadas taxas de mortalidade feminina, que acompanharam o aumento das taxas de homicídio masculinas no período analisado.

Ao olharmos para os dados obtidos no presente estudo, temos a ideia da necessidade da integração dos dados de Segurança e Saúde Públicas para a compreensão do fenômeno da violência na sociedade. As informações precisam ser trabalhadas de uma forma conjunta para identificar as populações em situação de vulnerabilidade, principalmente o grupo inserido em um padrão de violência, seja através da violência doméstica ou pela proximidade de áreas potencialmente ligadas ao crime organizado.

REFERÊNCIAS

Bordoni, PHC, Silva ASG, Monteiro ACF, Neiva LR, Carvalho TAP, Marinho WJM, Bordoni LS. (2017). Mortalidade de mulheres em idade fértil por causas externas: análise de 2274 necropsias do IML-BH. *Brazilian Journal of Forensic Sciences, Medical Law Bioethics*,7(1),52-68.

Waiselfisz JJ. (2017). Homicide Dispatch 4. Homicides of children and adolescents in Brazil. Igarapé Institute. Disponível em: 2017-12-04-Homicide-Dispatch_4_EN.pdf. Acessado em novembro 2020.

Santana JFCL, Xavier IF, Zanchetta VD, Valentim FCVV, Ura JFB, Cestari CE, Côrtes MA. (2021). Mortalidade feminina por causas externas em uma região de fronteira: Brasil – Bolívia. *Revista Ciência e Estudos Acadêmicos de Medicina – UNEMAT*. (14):78-91.

Matozinhos FP, Silverio IR, Boaventura JG, Oliveira TM, Silva TPR, Corrêa AR. (2019). Análise da triagem e dos atendimentos a mulheres vítimas de acidentes de trânsito. *Rev Bras Enferm [Internet]*; 72(4):1070-6. Acessado em novembro/2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0727>

Monteiro FGM, Romio JAF, Drezzet Jefferson. (2021). Existe diferença de raça/cor do feminicídio no Brasil? A desigualdade das taxas de mortalidade por causas violentas entre mulheres brancas e negras. *J Hum Growth Dev*;31(2):358-366.

Petrosky E, Blair JM, Betz JC, Fowler, KA, Shane PD, Lyons HB. (2017). Racial and ethnic differences in homicides of adult women and the role of intimate partner violence – United States, 2003-2014. *Morbidity and Mortality Weekly Report*. US Department of Health and Human Services/Centers for Disease Control and Prevention. *MMRV*;66(28).

Peterman A, Potts A, O'Donnell M, Thompson K, Shah N, Oertelt-Prigione S, Van Gelder N. (2020). Pandemics and Violence Against Women and Children. CGD Working Paper 528. Washington, DC: Center for Global Development. <https://www.cgdev.org/publication/pandemics-and-violence-against-women-and-children>

Fornari LF, Lourenço RG, Oliveira RNG, Santos DLA, Menegatti MS, Fonseca RMGS. (2021). Domestic violence against women amidst the pandemic: coping strategies disseminated by digital media. Rev Bras Enferm;74(1):e20200631. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0631>

Moreira DN, da Costa MP. (2020). The impact of the Covid-19 pandemic in the precipitation of intimate partner violence. International Journal of Law and Psychiatry;71. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2020.101606>

Bastos G, Carbonari F, Tavares P. (2020). O Combate à Violência contra a Mulher (VCM) no Brasil em época de COVID-19. World Bank Document. Disponível em: <http://documents1.worldbank.org/curated/en/807641597919037665/pdf/Addressing-Violence-against-Women-VAW-under-COVID-19-in-Brazil.pdf>

Cerqueira D & Coelho DSC. (2017). Democracia racial e homicídios de jovens negros na cidade partida. Brasília: IPEA, Texto para discussão nº 2267. Disponível em: https://www.econstor.eu/bitstream/10419/177483/1/td_2267.pdf

Romio JAF. (2013). A vitimização de mulheres por agressão física, segundo raça/cor no Brasil. Dossiê mulheres negras: retrato das condições de vida das mulheres negras no Brasil. Brasília: IPEA. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9161/1/Dossie_Cap5.pdf

Carneiro, R (2017). O peso do corpo negro feminino no mercado da saúde: mulheres, profissionais e feministas em suas perspectivas. *Mediações*, 21(2):394-424.

APÊNDICE A- TRABALHOS APRESENTADOS EM EVENTOS

Seminario Binacional de Mujeres – Todas y todos por la igualdad. “Integración Salud y Seguridad Publicas: el ciclo de la violencia”. Ciudad de Santana do Livramento. Jun/2018.

Secretaria da Segurança Pública do Estado do Rio Grande do Sul. Seminário sobre o Protocolo Latino-Americano de Investigação das Mortes Violentas de mulheres por razões de gênero. “Aspectos médico-legais: violência por parceiro íntimo e familiares. Necropsias realizadas em Porto alegre em sete anos – características das vítimas, instrumentos utilizados, sazonalidade”. Outubro/2018.

Jornada CELG 2018. Mente e corpo: diálogos contemporâneos. “Violência homicida de crianças e adolescentes”.

ICCA – International Conference on Childhood and Adolescence. “Homicídios e suicídios de crianças e adolescentes do sexo feminino em Porto Alegre/Brasil”. Porto-Portugal. Jan/2019.

LIMELF – Liga de Medicina Legal e Psiquiatria Forense do HCPA/UFRGS. “O que você precisa saber sobre FEMINICÍDIO – aspectos médico-legais”. Mai/2019

2ª Escola De Inverno de Ciências Forenses. Auditório da Faculdade de Agronomia da UFRGS – Campos do Vale. “Medical-legal aspects of violent deaths related to the gender”. 15 a 17 Jul/2019.

HCPA – UFRGS. Mestrado profissionalizante. “Uso de álcool e drogas em vítimas de mortes violentas”. Jul/2019.

XIV Congresso Gaúcho de Psiquiatria – II Simpósio gaúcho de Psiquiatria Forense. “Visão atual das vítimas de homicídio”. Ago/2019.

XIV Congresso Gaúcho de Psiquiatria – Vínculos e Saúde Mental. “Homicídios e Suicídios de crianças e adolescentes do sexo feminino: avaliação de casos do Departamento Médico-Legal de Porto Alegre, entre 2010 e 2016”. Ago/2019.

XXXVII Congresso Brasileiro de Psiquiatria. “Mortes Violentas de mulheres causadas por armas de fogo: estudo de necropsias em Porto Alegre entre 2010 e 2016. Pôster e publicação. Out/2019.

I Jornada Integrada de Criminalística e Medicina Legal. “Feminicídio: a violência por parceiro íntimo na adolescência”. Dez/2019.

C.S.I. LIAH: A anatomia nos crimes. Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. “Mortes violentas de mulheres: Feminicídio”. Out/2020.

ANEXO A- PROTOCOLO DE PESQUISA DE MORTES VIOLENTAS FEMININAS

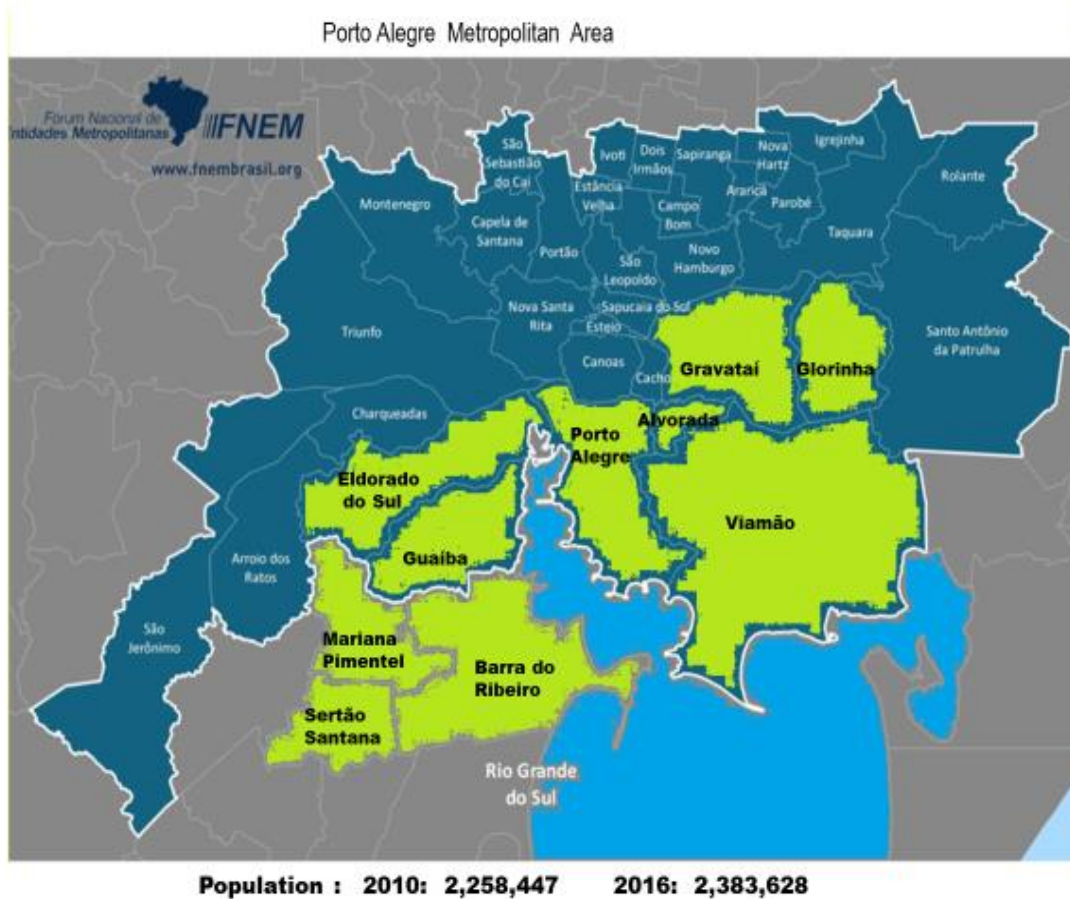
Pesquisador:

Data:

nº Amostra:

1. VARIÁVEIS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS		
1.1. Nome Completo:		
1.2. Idade à época da morte:		
1.3. Estado Civil:	(1) Solteiro (3) Viúvo	(2) Casado/amigado (4) Separado/desq.
1.4. Possui filhos:	(1) Sim	(2) Não
1.5. Escolaridade (em anos de estudo):		
1.6. Ocupação à época da morte:	(1) com ocupação	(2) sem ocupação
1.7. Cor da pele:	(1) branco (3) misto	(2) preto (4) outra. Qual?
1.8. Naturalidade:		
1.9. Composição Familiar:		
2. VARIÁVEIS RELATIVAS AO HOMICÍDIO/SUICÍDIO		
2.1. Causa morte:	(1) suicídio	(2) homicídio (3) acidente
2.2. Data:		
2.3. Hora:		
2.4. Meio empregado:		
2.5. Meio cruel:	(1) sim	(2) não
2.6. Local da lesão:		
2.7. Número de lesões:		
2.8. Motivação para o crime:		
2.9. Crime cometido em associação com outrem:	(1) sim	(2) não
2.10. Residia com o agressor:	(1) sim	(2) não
3. VARIÁVEIS CLÍNICAS		
3.1. Uso de álcool à época da morte:	(1) Sim	(2) Não
3.2. Uso de drogas à época da morte:	(1) Sim	(2) Não
3.3. Registro de vitimização prévia:	(1) Sim	(2) Não
3.4. História de abuso físico pela vítima	(1) Sim	(2) Não
3.5 História de abuso psicológico/moral pela vítima	(1) Sim	(2) Não
3.6 História de abuso sexual pela vítima	(1) Sim	(2) Não
Observações:		

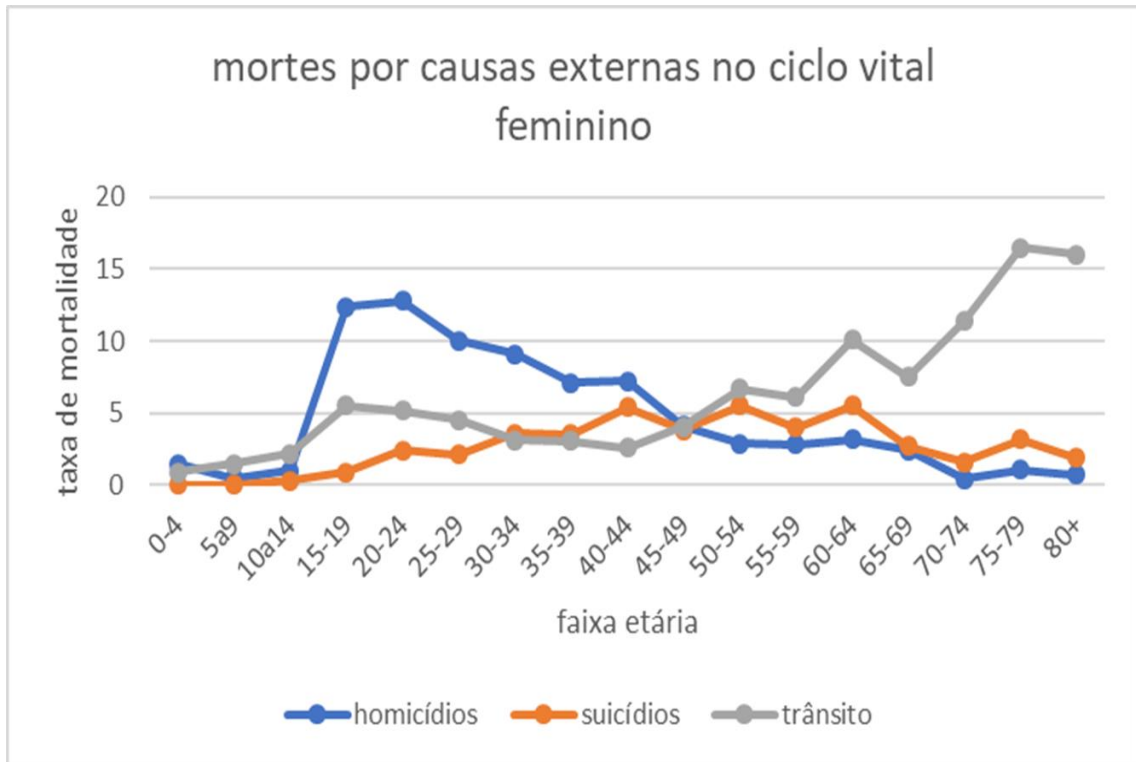
ANEXO B – FIGURA A-1 – ÁREA DE ABRANGÊNCIA DO NECROTÉRIO CENTRAL



ANEXO C – FIGURA A-2 – TAXAS DE MORTALIDADE AMBOS SEXOS

Taxa/ano	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Homicídio masculino	67,8	74,5	96,7	76,5	98,6	102,6	121,7
Homicídio feminino	5,1	4,6	5,4	4,1	5,7	6,1	8,0
Suicídio masculino	17,8	16,8	18,6	13,3	17,7	17,3	19,4
Suicídio feminino	2,9	2,8	1,9	2,4	2,8	3,1	3,2
Trânsito masculino	25,5	25,3	21,7	20,4	22,9	19,2	17,5
Trânsito feminino	5,6	5,5	4,7	5,3	4,7	5,8	4,3

ANEXO D – FIGURA A-3 – TAXAS DE MORTALIDADE FEMININA



ANEXO E – FIGURA A-4 – VITIMIZAÇÃO PRÉVIA



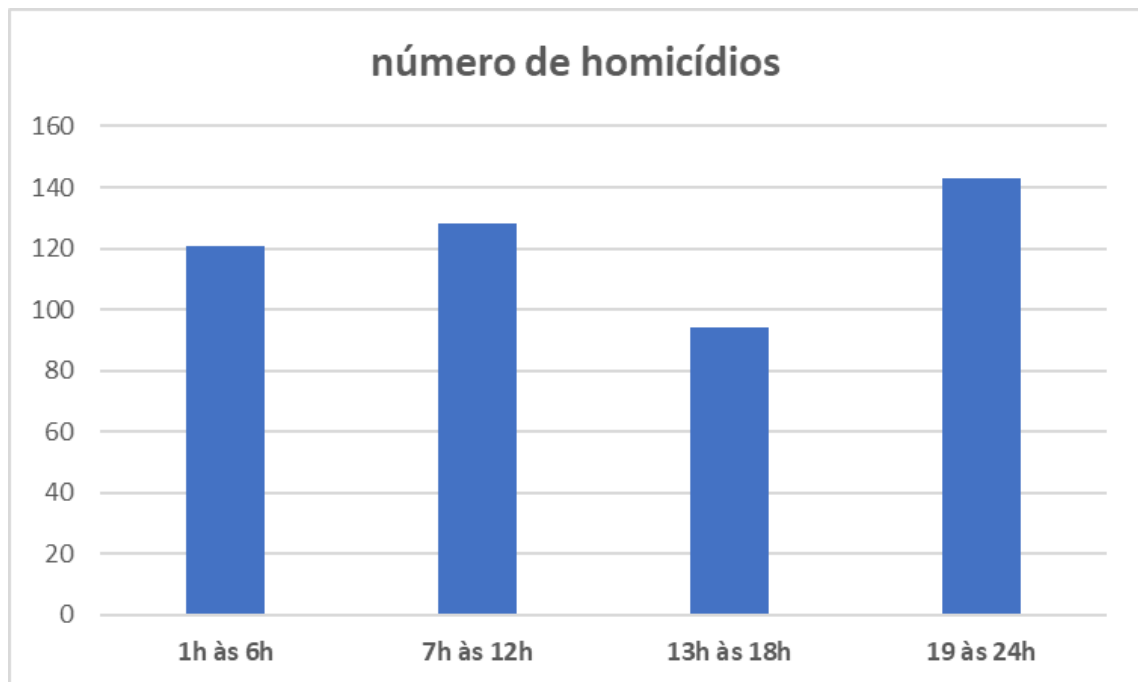
ANEXO F – FIGURA A-5 – SAZONALIDADE HOMICÍDIOS (MÊS)



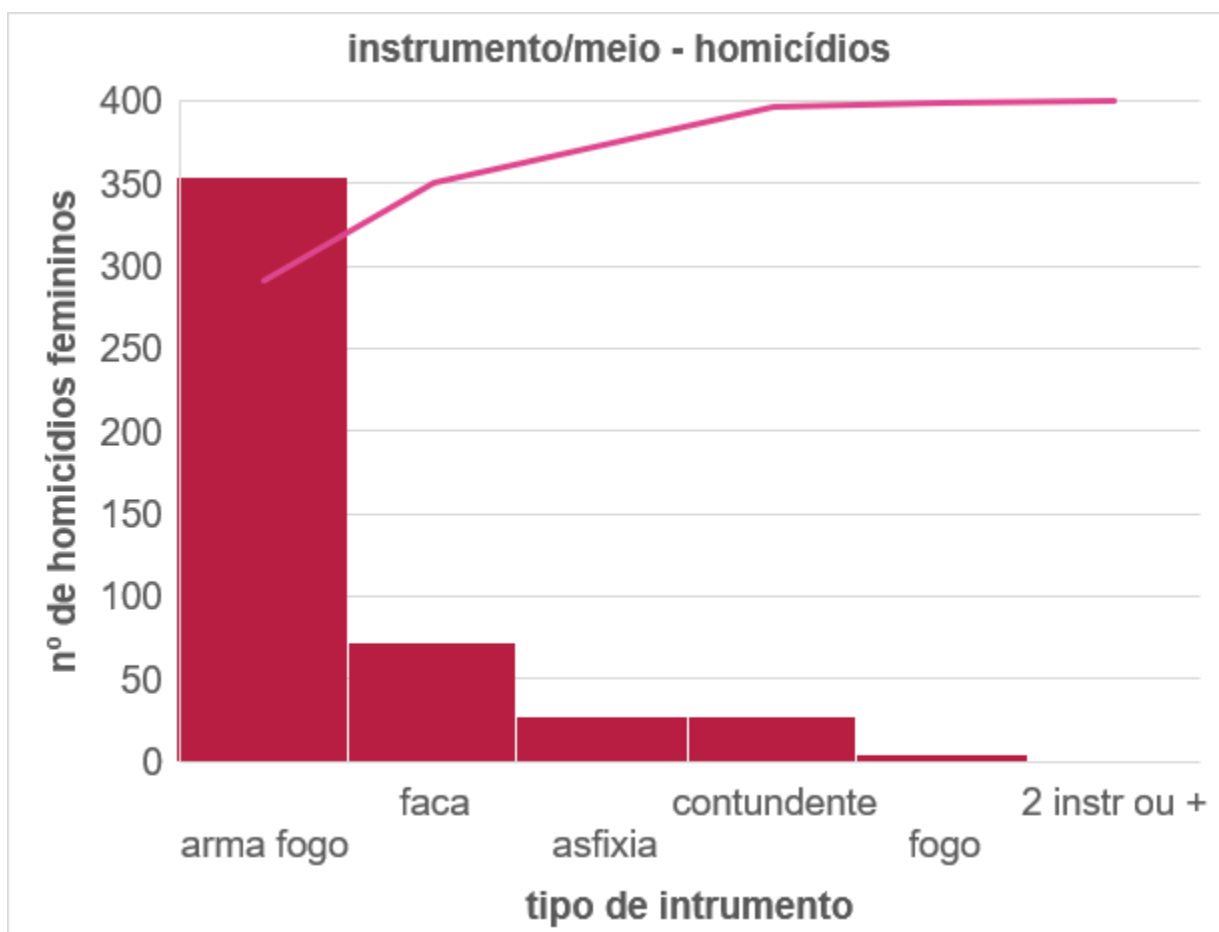
ANEXO G – FIGURA A-6 – SAZONALIDADE HOMICÍDIOS (DIA)



ANEXO H – FIGURA A-7 – SAZONALIDADE HOMICÍDIOS (HORA)



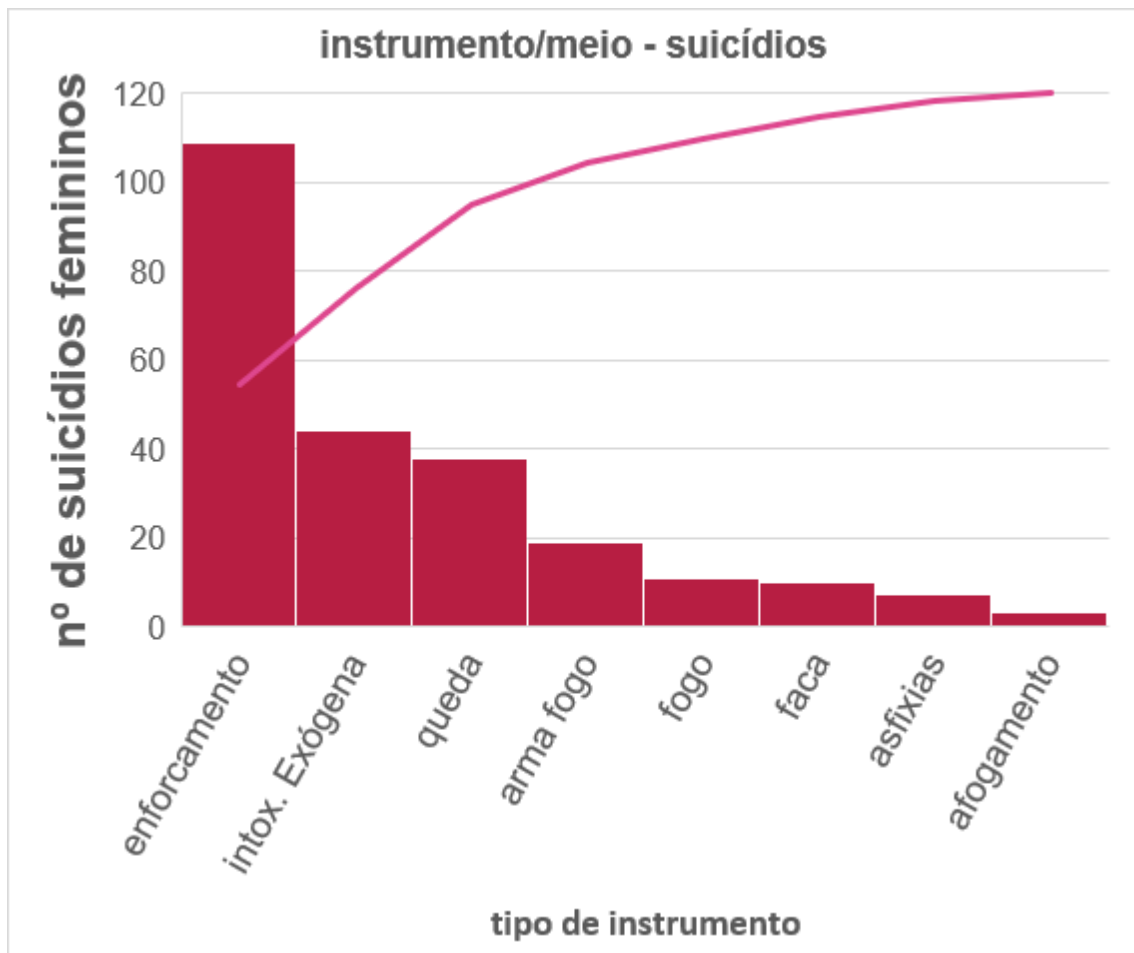
ANEXO I – FIGURA A-8 – INSTRUMENTO/AGENTE/MEIO



ANEXO J – FIGURA A-9 – LOCAL DAS LESÕES



ANEXO L – FIGURA A-10 – MÉTODOS DE SUICÍDIO



ANEXO M – FIGURA A-11 – ÁLCOOL E SUBSTÂNCIAS PSICOTRÓPICAS

	homicídio	suicídio	trânsito
Álcool (%)	17,4	13,6	11,4
Psicotrópicos(%)	25,5	5,3	3,1