



UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE - PPGCS

IURI SILVA SENA

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE VÍTIMAS DE FEMINICÍDIO NO ESTADO DO
AMAPÁ ENTRE OS ANOS DE 2014 A 2018**

MACAPÁ/AP

2021

IURI SILVA SENA

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE VÍTIMAS DE FEMINICÍDIO NO ESTADO DO
AMAPÁ ENTRE OS ANOS DE 2014 A 2018**

Dissertação de mestrado apresentado à Banca Examinadora do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Amapá, como requisito para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde, área de Epidemiologia e Saúde Pública, linha de pesquisa Epidemiologia em saúde, sob a orientação da Professora Doutora Amanda Alves Fecury.

MACAPÁ/AP

2021

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Biblioteca Central da Universidade Federal do Amapá
Elaborada por Jamile da Conceição da Silva– CRB-2/1010

S474p Sena, Iuri Silva.
Perfil epidemiológico de vítimas de feminicídio no Estado do Amapá entre os anos de 2014 a 2018. / Iuri Silva Sena. – Macapá, 2021.
1 recurso eletrônico. 60 folhas : ilustradas.

Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Campus Marco Zero, Universidade Federal do Amapá, Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Macapá, 2021.
Orientadora: Professora Doutora Amanda Alves Fecury.

Modo de acesso: World Wide Web.
Formato de arquivo: Portable Document Format (PDF).

Inclui referências e anexos.

1. Crime contra a mulher. 2. Violência contra a mulher – Perfil epidemiológico - Macapá (AP). 3. Mulheres - Mortalidade. 4. Saúde pública. I. Fecury, Amanda Alves, orientadora. II. Título.

Classificação Decimal de Dewey, 22. edição, 616.85822

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

IURI SILVA SENA

FOLHA DE APROVAÇÃO

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE VÍTIMAS DE FEMINICÍDIO NO ESTADO DO
AMAPÁ ENTRE OS ANOS DE 2014 A 2018**

Dissertação de mestrado apresentado à Banca Examinadora do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Amapá, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde, área de Epidemiologia e Saúde Pública, linha de pesquisa de Estudos em Epidemiologia em saúde, sob a orientação da Professora Doutora Amanda Alves Fecury.

Aprovado em: 13/08/21

Pela banca examinadora composta por:

Amanda A. Fecury

Prof^a Dr^a Amanda Alves Fecury
Universidade Federal do Amapá (Orientadora)

Demilto Yamaguchi da Pureza

Prof. Dr. Demilto Yamaguchi Pureza
Universidade Federal do Amapá

Natalia Camargo Rodrigues losimuta

Prof^a Dr^a Natália Camargo Rodrigues losimuta
Universidade Federal do Amapá

CM

Prof. Dr. Claudio Alberto Gellis de Mattos Dias
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Amapá

Wollner Materko

Prof. Dr. Wollner Materko
Universidade Federal do Amapá (suplente)

MACAPÁ/AP

2021

Dedico este trabalho a todas as mulheres que em solo amapaense foram vitimadas por esse crime atroz, o feminicídio.

AGRADECIMENTOS

À Deus pela sua bendita misericórdia o qual deposito toda minha fé e esperança.

À Fernanda Tenório por sua compreensão nos momentos de ausência e apoio nos dias difíceis.

À minha família que tanto amo os quais são meus alicerces quando eu preciso.

Aos meus amigos que sempre apoiam meu crescimento pessoal e profissional.

Aos meus colegas de turma pela união e o respeito, em especial Silvia Maues e Diovana Alberto, pelo apoio na coleta dos dados; Aderaldo Viegas, Ildilane Rodrigues e Maira Rocha pelo companheirismo em todas as atividades desenvolvidas no mestrado.

A todos os professores do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, em especial Prof^a Dr^a Maira Tongu, Prof. Dr. Wollner Materko, Prof. Dr. Demilto Yamaguchi e Prof^a Dr^a Natália losimuta, pela disponibilidade em tirar dúvidas e pelo auxílio em todas as etapas do trabalho.

Aos colegas do meio profissional Klisiomar Monteiro e Pedro Artur que me orientaram na execução do trabalho e fizeram meus passos mais seguros e precisos.

Ao amigo e conselheiro Professor Bráulio Santos que me estimulou a entrar no mestrado e a me manter firme até o fim de todas as atividades.

Por fim, à minha orientadora Amanda Alves Fecury, que com muita paciência me auxiliou em todos os momentos de forma incansável, mesmo em pandemia, para me mostrar o caminho para o conhecimento.

RESUMO

A violência contra a mulher é um problema de saúde pública de grande magnitude no mundo, sendo sua expressão máxima representada pelo feminicídio. Em âmbito mundial, nos últimos anos, ocorreu tendência crescente na taxa de feminicídios, sendo a América Central o local de maior ocorrência. No Brasil, durante o período de 1980 a 2010, houve aumento de 100% na taxa de feminicídios, que passou de 2,3/100.000 para 4,6/100.000 mulheres. Diante disso, faz-se necessário entender se existe um perfil específico das mulheres que sofrem feminicídio, o que facilitaria identificar e prevenir esse ato de violência. Esta pesquisa objetivou caracterizar o perfil epidemiológico dos casos de feminicídios registrados no Estado do Amapá entre os anos de 2014 a 2018. Trata-se de estudo observacional, descritivo, retrospectivo, transversal e com abordagem quantitativa a partir da base de dados do serviço de informação da Superintendência de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, com dados de mortalidade, e Polícia Científica do Amapá, a partir das declarações de óbito. Para análise inferencial, os dados foram submetidos ao teste Qui-quadrado de Pearson a fim de avaliar associação entre causa da morte por grupo de CID-10 e variáveis epidemiológicas, através do programa SPSS 26.0, sendo considerados relevantes os resultados com $p \leq 0,05$. No período do estudo ocorreram 95 mortes de mulheres por agressão no Amapá, com uma taxa bruta global de 4,78 óbitos por 100.000 mulheres, este número após a segunda etapa de correção passou para 126 óbitos com taxa bruta global corrigida final de 6,34 óbitos por 100.000 mulheres. O perfil epidemiológico das mulheres vítimas de feminicídio se tratou de mulher jovem, cor parda, com ensino médio completo, solteira, estudante, residente na capital, que vem a óbito na própria capital em ambiente hospitalar, sem assistência médica, no mês de outubro, nos dias de domingo e quarta-feira, no turno da tarde e por arma de fogo. Houve associação entre causa da morte por grupo de CID-10 e idade ($p=0,012$), município de residência ($p=0,0001$), município de ocorrência ($p=0,044$), local de ocorrência do óbito ($p=0,027$), meio empregado, se insidioso e cruel ($p=0,001$). Embora o feminicídio tenha apresentado redução no Estado do Amapá, no período do estudo, a taxa bruta global corrigida final é maior que a média nacional. A causa de morte mais frequente encontrada foi por arma de fogo, tendo proporção maior em análise isolada da capital. Observa-se uma evolução que ocorre de acordo com a facilidade do local em ter acesso às armas de fogo. Dado importante está na concentração das mortes nos dias de quarta e domingo, sendo os mesmos dias de exibição de jogos de futebol na televisão brasileira, onde o consumo de álcool comumente está acima do habitual gerando propensão à violência e atos de crueldade. Espera-se que com a caracterização desta população vulnerável medidas mais específicas e eficazes possam ser tomadas para minimização das taxas, além de estimular novas pesquisas para dar continuidade às informações obtidas, e assim ter efeito na prevenção deste crime atroz que acomete principalmente a população feminina economicamente ativa no Amapá.

Palavras-chave: Epidemiologia descritiva. Violência contra a mulher. Mortalidade.

ABSTRACT

Violence against women is a public health problem of great magnitude in the world, and its maximum expression is represented by femicide. Worldwide, in recent years, there has been an increasing trend in the rate of femicide, with Central America being the place with the highest occurrence. In Brazil, during the period 1980 to 2010, there has been a 100% increase in the femicide rate, which went from 2.3/100.000 to 4.6/100.000 women. Therefore, it is necessary to understand if there is a specific profile of women who suffer femicide, which would facilitate the identification and prevention of this act of violence. This research aimed to characterize the epidemiological profile of cases of femicide registered in the State of Amapá between the years 2014 to 2018. This is an observational, descriptive, retrospective, cross-sectional study with a quantitative approach based on the database of the information service the Superintendence of Health Surveillance of the Ministry of Health, with mortality data, and the Scientific Police of Amapá, based on death certificates. For inferential analysis, the data were submitted to Pearson's chi-square test to assess the association between cause of death by ICD-10 group and epidemiological variables, using the SPSS 26.0 program, results being considered relevant with $p \leq 0.05$. During the study period there were 95 deaths of women due to aggression in Amapá, with an overall gross rate of 4.78 deaths per 100.000 women, this number after the second correction step rose to 126 deaths with a final global gross corrected rate of 6.34 deaths per 100.000 women. The epidemiological profile of women victims of femicide was a young woman, brown, with complete high school, single, student, resident in the capital, who died in the capital, in a hospital environment, without medical assistance, in October, on Sunday and Wednesday, in the afternoon shift and by firearm. There was an association between cause of death by ICD-10 group and age ($p=0.012$), municipality of residence ($p=0.0001$), municipality of occurrence ($p=0.044$), place of death ($p=0.027$), death way, if insidious and cruel ($p=0.001$). Although femicide has shown a decreasing in the State of Amapá, during the study period, the final corrected global gross rate is higher than the national average. The most frequent cause of death found was firearms, with a higher proportion in an isolated analysis of the capital. There is an evolution that occurs according to the facility's ease of having access to firearms. An important fact is the concentration of deaths on Wednesdays and Sundays, with the same days as the soccer games shown on Brazilian television, where alcohol consumption is usually higher than usual, generating a propensity for violence and acts of cruelty. It is expected that with the characterization of this vulnerable population, more specific and effective measures can be taken to minimize the rates, in addition to stimulating further research to continue the information obtained, and thus influence the prevention of this heinous crime that affects mainly the economically active female population in Amapá.

Key words: Descriptive epidemiology. Violence against women. Mortality.

LISTA DE FIGURAS

Figura 01 – Fórmula para a correção proporcional dos casos de feminicídios classificados como agressões (X85 – Y09) a partir dos casos cuja intenção é indeterminada (Y10 – Y34) -----26

Figura 02 – Taxas corrigidas de feminicídio por 100.000 mulheres no Estado do Amapá entre os anos de 2014 a 2018 -----29

LISTA DE TABELAS

- Tabela 01** – Taxas de feminicídio por 100.000 mulheres no Estado do Amapá entre os anos de 2014 a 2018 -----28
- Tabela 02** – Frequência de feminicídios segundo causa da morte (grupo de CID-10) no Estado do Amapá entre os anos de 2014 a 2018-----29
- Tabela 03** - Frequência de feminicídios segundo causa da morte (grupo de CID-10) na capital Macapá entre os anos de 2014 a 2018-----30
- Tabela 04** – Frequência de feminicídios segundo variáveis socioeconômicas (idade, cor/raça, escolaridade, estado civil, ocupação) no Estado do Amapá entre os anos de 2014 a 2018-----31
- Tabela 05** – Frequência de feminicídios segundo município de residência, município de ocorrência e local de ocorrência do óbito no Estado do Amapá entre os anos de 2014 a 2018-----32
- Tabela 06** – Frequência de feminicídios de acordo com a assistência médica e com o meio, se insidioso e cruel no Estado do Amapá entre os anos de 2014 a 2018-----33
- Tabela 07** – Frequência de feminicídios segundo mês, dia e turno do óbito no Estado do Amapá entre os anos de 2014 a 2018-----34
- Tabela 08** – Associação entre causa da morte por grupo de CID-10 e variáveis epidemiológicas para os casos de feminicídios no Estado do Amapá entre os anos de 2014 a 2018-----35
- Tabela 09** – Porcentagem de dados faltantes por variável epidemiológica para os casos de feminicídio no Estado do Amapá entre os anos de 2014 a 2018---35

LISTA DE SIGLAS

ACUNS – *Academic Council on the United Nations System* (Conselho Acadêmico do Sistema das Nações Unidas)

CBO - Classificação Brasileira de Ocupações

CEREST - Centro de Referência em Saúde do Trabalhador

CID-10 - Classificação Internacional de Doenças (Décima Revisão)

CVS - Coordenadoria de Vigilância em Saúde

DUDH - Declaração Universal dos Direitos Humanos

EUA – Estados Unidos da América

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

LACEN - Laboratório Central de Saúde Pública

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde

PCA - Polícia Científica do Amapá

PCAP – Polícia Civil do Amapá

SPSS - *Statistical Package for the Social Science* (Pacote Estatístico para Ciências Sociais)

SVS – Superintendência de Vigilância em Saúde

WHO - *World Health Organization* (Organização Mundial de Saúde)

UNESCO – Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	REFERENCIAL TEÓRICO	15
2.1	ASPECTOS LEGAIS: HISTÓRICO	15
2.2	EPIDEMIOLOGIA DO FEMINICÍDIO	16
2.3	VIOLÊNCIA CONTRA MULHER COMO UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA	18
3	OBJETIVOS	20
3.1	OBJETIVO GERAL	20
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	20
4	MATERIAIS E MÉTODOS	21
4.1	ÁREA DO ESTUDO	21
4.2	TIPO DE ESTUDO	21
4.3	POPULAÇÃO DO ESTUDO E CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	22
4.4	PERÍODO E LOCAL DO ESTUDO	23
4.5	COLETA, TRATAMENTO DOS DADOS E ANÁLISE	24
4.6	ASPECTOS ÉTICOS	27
4.7	RISCOS	27
4.8	BENEFÍCIOS	27
5	RESULTADOS	28
6	DISCUSSÃO	36
7	CONCLUSÃO	48
	REFERÊNCIAS	50
	ANEXO A	57
	ANEXO B	58
	ANEXO C	59

1 INTRODUÇÃO

A violência contra a mulher é um problema de saúde pública de grande magnitude no mundo, sendo sua expressão máxima representada pelo feminicídio. Esse tipo de violência contribui como mecanismo de subordinação, e comumente, as mulheres não reagem a estas formas de violência por medo de represálias do violentador ou por humilhação diante da sociedade. Assim, esta situação de desigualdade feminina reforça sua própria vulnerabilidade frente à agressão (GARCIA; FREITAS; HÖFELMANN, 2013).

Embora o risco maior de morte violenta ocorra entre os homens, devido a atividades relacionadas ao crime e a conflitos armados, as mulheres têm maior risco de sofrer violência por pessoas de seu próprio convívio social, violência que se apresenta de várias formas, como física, sexual e emocional, gerando altos custos econômicos e sociais que culminam na diminuição da sua saúde física, mental e reprodutiva, afetando inclusive os filhos (GARCIA; FREITAS; HÖFELMANN, 2013; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015).

Os termos *gendercide*, *femicide*, femicídio e feminicídio foram criados a partir do final do século XX para definir um mesmo fenômeno, que corresponde ao assassinato de mulheres por questão de gênero. Embora semelhantes, algumas diferenças precisam ser destacadas. O termo *gendercide* surge em 1985 com Warren e compreende o extermínio deliberado de mulheres, podendo-se comparar ao genocídio (extermínio de grupos étnicos)(WARREN, 1985; SOUZA, 2019).

A palavra *femicide* surgiu pela primeira vez no Tribunal Internacional de Crimes contra Mulheres, em Bruxelas, em 1976, porém sua definição só ficou bem estabelecida em 1990 com Caputi e Russell (CAPUTI; RUSSELL, 1992) que a descreveram como assassinato de mulheres especificamente por homens motivados por ódio, desprezo, prazer ou por sentimento de propriedade. Uma morte decorrente de vários tipos de agressões, como estupro, incesto, abuso físico e emocional, assédio, pornografia, exploração sexual, esterilização, maternidade à força, dentre muitas outras (SOUZA, 2019).

Após sua definição, *femicide* foi traduzido para países de língua hispânica como feminicídio. Porém, a sua abrangência não compreendia uma importante faceta do fenômeno de assassinato de mulheres por questões de gênero, que correspondia a ausência de políticas do Estado para impedir essa prática de origem patriarcal provocada por homens em situação de poder sexual, jurídico, social, econômico, político e/ou ideológico (SOUZA, 2019). Assim, Lagarde (2006) adiciona o termo feminicídio, que seria um conceito mais amplo que destacaria não somente a motivação baseada em gênero ou misoginia, mas todos os aspectos envolvidos, tanto na ação quanto na omissão.

Além disso, os feminicídios podem ser divididos em íntimo, quando o autor é conhecido pela vítima; ou não íntimo, por autor desconhecido, com ou sem violência sexual. Também pode ocorrer por conexão, quando uma ou mais mulheres morrem na defesa de outras e execuções de mulheres perpetradas por gangues, mafiosos, traficantes ou policiais. Essas informações se fazem importantes, pois mulheres apresentam maior risco de serem assassinadas pelo companheiro quando comparadas aos homens, e alguns dos fatores de risco correspondem a violência conjugal de repetição e crescente, assim como ameaças de morte após separação conflituosa (MENEGHEL et al., 2017).

Em âmbito mundial, nos últimos anos, ocorreu tendência crescente na taxa de feminicídios, sendo na América Central o local de maior ocorrência. No Brasil, durante o período de 1980 a 2010, houve aumento de 100% na taxa de feminicídios, que passou de 2,3 / 100.000 para 4,6 /100.000 mulheres (MENEGHEL et al., 2017).

No Brasil, mesmo após aprovação da Lei 11.340 no dia 07 de agosto de 2006, chamada de Lei Maria da Penha, a frequência dos crimes de violência contra mulher com desfecho fatal se manteve elevada em comparação com outros países, por isso, o tema ganhou evidência nacional, pois se trata de um problema de saúde pública, por causas externas, que traz grande diminuição da força de trabalho na parcela mais ativa da população feminina, além dos grandes prejuízos de ordem emocional e social gerados nas famílias e nos meios que a vítima estava inserida (GARCIA; FREITAS; HÖFELMANN, 2013).

Diante disso, faz-se necessário entender se existe um perfil específico das mulheres que sofreram feminicídio, o que facilitaria identificar e prevenir esse ato de violência. Assim, esta pesquisa objetivou caracterizar o perfil epidemiológico dos casos de feminicídios registrados no Estado do Amapá entre os anos de 2014 a 2018.

Espera-se, que a partir deste estudo, outros possam dar continuidade nos esforços de minimização deste crime que causa relevante impacto na população feminina e na sociedade geral.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Aspectos legais: Histórico

A violência contra a mulher é reconhecida mundialmente e afeta mulheres de todas as classes sociais, etnias e religiões, caracterizando-se como um problema estrutural e de grande magnitude que tem se mantido historicamente e está atrelado à cultura das sociedades (MACIEL, 2018).

No Brasil, no ano de 2006, foi sancionada a Lei nº 11.340, batizada de Lei Maria da Penha, em homenagem a uma biofarmacêutica que lutou contra toda forma de violência às mulheres, tendo como cenário inicial sua própria residência onde foi vítima de duas tentativas de feminicídio, e, mesmo procurando a polícia e a justiça, seu ex-companheiro permaneceu 19 anos e 6 meses livre até sua condenação (ALVES, 2007; GARCIA; FREITAS; HÖFELMANN, 2013).

A partir dessa lei, foram criados alguns mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Dentre estes mecanismos, destacam-se a implementação de departamento policial especializado de atendimento às vítimas, campanhas educativas para a prevenção da violência contra a mulher e a imposição de medidas protetivas de urgência ao agressor (BRASIL, 2006; GARCIA; FREITAS; HÖFELMANN, 2013).

Mesmo com esses avanços, estudo realizado por Garcia, Freitas e Höfelmann (2013) para avaliar o impacto da Lei Maria da Penha sobre a mortalidade de mulheres por agressões no Brasil, entre os anos de 2001 a 2011, mostrou que os mecanismos criados pela lei não apresentaram impacto sobre a mortalidade de mulheres por agressões.

Dessa forma, após discussões e debates sobre o tema, marcados por divergências político-ideológicas, o feminicídio foi introduzido no Código Penal Brasileiro através da Lei 13.104, de 09 de março de 2015, o qual foi definido por ser praticado contra a mulher por razões da condição de sexo feminino. Esta lei define que há razões de condição de sexo feminino quando o crime envolve violência doméstica e familiar ou menosprezo/discriminação à condição da mulher, além de prever tal circunstância como qualificadora do crime de homicídio, tornando-o crime hediondo (BRASIL, 2015).

Atualmente, são mais de 15 países na América Latina que já apresentam o feminicídio em suas legislações, porém a definição legal varia bastante em cada nação. Variação que ainda divide opiniões ocorreu em Honduras, Nicarágua, Costa Rica e Chile, que exigem que o autor do feminicídio seja um homem. Na legislação brasileira, a mudança na lei não ocasionou aumento de pena entre os homicídios qualificados, diferentemente do que ocorreu na Argentina, onde foi prevista a prisão perpétua (UNODC, 2014; PIRES, 2018).

É fato que as leis criadas correspondem a um avanço na luta contra a violência à mulher, porém, sabe-se que leis por si só não têm poder de alterar instantaneamente a realidade de práticas patriarcais e machistas surgidas no arcabouço do desenvolvimento das sociedades. Assim, necessita-se de discussão sobre igualdade de gênero, produção de conhecimento, protocolos de atuação e ações institucionais, além de políticas correlatas (PIRES, 2018).

Um ponto em comum entre essas mudanças ocorridas no Brasil está no fato de possibilitar uma releitura de sexo e gênero para o feminicídio, o que ainda ocorre de maneira controversa entre as instituições brasileiras (UNODC, 2014). O sexo está ligado a um conjunto de características biológicas recebidas naturalmente, enquanto que o gênero é socialmente construído e é influenciado por diversos fatores, como as diferenças culturais (SPIZZIRRI; PEREIRA; ABDO, 2014). Os poderes legislativo e executivo divergem quanto ao posicionamento em relação a estes conceitos. O executivo prefere noção de gênero enquanto o legislativo opta por suposta neutralidade da justiça, por diferença de sexo (SOUZA, 2019).

A concepção de feminicídio como uma leitura de gênero foi positivada na Lei 11.340/2006 – Lei Maria da Penha, a qual define como violência doméstica e familiar contra a mulher qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial (BRASIL, 2006; PIRES, 2018).

2.2 Epidemiologia do feminicídio

Como mencionado anteriormente, a expressão máxima da violência contra mulher corresponde aos feminicídios, que geralmente são perpetrados por homens, e diferem em diversos aspectos dos assassinatos de homens. Um exemplo está no fato de a maioria terem envolvimento com parceiros, ex-parceiro e decorre de situações

de abuso no domicílio, ameaças, intimidação ou violência sexual ou de situações em que a mulher tem menos poder ou menos recurso que o homem (GARCIA; DA SILVA, 2016).

Segundo a *World Health Organization* (2013), de forma global, 35,6% das mulheres já foram expostas a violência física ou sexual por parceiro íntimo ou não, ou seja, uma em cada três mulheres no mundo já tiveram a experiência de serem submetidas a agressões por conta de gênero.

O crime de feminicídio está em ritmo crescente no mundo e em alguns lugares a impunidade ainda se mantém presente, tendo como principal agente o parceiro íntimo. Em países como Austrália, Canadá, Israel, África do Sul e Estados Unidos, o assassinato de mulheres por parceiro íntimo ou ligado a família está entre 40 e 70%. Na Guatemala, duas mulheres são mortas por feminicídio em média por dia. Em Honduras é considerada a segunda maior causa de morte em mulheres de idade reprodutiva (ACUNS, 2013).

Embora pesquisas de feminicídios sejam melhor fundamentadas em banco de dados da saúde, alguns entraves ainda persistem. No Brasil, taxas de mortalidade específicas podem ser pesquisadas diretamente a partir dos sistemas de informação, porém, na maioria dos casos, resulta em subnotificação. Isso ocorre tanto por problemas na cobertura da assistência ao óbito como na qualidade destes registros, onde muitas causas são identificadas como mal definidas ou não especificadas (GARCIA et al., 2015).

Szwarcwald et al. (2011) em sua pesquisa por busca ativa de óbitos na Amazônia Legal e Nordeste, em 2008, verificaram a ocorrência de grande subnotificação nos sistemas de informação de mortalidade, propondo fatores de correção para a análise correta dos dados do Ministério da Saúde. Na região Norte, o Amapá apresenta o maior fator de correção proposto no estudo, demonstrando a necessidade de melhoras do serviço de notificação e informação.

É importante ressaltar que as pesquisas epidemiológicas sobre o feminicídio se fundamentam, principalmente, em seu conceito mais amplo, que corresponde a qualquer morte de mulheres ocorrida mediante violência (SPINELLI; ZUNINO, 2010; MENEGHEL; HIRAKATA, 2011; NOWAK, 2012; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013; GARCIA et al., 2015). Porém, conforme descrito anteriormente, existe uma norma específica que tipifica o feminicídio, podendo a prática ser enquadrada pelo delegado, na fase de inquérito policial, ou pelo membro do Ministério Público,

mediante apresentação de denúncia ao órgão jurisdicional, o qual, após andamento processual regular, observados o contraditório e a ampla defesa, proferirá sentença, analisando a possibilidade ou não de enquadramento do feminicídio ao caso concreto (PEREIRA, 2018).

2.3 Violência contra mulher como um problema de saúde pública

A luta internacional pelo reconhecimento da dignidade humana teve início relativamente recente. Após Segunda Guerra Mundial, devido às atrocidades cometidas, a humanidade esperava por mudanças e a resposta surgiu com a Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH), em 1948, através da Assembleia das Nações Unidas (UNESCO, 1998; DE AZAMBUJA; NOGUEIRA, 2008). A DUDH teve grande impacto nas nações, principalmente em suas constituições, garantindo proteção jurídica para os direitos humanos e obrigando os Estados a cumpri-la (DE AZAMBUJA; NOGUEIRA, 2008).

A DUDH é considerada “medida padrão” para avaliação dos direitos humanos, a partir desse texto, muitos movimentos foram iniciados para diversos fins tendo objetivo final de garantir a dignidade humana, como para a descolonização de países, direitos cívicos, democracia, bem-estar de crianças e igualdade entre mulheres e homens. Posteriormente à DUDH, outro grande marco em busca de mecanismos de coibição da desigualdade entre homens e mulheres foi a I Convenção para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra as Mulheres, em 1979, organizada pela Organização das Nações Unidas, em que foi reconhecido a violência às mulheres como um crime contra a humanidade (DE AZAMBUJA; NOGUEIRA, 2008).

Dessa forma, muitas outras convenções, conferências e pactos foram realizados reafirmando o problema, definindo a violência e criando mecanismos para coibir toda forma de violência contra as mulheres. Durante as décadas de 1980 e 1990, a Organização Panamericana de Saúde (OPAS) e Organização Mundial de Saúde (OMS) reconheceram que as lesões resultantes de agressão, anteriormente tratadas apenas como causas externas pela CID, deveriam ser chamadas de “violência” (DE AZAMBUJA; NOGUEIRA, 2008).

Para Jorge (2002), a violência difere dos acidentes, ambos classificados como causas externas, pois estes são considerados eventos não intencionais com potencial para gerar lesões de natureza física ou emocionais, que podem ocorrer na dimensão doméstica e outros ambientes sociais. Esta dicotomia baseada na intencionalidade poderia fazer paralelo com os eventos dolosos e culposos do direito, porém essa comparação deve ser feita com cautela pelas diferenças conceituais. A violência se trata de um fenômeno de natureza multicausal que interessa ao setor de saúde pelo número mortes, principalmente na faixa etária produtiva, e necessidade de atendimento médico.

De forma mais específica, a afirmação de que a violência contra a mulher corresponde a um problema de saúde pública surgiu em 1994 através da Conferência Internacional com os ministros de saúde das Américas, pesquisadores e especialistas sobre o tema. Houve o entendimento de que a violência adquiriu caráter endêmico devido ao grande número de vítimas e a gravidade de sequelas físicas e psicológicas. Estes agravos e complicações, por serem tratados nos serviços de urgência e emergências, ou nos serviços de reabilitação, foram considerados responsabilidade da Saúde Pública (DE AZAMBUJA; NOGUEIRA, 2008).

Os estudos epidemiológicos vêm se destinando a estudar, para cada tipo específico de causas externas, os principais fatores que influenciam e levam à sua ocorrência e assim permitir uma compreensão mais ampla deste agravo que gera tanto impacto ao setor econômico e da saúde. Dessa forma, consumo exagerado de bebidas alcoólicas e uso de drogas vem sendo apontados como fatores de risco importantes nesse processo (JORGE, 2002).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Caracterizar o perfil epidemiológico dos casos de feminicídios registrados no Estado do Amapá entre os anos de 2014 a 2018.

3.2 Objetivos específicos

- Indicar a taxa de feminicídios corrigidas no Estado do Amapá no período do estudo.
- Caracterizar a frequência de mortalidade de feminicídios por variáveis epidemiológicas: causa da morte, idade, raça/cor, nível de escolaridade, estado civil, ocupação segundo Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), município de residência, município de ocorrência, local de ocorrência do óbito, se houve assistência médica durante o fato que ocasionou a morte, se foi produzido por meio insidioso e cruel, data e hora do óbito segregando por turnos, dia da semana, mês e ano.
- Analisar a associação entre a causa da morte (por grupo de CID-10) e variáveis epidemiológicas.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 Área do estudo

Estudo realizado na área de epidemiologia e saúde pública.

4.2 Tipo de estudo

Estudo observacional, descritivo, retrospectivo e transversal, com abordagem quantitativa.

Os estudos observacionais ocorrem nos casos em que não há indicação de intervenção na população estudada ou que a própria intervenção esteja ligada a questões éticas que a impossibilite. Correspondem a uma alternativa factível quando os ensaios clínicos randomizados, que hoje são considerados padrão ouro pelas pesquisas biomédicas, não se adequam ao desenho do estudo proposto (MALTA et al., 2010).

Os estudos descritivos apresentam a característica de determinar distribuição de patologias e problemas de saúde pública, segundo tempo, lugar e/ou características dos indivíduos. Assim, este tipo de estudo consegue responder a perguntas como “quando, onde e quem” é submetido às condições que culminam com a redução de sua saúde. Para tal, pode-se utilizar dados secundários, como dados pré-existent de mortalidade e hospitalizações, ou primários, que são coletados para o desenvolvimento do estudo (MALTA et al., 2010).

Os estudos retrospectivos se baseiam em dados que foram armazenados por outros motivos que não o estudo. Este tipo de metodologia pode evidenciar os objetivos da pesquisa, esclarecer hipóteses, identificar problemas de viabilidade de estudos prospectivos e determinar tamanho da amostra (HESS, 2004).

Para os estudos transversais, também conhecidos por estudos de prevalência ou seccionais, avaliam a ocorrência de um evento em uma população em período específico. Assim, baseiam-se na prevalência, tendo todas as mensurações realizadas em um único momento, comparando-se a uma fotografia que obtêm cortes instantâneos sobre o fenômeno estudado. São estudos comumente utilizados em pesquisas de saúde pública e coletiva, pois produzem indicadores globais de saúde para um grupo investigado. Dessa forma, podem ser usados para o planejamento das

necessidades dos serviços de saúde, mapeamento de um evento numa população para melhor caracteriza-la ou para criação de programas de promoção de saúde (LUNARDI, 2020).

A abordagem quantitativa foi escolhida por fazer uso da quantificação, desde a coleta até o tratamento das informações, permitindo o uso de testes estatísticos que analisem o evento e reduzam as chances de distorções, tanto dos resultados quanto das interpretações, permitindo assim maior margem de segurança (DIEHL; TATIM, 2004).

4.3 População do estudo e critérios de inclusão e exclusão

Mulheres de todas as idades, raças e religiões, vítimas de feminicídio com declaração de óbito preenchida e encaminhada para a Superintendência de Vigilância em Saúde (SVS) do Estado do Amapá. Para tal, foi considerada a definição mais ampla de feminicídio que compreende qualquer morte de mulher por violência (SPINELLI; ZUNINO, 2010; MENEGHEL; HIRAKATA, 2011; NOWAK, 2012; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013; GARCIA et al., 2015). Assim, foram consideradas para este estudo as causas de morte de mulheres definidas nos códigos X85-Y09 (agressões) da Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10).

- Critérios de inclusão: feminicídios cadastrados através da declaração de óbito na Superintendência de Vigilância em Saúde no capítulo 20 do CID-10, na sessão que compreende as agressões (X85-Y09).
- Critérios de exclusão: amostras com impossibilidade de rastreamento do nome da vítima pela necessidade de cruzamentos de dados com a Polícia Científica do Amapá (PCA)

Esta pesquisa utilizou de dados categóricos e métodos não paramétricos, por esse motivo, para as variáveis que apresentaram dados faltantes ocorreu a substituição destas pela mediana (LITTLE; RUBIN, 2019). Dados faltantes são frequentes durante a fase de coleta de dados em estudos observacionais e experimentais, a presença de valores ausentes reduz a quantidade da amostra, prejudica a análise estatística, e eventualmente, a confiabilidade dos dados, podendo causar viés nos resultados. A substituição de dados faltantes por tratamento

estatístico pode ocorrer por abordagem de modelagem explícita ou implícita (KWAK; KIM, 2017).

A abordagem por modelagem explícita assume que as variáveis apresentam certa distribuição preditiva e assim estima os parâmetros de cada distribuição. Dessa forma, utiliza métodos como média, mediana, probabilidade, razão, regressão preditiva e suposição de distribuição. Para a abordagem de modelagem implícita, são empregados algoritmos gerados por programas para imputação precisa de valores. Em algumas metodologias podem ser usados tanto métodos de abordagem de modelagem explícita quanto implícita (KWAK; KIM, 2017).

4.4 Período e local do estudo

Esta pesquisa foi desenvolvida com dados coletados na SVS e PCA, referentes ao período de janeiro de 2014 a dezembro de 2018. Este período de 5 anos de estudo foi escolhido pela possibilidade de obtenção dos dados já informatizados.

Para o local, foi escolhido o Estado do Amapá, com 16 municípios, para se obter a população do estudo. O Estado do Amapá está localizado na região amazônica, no Norte do Brasil e faz fronteira, internamente, com o Estado do Pará, e externamente, com a Guiana Francesa e Suriname (REBELO PORTO; CALDAS; LOMBA, 2014). Apresenta todo o seu território à margem esquerda do rio Amazonas, e quanto a seu clima, solo, geologia, morfologia, flora e fauna, é parte integrante da região amazônica (DRUMMOND; PEREIRA, 2007). Com uma população estimada segundo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para o ano de 2020 de 861.773 habitantes, o Amapá está entre cinco Estados menos populosos do Brasil (IBGE, 2020).

No Estado do Amapá, em julho de 2017, através da Lei Estadual 2209/2017, foi criada a Superintendência de Vigilância em Saúde (SVS) com o objetivo de unir e criar um sistema que interligasse os seguintes órgãos: Coordenadoria de Vigilância em Saúde (CVS), Laboratório Central de Saúde Pública (LACEN) e Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST). Trata-se de autarquia estadual com personalidade jurídica de direito público com objetivo de promover vigilância à saúde da população através do planejamento, monitoramento e cooperação técnica. Para tal, são promovidas ações para vigilância em saúde epidemiológica, sanitária,

ambiental, saúde do trabalhador, controle de endemias e vigilância laboratorial (SVS, 2017).

A PCA foi criada a partir da Polícia Civil do Estado do Amapá (PCAP), porém em 1992, por Lei Estadual Nº 0019/1992, ganhou autonomia administrativa ao se desvincular da instituição de origem. Esta mudança foi pioneira no Brasil e motivou outros centros a realizarem o mesmo procedimento, o que já é bem fundamentado em outros países (SANTOS, 2011).

Dentre as diversas funções da PCA, a principal corresponde a elaboração de laudos periciais baseados em procedimentos bem fundamentados na literatura. Existem três cargos de peritos, que são os peritos criminais, peritos médico-legistas e peritos odonto-legistas. Em resumo, os peritos criminais são encarregados por fazer laudos de local de crime, que podem envolver, adicionalmente, laudos de laboratório. Os peritos médico-legistas fazem laudos a partir do corpo humano, como laudos de lesão corporal, embriaguez, conjunção carnal, ato libidinoso ou necropsias. Por fim, os peritos odonto-legistas fazem laudos que tenham lesões em dentes ou em região bucal, ou até de identificação a partir da antropologia odontolegal (AMAPÁ, 2010).

4.5 Coleta, tratamento dos dados e análise

Os dados foram coletados dos sistemas de informação da SVS, a partir das informações dos campos de declarações de óbito, os quais foram cruzados com o banco de dados da Polícia Científica do Amapá através do nome das vítimas para se obter os laudos de necropsia. Na ocorrência de homônimos, seria utilizado para diferenciação a idade e nome dos pais. Todos os procedimentos foram realizados após assinatura do termo de anuência das instituições (ANEXOS A e B).

Romio (2017) demonstra em sua tese de doutorado que estudos sobre feminicídios baseados em dados do setor de saúde, como exemplo as Declarações de Óbito, apresentam melhor desenvolvimento dos que utilizam base de dados do setor jurídico, posto que são contaminados estruturalmente pelo sexismo em suas averiguações e documentações dos casos, além de que muitos documentos estão sob sigilo ou não estão devidamente identificados.

Foram coletados dados como nome, causa da morte, idade, raça/cor, nível de escolaridade, estado civil, ocupação segundo Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), município de residência, município de ocorrência, local de ocorrência do óbito,

se houve assistência médica durante o fato que ocasionou a morte, se foi produzido por meio insidioso e cruel, data e hora do óbito segregando por turnos, dia da semana, mês e ano.

Após tabulação dos dados provenientes das instituições, foi construído o consolidado geral, planilha na qual as vítimas de feminicídio foram organizadas em cada linha por data do óbito e cada coluna representou uma característica epidemiológica estudada. Posteriormente, os nomes foram substituídos por códigos E1, E2, E3...En para garantir a confidencialidade das informações em conformidade resolução 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

A análise preliminar dos dados consistiu em processar as informações coletadas de forma conveniente para a posterior análise definitiva. Foi verificada a qualidade dos dados para identificar a presença de erros, dados faltantes ou outras peculiaridades. Após estes procedimentos iniciais, realizou-se a análise descritiva com resultados de frequência.

Os valores de frequência encontrados foram corrigidos em duas etapas conforme metodologia proposta e validada por Garcia e colaboradores (2015) para sanar e estimar o problema da subnotificação de dados secundários provenientes dos bancos oficiais.

A primeira etapa consistiu em corrigir proporcionalmente os óbitos por agressão (X85-Y09) a partir daqueles classificados como eventos cuja intenção é indeterminada (Y10-Y34). Nesse sentido, encontrou-se a porcentagem de óbitos por agressão (X85-Y09) dividindo este pelo total de óbitos por outras causas externas não acidentais, excluídas as de intenção indeterminada: outras causas externas de traumatismos acidentais (W00-X59), lesões autoprovocadas intencionalmente (X60-X84), agressões (X85-Y09) e intervenções legais (Y35). O resultado foi multiplicado pelo número de óbitos cuja intensão é indeterminada (Y10-Y34) e posteriormente somado com o número de óbitos por agressões (X85-09), conforme figura 01 (GARCIA et al., 2015).

Figura 01 – Fórmula para a correção proporcional dos casos de feminicídios classificados como agressões (X85 – Y09) a partir dos casos cuja intenção é indeterminada (Y10 – Y34).

$$\left[\frac{\text{óbitos por agressão}}{\text{outras causas externas de traumatismos acidentais} + \text{lesões autoprovocadas intencionalmente} + \text{agressões} + \text{intervenções legais}} \right] \times \text{intenção é indeterminada} + \left[\text{óbitos por agressão} \right]$$

Fonte: Metodologia proposta por Garcia e colaboradores (2015).

A segunda etapa foi realizada multiplicando os valores encontrados na primeira etapa por um fator de correção. Os valores dos fatores de correção foram propostos e produzidos no estudo de Szwarcwald e colaboradores (2011) que estimou a cobertura dos sistemas de informação a partir de busca ativa de óbitos na Amazônia Legal e Nordeste. Através de modelos estatísticos multivariados foi permitido generalizar para outros estados e municípios. O Amapá, segundo o autor, apresentou valor de correção para as taxas de mortalidade de 1,23.

Através das frequências corrigidas de feminicídios, foram calculadas as taxas de feminicídio por 100.000 mulheres tendo como denominador o total da população feminina de acordo com a projeção da população do Brasil e Unidades da Federação para o período de 2010-2060 do IBGE (IBGE, 2016).

Referente a estatística inferencial, foi verificada a significância entre as variáveis através do teste do Qui-quadrado de Pearson, sendo considerados relevantes os resultados com $p \leq 0,05$, a partir do programa *Statistical Package for the Social Science* (Pacote Estatístico para Ciências Sociais - SPSS) versão 26.0 desenvolvido pela *International Business Machines Corporation*. Para a variável independente foi considerado a causa da morte por grupo de CID-10, e para as variáveis dependentes foram considerados: idade, raça/cor, nível de escolaridade, estado civil, ocupação segundo Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), município de residência, município de ocorrência, local de ocorrência do óbito, se houve assistência médica durante o fato que ocasionou a morte, se foi produzido por meio insidioso e cruel, data e hora do óbito segregando por turnos, dia da semana, mês e ano.

Para a construção dos gráficos e tabelas foram utilizados os programas Excel e Word, componentes do pacote Office 2020 da *Microsoft Corporation*.

4.6 Aspectos éticos

O estudo seguiu os princípios éticos da Declaração de Helsinque (ASSOCIAÇÃO MÉDICA MUNDIAL, 1964) e atendeu as considerações éticas dispostas na resolução 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, ao qual foi aprovado com CAAE 30698120.5.0000.0003 através do parecer Nº 4.162.449 do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amapá (ANEXO C) (BRASIL, 2012).

4.7 Riscos

Segundo a Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, toda pesquisa está sujeita a riscos. O risco desta pesquisa estava ligado a divulgação de informações ou o compartilhamento de dados individuais, que poderiam causar prejuízos aos familiares das vítimas na medida em que poderiam se sentir constrangidos pela exposição de fatos relacionados ao óbito de seu ente querido. Nesse caso, ocorreria tal situação se fosse quebrado a confidencialidade uma vez que nesta pesquisa foi mantido o sigilo da periciada. O pesquisador tomou as medidas necessárias para manter a confidencialidade dos dados (BRASIL, 2012)

4.8 Benefícios

Esta pesquisa apresenta benefícios de ordem coletiva, pois possibilita um maior entendimento sobre as mortes por feminicídios no Estado do Amapá e sua possível relação com fatores culturais e ambientais locais. Assim, possibilitará melhorias no rastreamento e nas medidas preventivas de combate à violência contra a mulher. Não houve, em qualquer condição, benefícios de natureza financeira.

5 RESULTADOS

De acordo com a análise descritiva e a tabela 01, durante o período de janeiro de 2014 a dezembro de 2018 ocorreram 95 mortes de mulheres por agressão (X85-Y09) no Estado do Amapá, tendo uma taxa bruta global de 4,78 óbitos por 100.000 mil mulheres. Após primeira correção dos óbitos, esse número aumenta para 102 tendo uma taxa bruta global de mortalidade corrigida de 5,13 óbitos por 100.000 mulheres. Com a segunda correção, o número de óbitos passa para 126, com taxa bruta global corrigida final de 6,34 óbitos por 100.000 mulheres. Essa diferença de 31 óbitos, do valor inicial (95) para o final (126) corresponde a uma subnotificação de 24,6%.

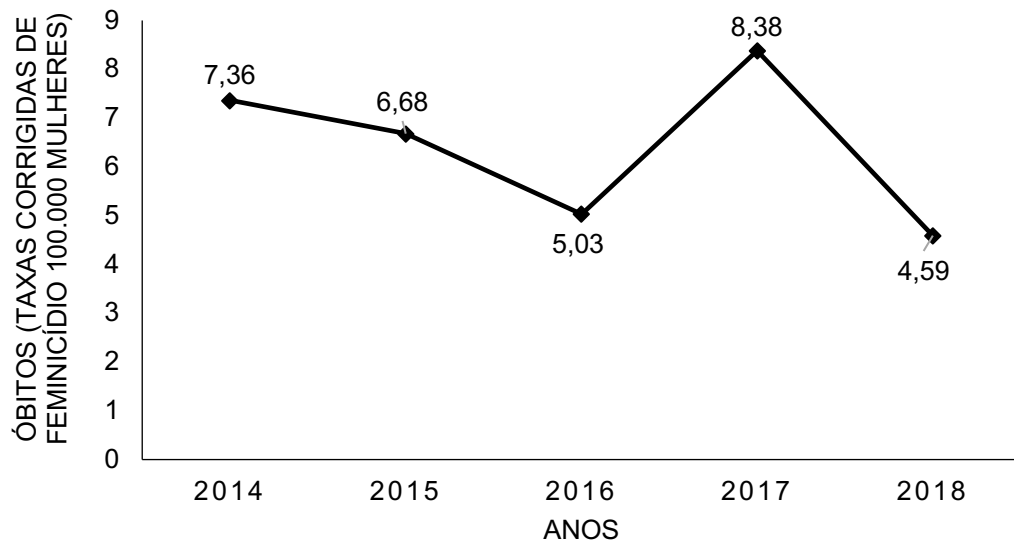
Tabela 01 – Taxas de feminicídio por 100.000 mulheres no Estado do Amapá entre os anos de 2014 a 2018.

Ano	Feminicídios	Feminicídios corrigidos primeira etapa	Feminicídios corrigidos segunda etapa	Fator de correção	Taxa de mortalidade	Taxa de mortalidade e corrigida primeira etapa	Taxa de mortalidade e corrigida segunda etapa
2014	20	23	28	1,23	5,26	6,05	7,36
2015	18	22	26	1,23	4,63	5,66	6,68
2016	15	16	20	1,23	3,77	4,03	5,03
2017	27	27	34	1,23	6,65	6,65	8,38
2018	15	15	19	1,23	3,62	3,62	4,59
TOTAL	95	102	126	1,23	4,78	5,13	6,34

Fonte: Dados coletados da SVS, IBGE em sua projeção da população de 2010 a 2060, fator de correção proveniente do estudo de Szwarcwald e colaboradores (2011).

Conforme a figura 02, a taxa de feminicídios corrigida apresentou redução desde 2014, passou de 7,36 a 5,03 em 2016, com pico de 8,38 em 2017 e novamente redução em 2018, com taxa de mortalidade de 4,59.

Figura 02 – Taxas corrigidas de feminicídio por 100.000 mulheres no Estado do Amapá entre os anos de 2014 a 2018.



Fonte: Dados coletados da SVS entre os anos de 2014 a 2018 e IBGE em sua projeção da população de 2010 a 2060 (IBGE, 2016).

De acordo com a tabela 02, a principal causa de morte nos casos de feminicídios, no Amapá entre os anos de 2014 a 2018 foi por uso de arma de fogo (40,0%), seguido por meio cortante ou penetrante (37,9%) e por enforcamento, estrangulamento e sufocação (8,4%). Analisando-se apenas a capital Macapá, a partir da tabela 03, 50% de todos os feminicídios ocorreram por arma de fogo, seguido de meio cortante ou penetrante com 31% e enforcamento, estrangulamento e sufocação com 10,3% do total.

Tabela 02 – Frequência de feminicídios segundo causa da morte (grupo de CID-10*) no Estado do Amapá entre os anos de 2014 a 2018.

Grupo de CID-10 (<i>causa mortis</i>)	Amostra (n)	Frequência (%)
Agressão por enforcamento, estrangulamento e sufocação	8	8,4
Agressão por uso de arma de fogo	38	40,0
Agressão por meio de fumaça, fogo e chamas	1	1,1
Agressão por meio de objeto cortante ou penetrante	36	37,9
Agressão por meio de um objeto contundente	7	7,3
Agressão por meio de impacto de um veículo a motor	1	1,1
Negligência e abandono e maus tratos	3	3,1
Agressão por meios não especificados	1	1,1

Fonte: Dados coletados da SVS entre os anos de 2014 a 2018.

* Classificação Internacional de Doenças 10ª edição.

Tabela 03 - Frequência de feminicídios segundo causa da morte (grupo de CID-10*) na capital Macapá entre os anos de 2014 a 2018.

Grupo de CID-10 (<i>causa mortis</i>)	Amostra (n)	Frequência (%)
Agressão por enforcamento, estrangulamento e sufocação	6	10,3
Agressão por uso de arma de fogo	29	50,0
Agressão por meio de fumaça, fogo e chamas	1	1,7
Agressão por meio de objeto cortante ou penetrante	18	31,0
Agressão por meio de um objeto contundente	1	1,7
Agressão por meio de impacto de um veículo a motor	0	-
Negligência e abandono e maus tratos	3	5,3
Agressão por meios não especificados	0	-

Fonte: Dados coletados da SVS entre os anos de 2014 a 2018.

* Classificação Internacional de Doenças 10ª edição.

De acordo com a tabela 04, que apresenta as variáveis socioeconômicas, para a idade, a maior frequência de feminicídios foi encontrada na população adulta jovem, de 21 a 30 anos (31,6%), seguido da idade de 31 a 40 anos (23,2%) e da idade de ≤ 20 anos (18,9%). Para a cor/raça houve predominância da cor parda (87,4%), seguido da cor branca (9,5%) e cor preta (2,0%). Para o nível de escolaridade, houve predominância para os feminicídios que ocorreram em mulheres com ensino médio completo (44,2%), seguido das que possuíam ensino superior incompleto (21,1%) e fundamental II (16,8).

Quanto ao estado civil, a maioria ocorreu entre mulheres solteiras (89,4%), seguido de mulheres casadas (4,2%). As mulheres que eram separadas judicialmente e que possuíam união estável, tiveram frequência de 3,2% cada. Quanto à ocupação, a maioria dos casos de feminicídios ocorreram entre mulheres estudantes (44,0%), seguido de mulheres donas de casa (29,3%) e de aposentadas e pensionistas (3,2%) (tabela 04).

Tabela 04 – Frequência de feminicídios segundo variáveis socioeconômicas (idade, cor/raça, escolaridade, estado civil, ocupação) no Estado do Amapá entre os anos de 2014 a 2018.

Idade	Amostra (n)	Frequência (%)
≤ 20 anos	18	18,9
21 - 30 anos	30	31,6
31 - 40 anos	22	23,2
41 - 50 anos	13	13,7
51 - 60 anos	8	8,4
≥ 61 anos	4	4,2
Cor/raça		
Branca	9	9,5
Preta	2	2,0
Amarela	1	1,1
Parda	83	87,4
Indígena	0	-
Escolaridade		
Sem escolaridade	3	3,2
Fundamental I (1ª a 4ª série)	4	4,2
Fundamental II (5ª a 8ª série)	16	16,8
Médio	42	44,2
Superior incompleto	20	21,1
Superior completo	10	10,5
Estado civil		
Solteira	85	89,4
Casada	4	4,2
Separada judicialmente/Divorciada	3	3,2
União estável	3	3,2
Ocupação		
Cozinheira	2	2,1
Serviço de limpeza pública	1	1,1
Dona de casa	28	29,3
Estudante	42	44,0
Babá	2	2,1
Vigilante	1	1,1
Comerciante varejista	2	2,1
Psicóloga	1	1,1
Cabelereira	1	1,1
Área da saúde	2	2,1
Agricultura	2	2,1
Aposentada/pensionista	3	3,2
Doméstica	2	2,1
Ambulante	1	1,1
Pedagoga	2	2,1
Recepcionista	1	1,1
Autônoma	1	1,1
Operadora de máquinas	1	1,1

Fonte: Dados coletados da SVS entre os anos de 2014 a 2018.

Segundo o município de residência (tabela 05) o predomínio dos feminicídios ocorreu na cidade de Macapá (61,0%), capital do Estado, seguido de Santana (17,8%) e Laranjal do Jari (6,2%). Para o município de ocorrência, ocorreu predomínio para Macapá (61,0%), Santana (15,7%) e Laranjal do Jari (6,2). Quanto ao local de ocorrência do óbito, a maioria dos feminicídios tiveram desfecho no hospital (28,4%), seguido do domicílio (26,3%), outros (24,2) e via pública (17,9%). Não houve nenhum registro de feminicídio em área indígena no período do estudo.

Tabela 05 – Frequência de feminicídios segundo município de residência, município de ocorrência e local de ocorrência do óbito no Estado do Amapá entre os anos de 2014 a 2018.

Município de residência óbito	Amostra (n)	Frequência (%)
Macapá	58	61,0
Porto Grande	1	1,1
Laranjal do Jari	6	6,2
Santana	17	17,8
Oiapoque	2	2,1
Pracuúba	1	1,1
Cutias	3	3,2
Serra do Navio	1	1,1
Mazagão	4	4,2
Itaubal	1	1,1
Almeirim	1	1,1
Município de ocorrência do óbito		
Macapá	58	61,0
Porto Grande	5	5,3
Laranjal do Jari	6	6,2
Santana	15	15,7
Oiapoque	3	3,2
Pracuúba	1	1,1
Cutias	2	2,1
Serra do Navio	2	2,1
Mazagão	1	1,1
Calçoene	1	1,1
Tartarugalzinho	1	1,1
Local de ocorrência do óbito		
Hospital	27	28,4
Outro estabelecimento de saúde	3	3,2
Domicílio	25	26,3
Via pública	17	17,9
Outros	23	24,2
Aldeia	0	-

Fonte: Dados coletados da SVS entre os anos de 2014 a 2018.

Quanto a assistência médica, (tabela 06), apenas 27,4% das vítimas de feminicídio tiveram tempo de ser atendida pela equipe de saúde, e em referência ao meio empregado, 13,7% foram caracterizados no laudo de necropsia como cruel e insidioso.

Tabela 6 – Frequência de feminicídios de acordo com a assistência médica e com o meio, se insidioso e cruel no Estado do Amapá entre os anos de 2014 a 2018.

Se houve assistência médica durante a situação que ocasionou o óbito	Amostra (n)	Frequência (%)
Sim	26	27,4
Não	69	72,6
Se ocorreu por meio insidioso e cruel		
Sim	13	13,7
Não	82	86,3

Fonte: Dados coletados da SVS e PCA entre os anos de 2014 a 2018.

De acordo com tabela 07, os casos de feminicídios ocorreram majoritariamente nos meses de outubro (15,7%), seguido do mês de novembro (13,6%) e por fim dezembro e agosto (9,5% %). Para frequência de feminicídios de acordo com o dia da semana, houve predomínio de óbitos para os dias de domingos e quartas-feiras, ambas com 21,1%, seguido das terças-feiras com 15,7%. Para os turnos de acometimento de feminicídios, a maioria dos óbitos ocorreu no turno da tarde com 34,7%, seguido do noturno com 29,5% e madrugada com 21,1%.

Tabela 07 – Frequência de feminicídios segundo mês, dia e turno do óbito no Estado do Amapá entre os anos de 2014 a 2018.

Mês do óbito	Amostra (n)	Frequência (%)
Janeiro	7	7,4
Fevereiro	5	5,3
Março	7	7,4
Abril	6	6,3
Maio	6	6,3
Junho	6	6,3
Julho	5	5,3
Agosto	9	9,5
Setembro	7	7,4
Outubro	15	15,7
Novembro	13	13,6
Dezembro	9	9,5
Dia do óbito		
Domingo	20	21,1
Segunda	10	10,5
Terça	15	15,7
Quarta	20	21,1
Quinta	11	11,6
Sexta	11	11,6
Sábado	8	8,4
Horário do Óbito		
Madrugada (00:00 - 05:59)	20	21,1
Manhã (06:00 - 11:59)	14	14,7
Tarde (12:00 - 17:59)	33	34,7
Noite (18:00 - 23:59)	28	29,5

Fonte: Dados coletados da SVS entre os anos de 2014 a 2018.

Para a análise inferencial (tabela 08), buscou-se associação com o teste Qui-Quadrado de Pearson entre a causa da morte por grupo de CID-10 (tabela 02) e variáveis epidemiológicas. Houve associação entre causa da morte e município de residência ($p=0,0001$), entre causa da morte e município de ocorrência ($p=0,044$), entre causa da morte e local de ocorrência do óbito ($p=0,027$) e entre causa da morte e idade ($p=0,012$).

Tabela 08 – Associação entre causa da morte por grupo de CID-10* e variáveis epidemiológicas para os casos de feminicídios no Estado do Amapá entre os anos de 2014 a 2018.

Variáveis dependentes	p-valor
Idade	0,012**
Cor/raça	0,481
Nível de escolaridade	0,074
Estado civil	0,630
Ocupação	1,000
Município de residência	0,000**
Município de ocorrência	0,044**
Local de ocorrência do óbito	0,027**
Se houve assistência médica	0,572
Se ocorreu por meio insidioso e cruel	0,001**
Mês do óbito	0,066
Dia da semana do óbito	0,593
Turno do óbito	0,961

Fonte: Dados coletados da SVS entre os anos de 2014 a 2018.

* Classificação Internacional de Doenças 10ª edição.

** Resultados de p-valor $\leq 0,05$ de acordo com o teste Qui-quadrado de Pearson.

Para os dados faltantes, dentre as 14 variáveis do estudo, 7 apresentaram algum grau de substituição pela mediana. De acordo com a tabela 09, a variável com maior grau de substituição foi ocupação com 26,32%, seguido de meio insidioso e cruel com 24,21% e se houve assistência médica, com 21,05%.

Tabela 09 – Porcentagem de dados faltantes por variável epidemiológica para os casos de feminicídio no Estado do Amapá entre os anos de 2014 a 2018.

Variável	Frequência
CID*	0
Idade	0
Cor/raça	5,26%
Nível de escolaridade	5,26%
Estado civil	6,32%
Ocupação	26,32%
Município de residência	0
Município de ocorrência	0
Local de ocorrência do óbito	0
Se houve assistência médica	21,05%
Se ocorreu por meio insidioso e cruel	24,21%
Mês do óbito	0
Dia da semana do óbito	0
Turno do óbito	11,58%

Fonte: Dados coletados da SVS e PCA entre os anos de 2014 a 2018.

* Classificação Internacional de Doenças 10ª edição.

6 DISCUSSÃO

Estudo internacional realizado por Waiselfisz (2015) demonstrou a magnitude do feminicídio na América Latina. Utilizando base de dados da OMS, com informações de mortalidade de mulheres por agressão e por países, entre os anos de 2010 a 2013, foi encontrado que dentre os dez primeiros países, sete foram das Américas. El Salvador como primeiro no ranking de feminicídio, com taxa de 8,9 óbitos por 100.000 mulheres, seguido da Colômbia, com 6,3, e Guatemala, com 6,2. O Brasil, à época, estava em quinto lugar no ranking de feminicídio entre 83 países, com uma taxa de 4,8 óbitos por 100.000 mulheres. Embora o período diferente, o Amapá, neste estudo, apresentou taxa semelhante ao do Brasil.

Apesar de estar bem fundamentado as mortes de mulheres por parceiro íntimo nos países que possuem as maiores taxas de feminicídio, um outro fator igualmente importante corresponde aos ataques promovidos por grupos liderados pelo crime organizado (UNHR, 2014). As altas taxas nesses países latinos, especialmente em El Salvador, Honduras e Guatemala estão relacionadas ao padrão histórico de violência e abuso contra as mulheres em que grupos de extermínio e guerras civis deixaram um legado de violência, intimidação e impunidade (JOSEPH, 2017).

Altas taxas de mortes violentas de mulheres também parecem possuir ligação direta com a prevalência de normas patriarcais que existem há séculos, que presumem que estas são propriedades dos homens e assim devem ser tratadas conforme sua disposição (YAGOUB, 2016), além dos papéis tradicionalmente pressupostos pela sociedade para a mulher, que normalizam atos e comportamentos violentos e ainda atribuem culpa às vítimas (ELLA, 2013).

A partir dos dados de pesquisa com metodologia semelhante e período aproximado, de Roichman (2020), no Brasil, nos anos de 2013 a 2017, a taxa de feminicídio global sem correção foi de 4,58, este número, após segunda etapa de correção passou para 5,67 óbitos por 100.000 mulheres. Dessa forma, embora o Amapá tenha apresentado uma redução dos casos, a média das taxas de feminicídios por 100.000 mulheres, nos anos de 2014 a 2018, foram maiores que a média nacional (ROICHMAN, 2020).

Uma possível explicação para essa diferença entre as taxas do Amapá e a Nacional pode estar no nível de violência existente na região Norte do país. Macapá, capital do Estado, segundo Anuário Brasileiro de Segurança Pública de 2014 a 2017, ocupou a posição 40 entre as 50 cidades mais violentas do mundo, e a 5ª posição no ranking das capitais mais violentas do país. Nesse período, o ano de 2017 apresentou um aumento de 52,9% de homicídio doloso em comparação com os patamares encontrados no ano de 2014 (BRASIL, 2018).

Fazendo comparação por ano, com os resultados encontrados ainda no estudo de Roichman (2020), pode-se observar que o Estado do Amapá acompanha as taxas nacionais com uma redução dos casos até 2016 e crescimento em 2017. Resultado semelhante quanto à frequência é encontrado ao se analisar o Atlas da Violência entre os anos de 2014 a 2018, onde o Brasil apresenta redução da taxa de mortes de mulheres por violência ao longo do período, com aumento isolado em 2017 (BRASIL, 2020).

Este aumento isolado de casos de feminicídio pode estar relacionado com o crescimento da violência registrada no Brasil, principalmente nos Estados do Norte e Nordeste, no ano de 2017. Este ano foi marcado por um período de guerra sangrenta entre as duas maiores facções penais no Brasil, a saber, Primeiro Comando da Capital e Comando Vermelho. A consequente paz entre as facções, em 2018, pode justificar a baixa dos homicídios, feminicídios e violência de forma geral neste ano (BRASIL, 2020).

Fazendo uma comparação com os dados encontrados no Atlas da Violência, a médias de taxa de morte de mulheres por violência no Brasil nos anos de 2014 a 2018 foi de 4,5 por 100.000 mulheres (BRASIL, 2020). No Amapá, no mesmo período, através desta pesquisa, a taxa de feminicídio encontrada sem correção foi de 4,78 por 100.000 mulheres, corroborando o que foi encontrado comparando com estudo de Roichman (2020), onde a média do Estado do Amapá permanece acima da média nacional para o período.

Comparando-se as taxas de feminicídio por ano, através do Atlas da Violência, o Estado do Amapá apresentou dois anos com taxa menor que a nacional, correspondendo ao ano de 2016, com taxa de 3,77 feminicídios por 100.000 mulheres, em contraste com a taxa nacional de 4,5; e 2018 com taxa de 3,62 feminicídios por 100.000 mulheres e taxa nacional de 4,3 (BRASIL, 2020).

Garcia et al. (2015) estimaram as taxas de feminicídio corrigidas proporcionalmente no Brasil, de 2009 a 2011, verificando uma taxa de mortalidade de 5,86 a cada 100.000 mulheres. Os mesmos autores quando dividiram por regiões do país, encontraram taxas mais elevadas no Nordeste, Centro-Oeste e Norte (6,93, 6,88 e 6,43 óbitos a cada 100.000 mulheres, respectivamente), enquanto que mais baixas nas regiões Sul e Sudeste (5,07 e 5,09 óbitos por 100.000 mulheres, respectivamente).

No período de 2011 a 2013, Garcia e da Silva (2016) evidenciaram um aumento discreto nos números de feminicídio, pois analisando esses óbitos estimaram uma taxa corrigida de mortalidade de 5,87 óbitos a cada 100.000 mulheres. As taxas mais elevadas foram encontradas nas regiões Centro-Oeste, Nordeste e Norte (7,81, 7,31 e 7,26 óbitos por 100.000 mulheres), permanecendo o que havia sido encontrado por Garcia et al. (2015). Embora em períodos diferentes, estes dois últimos estudos mostram a prevalência do feminicídio na região Norte e Nordeste.

Segundo o Mapa da Violência, os Estados com maiores taxas de óbitos por 100 mil mulheres nos anos de 2014 a 2018 corresponderam a Roraima, Ceará e Acre, com taxa de 12,42, 7,00 e 6,44, respectivamente (BRASIL, 2020). Estas informações mais recentes corroboram os resultados obtidos por Garcia et al. (2015) e Garcia e da Silva (2016), onde as regiões Norte e Nordeste permanecem na liderança do ranking de feminicídios no país.

A distribuição epidemiológica do feminicídio é variável de acordo com alguns estudos, porém, infere-se que há um aumento deste tipo de violência em localidades onde a cultura ainda é patriarcal (CARVALHO, 2019). Estudo de Norte et al. (2016) mostra que na região Nordeste, nos anos de 1996 a 2012, houve aumento nos casos de feminicídios corrigidos, tendo as maiores taxas médias nos Estados de Pernambuco, com 8,90, e Alagoas com 6,98 feminicídios por 100.000 mulheres.

Em análise da frequência de feminicídios segundo causa morte, houve uma diferença de proporção observada do Estado em comparação com a capital Macapá, onde as ocorrências por armas de fogo nesta chegam a 50% do total (tabela 03), em detrimento àquela com 40% (tabela 02).

Devido o número da população de feminicídios por município não ter sido tão expressiva neste estudo, optou-se pela análise das causas no Estado e, especificamente, pela capital Macapá. Esta diferença de proporção em análise geral e da capital encontrada, onde a ocorrência de feminicídio por arma de fogo nesta

corresponde à metade dos casos, pode estar relacionada com a maior facilidade de acesso a armamento na capital. A facilidade de acesso a arma de fogo e sua presença no domicílio constitui maior risco a crimes de homicídio, e assim ao feminicídio (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015; LOTT; MOODY; WHITLEY, 2016).

Estudo realizado nos Estados Unidos da América (EUA), nos anos de 1981 a 2013, indicam a relação entre posse de arma de fogo e morte de mulheres por agressores íntimos. De acordo com o estudo, quanto maior a facilidade de acesso a armas de fogo, maior o risco de morte violenta de mulheres. O mesmo estudo mostra que, para cada aumento de 10 pontos percentuais na proporção de posse de armas de fogo em um Estado, ocorre o aumento em 10,2% na taxa de morte de mulheres por agressor não conhecido e 7,8% por agressor conhecido (SIEGEL; ROTHMAN, 2016).

O Brasil está entre os países que mais apresentam mortes por uso de arma de fogo no mundo. No ano de 2016, 50,5% de todas as mortes do mundo por arma de fogo ocorreram em seis países, os quais possuíam menos de 10% da população global (Brasil, Estados Unidos, México, Colômbia, Venezuela e Guatemala) (NAND et al., 2018). Nota-se a importância da relação entre posse de armas, morte por armas de fogo e feminicídio evidenciando que três dos países com maior taxa de mortes por armas de fogo também lideram o ranking de feminicídio conforme descrito por Waiselfisz (2015).

No Brasil, nos anos de 2009 a 2011, Garcia et al. (2015), apresentou taxa semelhante a este estudo para os casos de feminicídios por arma de fogo na capital, com 50,2%. A mesma autora, em estudo para os anos de 2011 a 2013, apresentou taxa semelhante, com 49% (GARCIA; DA SILVA, 2016). Estas informações corroboram com Roichman (2020) em estudo no Brasil nos anos de 1996 a 2017, onde a média de feminicídios correspondeu a metade dos casos.

Dessa forma, percebe-se que existe uma evolução com aumento na porcentagem de mortes de mulheres por armas de fogo, tendo os interiores, locais onde o acesso a armas é dificultoso, taxas menores em relação à capital com estabilização em torno de 50% do total, em consonância com frequência encontrada em estudos nacionais e internacionais (GARCIA et al., 2015; GARCIA; DA SILVA, 2016; NAND et al., 2018; ROICHMAN, 2020).

Embora as mortes por arma de fogo tenham sido predominantes, de acordo com a tabela 02, em análise do Estado do Amapá, as mortes por meio cortante ou

penetrante apresentaram valor próximo. Diferente do que foi encontrado nesta pesquisa, em estudo realizado em Estado vizinho, no Pará, especificamente em Belém, mostrou que nos anos de 2011 a 2015 a maioria das mortes violentas de mulheres decorreu de meio cortante ou penetrante (33,3%), tendo as mortes por arma de fogo o segundo lugar (20%) (TOLOSA; CHAGAS; LIMA, 2020).

Para o estudo da frequência de feminicídios por idade, foi observado maior porcentagem na população jovem e adulto jovem. Este perfil de mortes de mulheres por violência apresenta grande impacto na sociedade, tanto economicamente quanto socialmente, por se tratar da população economicamente ativa (RODRIGUES; RAUPP, 2020).

Duvvury, Carney e Nguyen (2012) propuseram um modelo conceitual que aborda os impactos do feminicídio íntimo na economia e sociedade. Este modelo evidencia a existência de um fluxo que começa com o feminicídio íntimo, em que gera fatores micro, como perda de capital humano, morte prematura, despesas hospitalares, custos nas esferas policial, judiciária e prisional, saúde psicológica e impacto nos familiares; e fatores macro, que são os custos diretos e indiretos à economia e ao bem-estar da sociedade. Os fatores micro são agrupados em 3 categorias, que são a produtividade (diminuição da capacidade de trabalho), o trauma (impacto na saúde mental) e os serviços públicos (realocação de recursos).

Em estudo realizado na Espanha que buscou traçar o perfil epidemiológico do feminicídio entre os anos de 2010 a 2011, através dos dados de 135 vítimas, foi encontrado média de 41 anos e faixa de idade de 18-34 anos com porcentagem de 38,6% da amostra (SANZ-BARBERO et al., 2016). Resultado semelhante foi encontrado em estudo italiano entre os anos 2010 a 2019, através dos dados de 1207 vítimas, foi obtido média de idade de morte de mulheres com 42 anos e intervalo de 25-64 anos, representando 64,8% do total (SORRENTINO et al., 2020).

Em contraste com os estudos internacionais e este estudo, Otieno e colaboradores (2015) em pesquisa de morte de mulheres em população rural no Sul da África, nos anos de 2000 a 2008, encontrou maior risco de feminicídio com idades superiores a 55 anos, tendo maior frequência entre 55 e 64 anos. Embora não tenha sido discutido pelo autor de forma específica, relata que as altas taxas de morte no estudo foram devido pobreza, falta de educação, desemprego, abuso de álcool e substâncias e posse (dominância masculina).

No Brasil, nos anos de 2003 a 2007, em estudo de morte de mulheres por agressão, com dados de 19.459 vítimas, de Meneghel e Hirakata (2011), foi encontrada maior frequência nas idades de 20 a 30 anos, com porcentagem de 30,6%. Resultados semelhantes foram encontradas nos estudos de Garcia e colaboradores (2015) e Garcia e da Silva (2016), nos anos de 2009 a 2011 e 2011 a 2013, foi encontrado faixa etária semelhante a este estudo, com acometimento maior em jovens de 20-29 anos com 29.7% e 29% do total, respectivamente.

Em pesquisa realizada na região amazônica no período de 2016 a 2017, em que foram avaliados os homicídios intencionais de mulheres, foi observado um total 138 casos, destes a mediana da idade encontrada foi de 26 anos para feminicídio e de 32 anos para mortes violentas femininas. Uma possível justificativa para essa idade menor entre as vítimas de feminicídio seria que mulheres mais jovens estão expostas a maiores situações de risco assim e mais vulneráveis (ORELLANA et al., 2019).

Na região nordeste, em estudo de feminicídio corrigidos, foi observado fator protetor em mulheres com idade mais avançada, acima de 55 anos, e que mulheres mais jovens apresentam risco maior de morrer por agressão da segunda a quarta década de vida. O autor justifica que esse cenário pode estar relacionado ao fato de mulheres mais jovens terem sofrido influência das mudanças socioculturais da revolução sexual e dos costumes e que portanto passaram a questionar o papel da mulher na sociedade e assim estar com risco maior de feminicídio, por sair da subordinação desafiando a posição do homem (MEIRA et al., 2021).

Para a análise da cor e raça, neste estudo, foi majoritária a cor parda para os casos de feminicídios com 87,4% dos casos. Segundo projeção do IBGE de 2019, no Brasil, a população parda representou 46,8% do quantitativo autodeclarado, correspondendo a cor/raça predominante no país, todavia, esse dado isoladamente não justifica a predominância encontrada no presente estudo que correspondeu quase o dobro da porcentagem de pardos da população brasileira autodeclarada (IBGE, 2019).

Por conseguinte, é importante considerar que a etnia parda é um construto social, estando esta sujeita a vulnerabilidades e preconceitos semelhantes às da população preta. No estudo publicado por Batista, Escuder e Pereira (2004), o autor considera que a população negra é composta pela junção da etnia parda e preta.

Segundo Atlas da Violência, entre os anos de 2008 a 2018, houve redução da taxa e homicídio de mulheres não negras de 11,7%, enquanto que para as mulheres

negras houve um aumento de 12,4%, evidenciando que se trata de um problema de saúde pública que ainda não possui mecanismos eficazes para a redução das taxas na população mais vulnerável (BRASIL, 2020).

Em estudo do feminicídio no Brasil, de Garcia et al., (2015) e Garcia e da Silva (2016), nos anos de 2009 a 2011 e 2011 a 2013, as vítimas em sua maioria foram negras, com 60,9% e 64% do total, respectivamente. Nessa mesma linha de discussão, Filho e colaboradores (2007) relatam que a população negra, principalmente no Estado do Amapá, tem risco 6,5 vezes maior do que a branca de morrer por homicídio. Além disso, o mesmo autor em seu estudo publicado em 2011, avaliando os anos de 2000 a 2009, observa que mulheres negras possuem maior risco relativo de morte por agressão e tendência crescente da taxa de homicídio (FILHO, 2011).

Para Carneiro (2003) a vulnerabilidade da população negra no Brasil permanece desde o período colonial, quando eram violentadas fisicamente e sexualmente originando a miscigenação que existe hoje. A autora enfatiza que é conhecido o processo histórico de “coisificação” das mulheres negras na América Latina e que mesmo no movimento feminista houve resistência em reconhecer o racismo como eixo articulador de desigualdades.

Para Romio (2013) mulheres negras estão desproporcionalmente expostas a fatores geradores de violência como diferenças socioeconômicas, problemas familiares, conflitos conjugais e racismo. Assim, a violência contra mulheres negras precisa ser analisada conforme suas especificidades.

Para o estudo da escolaridade, a maioria das mulheres mortas por agressão apresentou algum grau de instrução, sendo que 75,8% do total possuía mais de 8 anos de educação. Um perfil que corrobora parcialmente com o estudo de Orellana e colaboradores (2019), em que as mulheres com maior nível de escolaridade (8 anos ou mais) representaram 59,6% dos casos e foram sujeitas a um risco 37% maior ao feminicídio. O autor afirma que uma possível explicação para esse perfil pode estar relacionada ao maior empoderamento feminino existente nas mulheres mais estudadas, que reagem frente a abusos verbais, psicológicos e físicos, principalmente em cenários assimétricos onde a relação de poder entre homem e mulher é desigual.

Embora a maioria das mulheres mortas por agressão tenham tido algum grau de instrução, a frequência encontrada isoladamente entre as mulheres com ensino superior completo foi de apenas 10,5%. Resultados que concordam com os estudos de

Meneghel e colaboradores (2017) para os anos de 2007 a 2009 no Brasil, em que a maior parte da amostra se concentrou entre os feminicídios de mulheres com até sete anos de estudo e frequência de 6,3% entre aquelas com 12 ou mais anos de estudo.

No Estado de Porto Alegre, de 2006 a 2010, foram notificadas 64 mortes devido ao feminicídio, destas mulheres, a maioria, representando 80% do total, cursaram até o ensino fundamental (com 9 anos de escolaridade) (MENEGBEL; MARGARITES, 2017). Estes resultados concordam com o estudo de Calazans Batista, de Oliveira Júnior e Musse (2019), que caracterizou o perfil do feminicídio no nordeste brasileiro no ano de 2016, com 1.435 mulheres, em que a maioria das vítimas de homicídio tinham até 7 anos de estudo (53,4%) mostrou que quanto maior o tempo de estudo menor a frequência de feminicídios.

Neste estudo, o estado civil predominante correspondeu ao de mulheres solteiras, representando 89,4% do total dos casos. Segundo Del Frate (2011), em estudo com 54 países e territórios através de informações entre vítima e agressor, mostra que em países com altas taxas de feminicídio a proporção de morte por parceiro íntimo é menor. Assim, países como El Salvador e Colômbia que estão entre os países com maiores taxas de feminicídio, possuem apenas 3% de mortes por parceiro íntimo, em contraste com países como França e Portugal, com baixas taxas de feminicídio, porém que apresentam proporção de morte por parceiro íntimo de 80%.

Em países desenvolvidos como EUA e Canadá, mulheres apresentaram maior risco de serem mortas por agressão quando solteiras do que casadas (CAMPBELL et al., 2007). No contexto do Brasil, no estudo de David e colaboradores (2020), as mulheres solteiras representaram 78,8% dos casos. Taxa semelhante encontrada em estudo de Calazans Batista, de Oliveira Júnior e Musse (2019) em que o estado civil solteira representou 68,4% das mulheres.

Merece atenção a situação de mulheres com união estável que se autodeclararam solteiras, o que poderia justificar o grande número deste grupo nas pesquisas (AMARAL; AMARAL; AMARAL, 2013). Pode-se também pensar em possível fator protetor o fato de a mulher ser casada e assim apresentar um nível de comprometimento maior com seu companheiro, o que o deixa menos propenso em cometer o crime de feminicídio.

Situação conjugal deve ser bem definida no contexto do feminicídio, pois é maior o risco de morte de mulheres quando ocorre a mudança de um status para

outro, através da separação. A saída de um relacionamento abusivo comumente pode se tornar uma tarefa difícil, principalmente quando envolve a masculinidade do agressor (ÁVILA, 2021; MEIRA et al., 2021).

Poucos são os estudos que abrangem a ocupação das vítimas de feminicídio, nesta pesquisa foi encontrada frequência maior nas estudantes (44,0%), seguida das donas de casa (29,3%). Em estudo italiano, foi encontrado para ocupação taxa de 57,1% de desempregadas (SORRENTINO et al., 2020). Em pesquisa realizada no Distrito Federal nos anos de 2016 e 2017, mostrou que a maioria das mulheres eram donas de casa (30%) ou exerciam atividades socialmente desvalorizadas ou informais (ÁVILA, 2021).

Em estudo realizado no Mato Grosso do Sul, com 30 vítimas de feminicídio, apresentou como perfil das mulheres, tendo ocupação diversas, tendo como primeira no ranking como sendo “do lar”, seguido de trabalho rural e, muito próximas, estudantes e autônomas. O autor justifica que esse tipo de violência é cruelmente democrático atingindo diferentes níveis sociais e educacionais (TONDATO; PRADO, 2019).

A ocupação pode representar de forma indireta a independência financeira das vítimas de feminicídio. Conforme discutido por Meira e Colaboradores (2021), a autonomia financeira das mulheres pode ser um fator de risco ou proteção de acordo com o local que ela se encontra. Em regiões mais conservadoras essa autonomia é vista como uma transgressão, o que pode levar ao feminicídio, diferente do que ocorre em outros lugares, como em São Paulo, onde a mesma característica é vista como fator de proteção (MEIRA et al., 2021).

No caso dos municípios de residência, houve maior frequências para aqueles com maior concentração populacional e não houve mudança expressiva para a comparação com município de ocorrência, onde Macapá permanece com maior frequência, seguido de Santana e Laranjal do Jarí. Resultados que convergem com o estudo de Cristina e colaboradores (2018), no Brasil, nos anos de 2008 a 2018, em que as grande capitais brasileiras centralizaram o maior número de casos notificados.

Nesta pesquisa, para o local de ocorrência do óbito, a maioria das mulheres mortas por agressão ocorreu no hospital com 28,4%, seguido de domicílio com 26,3% e outros com 24,2%. Estes resultados são importantes na medida que se pode usar, conforme já fundamentados em alguns estudos, a porcentagem de morte em domicílio como *proxy*¹ de feminicídio por parceiro íntimo (BRASIL, 2020). Em revisão

sistemática de Stöckl e colaboradores (2013), a partir de dados de 66 países, mostrou que mulheres possuem seis vezes mais chances de morrer por parceiro íntimo que os homens.

Usando as mortes de mulheres por agressão em domicílio como proxy feminicídio, encontramos na literatura taxas correspondentes para o encontrado nesta pesquisa. Em padrão nacional pode se observar frequência de 25%, semelhante à pesquisa de Taiwan, onde esse valor foi de 31% do total (FONG et al., 2016; ORELLANA et al., 2019).

Em estudo sobre feminicídio, a partir de dados da justiça, o qual ocorre em razão da condição de sexo feminino, por parceiro íntimo ou conhecido, no Estado de Sergipe, entre os anos de 2016 a 2019, demonstrou que na região metropolitana de Sergipe 78,6% dos feminicídios ocorreram em domicílio (SANTANA et al., 2021).

Embora o Amapá esteja localizado na região amazônica, onde possui diversas aldeias indígenas, nesta pesquisa não foram notificados óbitos de mulheres tendo como local de ocorrência as aldeias. Pode-se se tratar de subnotificação dos dados, seja pela dificuldade de acesso em aldeias mais distantes e isoladas ou pela qualidade insipiente de coleta de dados oficiais. Em estudo de Tondato e Prado (2019) no Mato Grosso do Sul, mostrou que dentre 30 casos de feminicídio, 4 foram em aldeias indígenas.

No caso da assistência médica prestada às vítimas durante a situação que gerou o óbito, a maioria das mulheres não teve tempo de receber socorro, provavelmente vindo a falecer no local da agressão o que demonstra a atitude do agressor em ter o desfecho final como óbito. Trata-se de resultado de difícil comparação por não haver trabalhos que tenham abordado sobre a prestação de auxílio às vítimas, pois não se encontram disponíveis nos sistemas abertos de informação.

Dentre todos os óbitos nesta pesquisa, 13,7% ocorreram por meio insidioso e cruel. O Código de Penal Brasileiro, em seu art. 121, §2o, III, é prevista a qualificadora de homicídio de acordo com as circunstâncias da morte, como nos casos de emprego de veneno, fogo, explosivo, asfixia, tortura ou outro meio insidioso ou cruel, ou de que possa resultar perigo comum. Estas qualificadoras aumentam a pena dos infratores (BRASIL, 1940).

Todas as mulheres mortas por agressão são submetidas ao exame necroscópico por perito médico legista, no laudo respectivo ao exame existe um

quesito oficial obrigatório que trata sobre morte cruel onde o legista avalia sob critérios técnicos e estabelece o nexa entre a qualificadora. Esses quesitos, quando positivos, mostram para a autoridade judiciária que a morte ocorreu por inútil, intenso e prolongado sofrimento ou revelam brutalidade fora do comum sem piedade (COSTA, 2015). A autoridade judiciária não é adstrita ao laudo, podendo adicionar ou recusar esse quesito mesmo que esteja com resposta contrária ao laudo (BRASIL, 1941).

Em pesquisa realizada no Distrito Federal, nos anos de 2012 a 2014, através do banco de dados da justiça, foram encontrados 338 processos de mulheres mortas por agressão, das quais 75 ocorreram por violência doméstica, desse percentual, 13 foram classificados como meio insidioso e cruel representando 3,85% do total da amostra. Embora metodologia diferente, o valor nesta pesquisa foi 3,5 menor que o encontrado no Estado do Amapá no período de 2014 a 2018 (COSTA, 2015). O nível de violência vivenciada no Estado, como já exposto, associado ao uso exacerbado de bebida alcoólica ou outra substância capaz de potencializar a violência pode estar no cerne deste tipo de morte de mulheres.

Ainda no estudo de Costa (2015), foi observado pelos médicos legistas e autoridade judicial para a caracterização de mortes por meio cruel ou insidioso através da quantidade de lesões contundentes, incisas e perfuro-incisas, multiplicidade de lesões, multiplicidade de golpes, multiplicidade de lesões e instrumentos, impossibilidade da vítima se defender, histórico de espancamentos e presença de queimaduras em vida.

Para a avaliação da sazonalidade do feminicídio, nesta pesquisa, foi verificada maior frequência dos casos no final do ano, tendo o mês de outubro o seu ápice. Para os dias, os mais frequentes foram domingo e quarta-feira, tendo os horários de tarde e noite. No Brasil, foi encontrada frequência principalmente nos finais de semana e tendo domingo como dia mais comum (GARCIA et al., 2015). Divergindo parcialmente do encontrado neste estudo, no estado do Piauí, foi observado que as mortes de mulheres por agressão ocorreram principalmente nos meses de março, abril e outubro, tendo domingo e sábado os dias mais frequentes (COSTA, 2019).

Em Goiânia, em estudo de David e Colaboradores (2020) foi encontrada maior frequência de feminicídios nos meses de abril, setembro e outubro, tendo como dias mais frequentes domingo e sábado. O autor justifica que nos períodos de final de ano o agressor permanece mais tempo próximo à vítima, além de apresentar um consumo maior de bebidas alcólicas.

Outro ponto a ser observado a partir dos resultados encontrados quanto ao dia e horário de acometimento, é que correspondem aos mesmos horários em que ocorre a exibição dos jogos de futebol na televisão brasileira. Embora tenha sido focado em torcedores jovens, estudo conduzido em São Paulo que verificou o padrão de beber dessa população encontrou que nos dias de jogos existe um alto índice de consumo de bebidas alcólicas, que inicialmente produzem um efeito socializador, porém com o avançar do ingestão, estimulam a violência, agressividade e impetuosidade (ROMERA; HELENA, 2009).

Para análise estatística inferencial (tabela 08), houve associação com $p \leq 0,05$ entre causa da morte por grupo de CID-10 e idade, município de residência, município de ocorrência, local de ocorrência do óbito e se ocorreu por meio insidioso e cruel. Assim, podemos entender que para cada grupo de CID-10, o qual representa a maneira em que as mulheres foram mortas, existe um valor de idade, município de residência e ocorrência, local de ocorrência do óbito e meio empregado esperado.

Neste estudo, de todas as variáveis, 50% tiveram dados faltantes e assim a necessidade de substituição, tendo a variável ocupação com maior grau de substituição com 26,32%, seguido de meio insidioso e cruel e se houve assistência médica, com 24,51 e 21,05%, respectivamente. Quanto maior o grau de substituição menor é a qualidade dos dados, fator que está associado a uma série de problemas complexos que a coleta de dados está atrelada, portanto é necessário o entendimento das suas causas para uma interpretação ampla das deficiências do processo (KWAK; KIM, 2017).

Dentre esses problemas, podemos destacar a falta de informações para o histórico do paciente, a inexistência de um padrão de preenchimento dos dados desde a confecção da declaração de óbito, fluxo das vias adequado, a ineficiência da checagem dos dados para possível correção de erros e armazenamento seguro nos bancos de dados oficiais, assim como a falta de capacitação periódica dos profissionais envolvidos (CORRÊA, 2002; LIMA et al., 2009).

7 CONCLUSÃO

No Estado do Amapá, no período de 2014 a 2018, houve redução na taxa de feminicídio, tendo uma taxa bruta global final acima da média nacional. O aumento isolado no ano de 2017 pode estar relacionado às guerras entre facções ocorridas neste ano. O perfil epidemiológico das mulheres vítimas de feminicídio se tratou de mulher jovem, cor negra, com ensino médio completo, solteira, estudante, residente na capital, que vem a óbito na própria capital em ambiente hospitalar, sem assistência médica, no mês de outubro, nos dias de domingo e quarta-feira, no turno da tarde e por arma de fogo.

A causa de morte mais frequente encontrada foi por arma de fogo, tendo proporção maior em análise isolada da capital. Trata-se de uma evolução que ocorre de acordo com a facilidade do local em ter acesso às armas de fogo. Macapá, capital do Estado, embora estando entre as menos populosas do Brasil apresenta alto índice de violência em comparação nacional e internacional, necessitando de políticas públicas efetivas na repreensão da violência geral e em especial ao feminicídio.

Dado importante está na concentração das mortes nos dias de quarta e domingo, sendo os mesmos dias de exibição de jogos de futebol na televisão brasileira, onde o consumo de álcool comumente está acima do habitual gerando propensão à violência e atos de crueldade.

Neste estudo, houve associação com $p \leq 0,05$ entre causa da morte por grupo de CID-10 e as seguintes variáveis epidemiológicas: idade, município de residência, município de ocorrência, local de ocorrência do óbito e se ocorreu por meio insidioso e cruel. Assim, podemos entender que para cada grupo de CID-10, o qual representa a maneira em que as mulheres foram mortas, existe um valor de idade, município de residência e ocorrência, local de ocorrência do óbito e meio empregado esperado. Necessitando de outros estudos para demonstrar estatisticamente de que modo se relacionam.

Esta pesquisa apresentou limitações quanto a frequência de subnotificação e substituição de dados faltantes, demonstrando que se trata de um problema de saúde pública que não apresenta uma boa qualidade de dados pelos serviços de informações oficiais, e assim, podem não demonstrar o cenário exato deste contexto que causa grande impacto na população feminina e sociedade geral.

Espera-se que com a caracterização deste perfil novas pesquisas possam ser estimuladas para dar continuidade às informações obtidas neste estudo descritivo e assim buscar entender a relação de causa e efeito entre as variáveis para possíveis diagnósticos dos problemas que prejudicam a prevenção deste crime atroz que acomete principalmente a população feminina economicamente ativa no Amapá.

REFERÊNCIAS

- ACUNS. **Femicide: A Global Issue that Demands Action**. Second Edi ed. Vienna: Academic Council on the United Nations System, 2013.
- ALVES, L. B. M. **O reconhecimento legal do conceito moderno de família** – O art. 5º, II e parágrafo único, da lei no 11.340/2006, Lei Maria da Penha. De Jure - Revista Jurídica do Ministério Público do Estado de Minas Gerais, p. 329–347, 2007.
Disponível em:
<http://bdjur.stj.jus.br/jspui/bitstream/2011/26887/reconhecimento_legal_conceito_moderno.pdf>.
- AMAPÁ. **LEI Nº 1.468, DE 06 DE ABRIL DE 2010**. Brasil, 2010.
- AMARAL, N. de A.; AMARAL, C. de A.; AMARAL, T. L. M. **Mortalidade feminina e anos de vida perdidos por homicídio/agressão em capital Brasileira após promulgação da Lei Maria da Penha**. Texto e Contexto Enfermagem, v. 22, n. 4, p. 980–988, 2013.
- ASSOCIAÇÃO MÉDICA MUNDIAL. **“Declaração de Helsinque.”** Princípios éticos para a pesquisa em seres humanos. In: 18ª Assembléia Médica Mundial, Helsinque. Anais. Helsinque: 1964.
- ÁVILA, T. P. de. **FATORES DE RISCO DE FEMINICÍDIO NO DISTRITO FEDERAL**. Revista Brasileira de Ciências Crimina, v. 180/2021, p. 297–328, 2021.
- BATISTA, L. E.; ESCUDER, M. M. L.; PEREIRA, J. C. R. **A cor da morte: causas de óbito segundo características de raça no Estado de São Paulo, 1999 a 2001**. Revista de Saúde Pública, v. 38, n. 5, p. 630–636, 2004.
- BRASIL. **DECRETO-LEI No 2.848, DE 7 DE DEZEMBRO DE 1940**, 1940.
- BRASIL. **DECRETO-LEI Nº 3.689, DE 3 DE OUTUBRO DE 1941**, 1941.
- BRASIL. **Lei 11.340 de 7 de agosto de 2006**. 2006.
- BRASIL. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília DF. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 2012.
- BRASIL. **Lei 13.104 de 9 de março de 2015**, 2015.
- BRASIL. **Anuario Brasileiro de Segurança Pública 2014 a 2017**, 2018. Disponível em: <http://www.forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2018/09/FBSP_ABSP_edicao_especial_estados_faccoes_2018.pdf>.
- BRASIL. **Atlas da Violência 2020**, 2020. . Disponível em:
<<https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/download/24/atlas-da-violencia-2020>>.

CALAZANS BATISTA, J. F.; DE OLIVEIRA JÚNIOR, J. H.; MUSSE, J. de O. **Feminicídio No Nordeste Brasileiro: O Que Revelam Os Dados De Acesso Público.** Interfaces Científicas - Saúde e Ambiente, v. 7, n. 3, p. 61–74, 2019.

CAMPBELL, J. C. et al. **INTIMATE PARTNER HOMICIDE** Review and Implications of Research and Policy. TRAUMA, VIOLENCE, & ABUSE, v. 8, n. 3, p. 246–269, 2007.

CAPUTI, J.; RUSSELL, D. E. H. **Femicide: sexist terrorism against women.** Twaine Publishers, 1992.

CARNEIRO, S. **Enegrecer o Feminismo: A Situação da Mulher Negra na América Latina a partir de uma perspectiva de gênero.** Racismos contemporâneos, 2003. Disponível em: <<https://rizoma.milharal.org/files/2013/05/Enegrecer-o-feminismo.pdf>>.

CARVALHO, A. V. De. **Violência contra a mulher no meio rural brasileiro: uma revisão integrativa.** Aletheia, v. 52, n. 2, p. 166–178, 2019.

CORRÊA, M. E. da S. H. **PREENCHIMENTO DA DECLARAÇÃO DE ÓBITO: FALTA DE INFORMAÇÃO?** São Paulo. Universidade de São Paulo. 2002.

COSTA, B. S. **Homicídios cruéis de mulheres por violência doméstica no DF e a Lei Maria da Penha.** Brasília: Revista Jurídica da Presidência, 2015. Disponível em: <<https://revistajuridica.presidencia.gov.br/index.php/saj/issue/view/122>>.

COSTA, D. R. **EVOLUÇÃO ESPAÇO-TEMPORAL DO FEMINICÍDIO NO PIAUÍ.** Teresina, 2019.

CRISTINA, A. et al. **Estudo do Perfil dos Casos de Feminicídio no Brasil no Período de 2008 a 2018.** p. 1–3, 2018.

DAVID, L. M. V. et al. **Profile of female deaths by homicide in the city of Goiânia.** Revista Brasileira de Enfermagem, v. 73, n. suppl 4, p. 1–7, 2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672020001600159&tlng=en>.

DE AZAMBUJA, M. P. R.; NOGUEIRA, C. **An introduction to violence against women as a human rights and public health problem.** Saude e Sociedade, v. 17, n. 3, p. 101–112, 2008.

DEL FRATE, A. A. **When the victim is a woman,** 2011. Disponível em: <http://www.genevadeclaration.org/fileadmin/docs/GBAV2/GBAV2011_CH4.pdf>.

DIEHL, A. A.; TATIM, D. C. **Pesquisa em ciências sociais aplicadas: métodos e técnicas.** Pearson, 2004.

DRUMMOND, J. A.; PEREIRA, M. de A. P. **O Amapá nos tempos do manganês: um estudo sobre o desenvolvimento de um estado amazônico 1943-2000.** Editora Garamond, 2007.

DUVVURY, N.; CARNEY, P.; NGUYEN, H. M. **Estimating the costs of domestic**

violence against women in Viet Nam. UN Women Viet Nam Country Office, 2012.

ELLA - EVIDENCE AND LESSONS FROM LATIN AMERICA POLICY BRIEF.

Building Legal Frameworks to Address Femicide in Latin America. p. 1–8, 2013.

Disponível em: <http://ella.practicalaction.org/wp-content/uploads/files/130918_GOV_GenVio_BRIEF3.pdf>.

FILHO, A. M. S. et al. **Análise da mortalidade por homicídios no Brasil.**

Epidemiologia e Serviços de Saúde, v. 16, n. 1, p. 7–18, 2007.

FILHO, A. M. S. **Vitimização por homicídios segundo características de raça no Brasil.** Revista de Saude Publica, v. 45, n. 4, p. 745–755, 2011.

FONG, W. L. et al. **Adult femicide victims in forensic autopsy in Taiwan: A 10-year retrospective study.** Forensic Science International, v. 266, p. 80–85, 2016.

Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.forsciint.2016.05.008>>.

GARCIA, L. P. et al. **Estimativas corrigidas de feminicídios no Brasil, 2009 a 2011.**

Rev Panam Salud Publica, v. 3737, n. 4545, p. 251–7, 2015. Disponível em: <https://www.paho.org/journal/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=pdfs-april-may-2015&alias=890-estimativas-corrigidas-de-feminicidios-no-brasil-2009-a-2011&Itemid=847>.

GARCIA, L. P.; DA SILVA, G. D. M. **Mortalidade de mulheres por agressões no Brasil: Perfil e estimativas corrigidas (2011-2013).** Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, Brasília, 2016.

GARCIA, L. P.; FREITAS, L. R. S. de; HÖFELMANN, D. A. **Avaliação do impacto da Lei Maria da Penha sobre a mortalidade de mulheres por agressões no Brasil, 2001-2011.** Epidemiologia e Serviços de Saúde, v. 22, n. 3, p. 383–394, 2013.

HESS, D. R. **Retrospective studies and chart reviews.** Respiratory care, v. 49, n. 10, p. 1171–1174, 2004.

IBGE. **INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação para os anos de 2010 a 2060,** 2016. Disponível em:

<<https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/index.html>>.

IBGE. **INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - Educa Jovens - Conheça o Brasil - População - Cor ou Raça,** 2019. Disponível em:

<<https://educa.ibge.gov.br/jovens/conheca-o-brasil/populacao/18319-cor-ou-raca.html>>. Acesso em: 1 set. 2021.

IBGE. **INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - ESTIMATIVAS DA POPULAÇÃO RESIDENTE NOS MUNICÍPIOS BRASILEIROS COM DATA DE REFERÊNCIA EM 1º DE JULHO DE 2020,** 2020.

JORGE, M. H. P. de M. **Violência como problema de saúde pública.** Ciência e Cultura, v. 54, n. São Paulo, p. 52–53, 2002. Disponível em:

<<http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?pid=S0009->

67252002000100024&script=sci_arttext&tIng=es>.

JOSEPH, J. **Victims of femicide in Latin America: Legal and criminal justice responses**. *Temida*, v. 20, n. 1, p. 3–21, 2017.

KWAK, S. K.; KIM, J. H. **Statistical data preparation: Management of missing values and outliers**. *Korean Journal of Anesthesiology*, v. 70, n. 4, p. 407–411, 2017.

LAGARDE, M. **Del femicidio al feminicidio**. *Revista de Psicoanálisis*, v. 0, n. 6, p. 216–225, 2006.

LIMA, C. R. de A. et al. **Revisão das dimensões de qualidade dos dados e métodos aplicados na avaliação dos sistemas de informação em saúde**. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 25, n. 10, p. 2095–2109, 2009.

LITTLE, R. J.; RUBIN, D. B. **Statistical analysis with missing data**. John Wiley & Sons, 2019.

LOTT, J. R.; MOODY, C. E.; WHITLEY, J. E. Re: “**what Do We Know A bout the Association between Firearm Legislation and Firearm-Related Injuries?**” *American Journal of Epidemiology*, v. 184, n. 1, p. 81–82, 2016.

LUNARDI, A. C. **Manual de pesquisa clínica aplicada à saúde**. São Paulo: Blucher, 2020.

MACIEL, M. G. **Características da violência física em mulheres adultas notificadas em Santa Catarina - 2008 a 2014**. 2018.

MALTA, M. et al. **Iniciativa STROBE: subsídios para a comunicação de estudos observacionais**. *Revista de Saúde Pública*, v. 44, n. 3, p. 559–565, jun. 2010. Disponível em: <<http://www.consort-statement.org/consort-statement/>>.

MEIRA, K. C. et al. **Efeitos temporais das estimativas de mortalidade corrigidas de homicídios femininos na Região Nordeste do Brasil**. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 37, n. 2, 2021. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2021000205006&tIng=pt>.

MENEGHEL, S. N. et al. **Feminicídios: estudo em capitais e municípios brasileiros de grande porte populacional**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 9, p. 2963–2970, 2017.

MENEGHEL, S. N.; HIRAKATA, V. N. **Femicídios: Homicídios femininos no Brasil**. *Revista de Saude Publica*, v. 45, n. 3, p. 564–574, 2011.

MENEGHEL, S. N.; MARGARITES, A. F. **Feminicídios em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil: iniquidades de gênero ao morrer**. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 33, n. 12, 18 dez. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017001205014&Ing=pt&tIng=pt>.

NAND, D. et al. **Global mortality from firearms, 1990-2016**. *JAMA - Journal of the*

American Medical Association, v. 320, n. 8, p. 792–814, 2018.

NORTE, C. R. do et al. **Femicídio nos estados da região Nordeste do Brasil, uma tragédiano cotidiano do machismo**. VII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, p. 1–2, 2016.

NOWAK, M. **Femicide: A Global Problem**. Research Notes, Small Arms Survey, v. 14, n. 14, p. 2010–2013, 2012.

ORELLANA, J. D. Y. et al. **Violência urbana e fatores de risco relacionados ao feminicídio em contexto amazônico brasileiro**. Cadernos de Saúde Pública, v. 35, n. 8, 2019. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019001005003&tIng=pt>.

OTIENO, G. et al. **High rates of homicide in a rural South African population (2000–2008): findings from a population-based cohort study**. Population Health Metrics, v. 13, n. 1, p. 20, 7 dez. 2015. Disponível em:
<<http://pophealthmetrics.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12963-015-0054-0>>.

PEREIRA, J. A. **OS TROPEÇOS DO JUDICIÁRIO PARAIBANO**: Uma análise sobre a não tipificação do Caso Vivianny Crisley com a qualificadora de feminicídio. 2018. Universidade Federal da Paraíba, 2018.

PIRES, A. A. **O FEMINICÍDIO NO CÓDIGO PENAL BRASILEIRO**: Da nomeação feminista às práticas jurídicas no plenário do júri. Dissertação. 2018. Disponível em:
<http://publicacoes.cardiol.br/portal/ijcs/portugues/2018/v3103/pdf/3103009.pdf%0Ahttp://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-75772018000200067&Ing=en&tIng=en&SID=5BQlj3a2MLaWUV4OizE%0Ahttp://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_>.

REBELO PORTO, J. L.; CALDAS, Y. P.; LOMBA, R. M. **Pós-graduação em desenvolvimento regional no estado do Amapá**: o caso do Mestrado em Desenvolvimento Regional da Universidade Federal do Amapá. Revista Brasileira de Pós-Graduação, v. 11, n. 23, p. 49–73, 2014.

RODRIGUES, A. F. O.; RAUPP, F. M. **Feminicídios íntimos e os custos econômicos**: um estudo no âmbito de Santa Catarina. Sociedade, Contabilidade e Gestão, v. 15, n. n.3, 2020.

ROICHMAN, C. B. C. **Faca, peixeira, canivete**: uma análise da lei do feminicídio no Brasil. Revista Katálysis, v. 23, n. 2, p. 357–365, ago. 2020. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-49802020000200357&tIng=pt>. Acesso em: 14 fev. 2021.

ROMERA, L. A.; HELENA, H. **Uso de álcool , futebol e torcedores jovens**. p. 541–551, 2009.

ROMIO, J. A. F. **A VITIMIZAÇÃO DE MULHERES POR AGRESSÃO FÍSICA, SEGUNDO RAÇA/COR NO BRASIL**. Brasília. Ipea, 2013.

ROMIO, J. A. F. **Feminicídios no Brasil, uma proposta de análise com dados do**

setor de saúde. 2017.

SANTANA, A. C. C. S. de et al. **Perfil do feminicídio: Uma abordagem epidemiológica no Estado de Sergipe.** Research, Society and Development, v. 10, n. 5, p. e47310515197, 2021.

SANTOS, A. C. F. dos. **Autonomia e futuro da pericia oficial na percepção dos peritos criminais.** 2011.

SANZ-BARBERO, B. et al. **Perfil sociodemográfico del feminicidio en España y su relación con las denuncias por violencia de pareja.** Gaceta Sanitaria, v. 30, n. 4, p. 272–278, jul. 2016. Disponível em: <<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0213911116300322>>.

SIEGEL, M. B.; ROTHMAN, E. F. **Firearm Ownership and the Murder of Women in the United States: Evidence That the State-Level Firearm Ownership Rate Is Associated with the Nonstranger Femicide Rate.** Violence and Gender, v. 3, n. 1, p. 20–26, 2016.

SORRENTINO, A. et al. **Femicide fatal risk factors: A last decade comparison between italian victims of femicide by age groups**International Journal of Environmental Research and Public Health, 2020.

SOUZA, S. M. J. de. **O feminicídio e a legislação brasileira.** Revista Katálysis, v. 21, n. 3, p. 534–543, 2019.

SPINELLI, H.; ZUNINO, M. G. **Calidad de los sistemas de información de mortalidad por violencias en Argentina y Brasil – 1990-2010.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 17, n. 12, p. 3279–3287, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001200013&lng=es&tlng=es>.

SPIZZIRRI, G.; PEREIRA, C. M. de A.; ABDO, C. H. N. **O termo gênero e suas contextualizações.** Diagn Tratamento, v. 19, n. 1, p. 42–44, 2014.

STÖCKL, H. et al. **The global prevalence of intimate partner homicide: a systematic review.** The Lancet, v. 382, n. 9895, p. 859–865, set. 2013. Disponível em: <<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673613610302>>.

SVS. **Superintendência de Vigilância em Saúde - História,** 2017. Disponível em: <<https://svs.portal.ap.gov.br/conteudo/institucional/historia>>.

SZWARCWALD, C. L. et al. **Busca ativa de óbitos e nascimentos no Nordeste e na Amazônia Legal: Estimção das coberturas do SIM e do Sinasc nos municípios brasileiros,** 2011.

TOLOSA, T. da S. R.; CHAGAS, C. A. N.; LIMA, C. do S. L. **Caracterização do Feminicídio na cidade de Belém (PA).** Revista Brasileira de Segurança Pública, v. 4, n. 2, p. 171, 2020.

TONDATO, G. C.; PRADO, A. M. **FEMINICÍDIO NO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL: CAMPO GRANDE E PARANAÍBA.** ANAIS DO ENIC, 2019. Disponível

em: <<https://www.naosecale.ms.gov.br/wp-content/uploads/2021/03/MAPA-DO-FEMINICIDIO-MS-2019.pdf>>.

UNESCO. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**, 1998.

UNHR. **United Nations Human Rights - Ending impunity for femicide across Latin America**, 2014. Disponível em: <<https://www.ohchr.org/en/newsevents/pages/endingimpunitylac.aspx>>.

UNODC. **Information on gender-related killings of women and girls provided by civil society organizations and academia**. Commission on Crime Prevention and Criminal Justice, v. 03133, n. May, p. 1–19, 2014.

WAISELFISZ, J. J. **Mapa da violência 2015: homicídio de mulheres no Brasil**. Flacso Brasil, v. 1, 2015. Disponível em: <http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2016/04/MapaViolencia_2015_mulheres.pdf>.

WARREN, M. A. **Gendercide: The implications of sex selection**, 1985.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence**. Genebra, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Understanding and addressing violence against women**. International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences: Second Edition, p. 685–688, 2015.

YAGOUB, M. **Why Does Latin America Have the World's Highest Female Murder Rates?**, 2016.

ANEXO A – Termo de Anuência da SVS

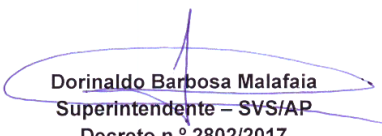


GOVERNO DO ESTADO DO AMAPÁ
 SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
 GABINETE DA SUPERINTENDÊNCIA
 Rodovia Tancredo Neves nº 1118, São Lazaro-Macapá-AP, CEP: 68909-530

CARTA DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL

A Superintendência de Vigilância em Saúde do Estado do Amapá, neste ato representado pelo seu Superintendente Dorinaldo Barbosa Malafaia, declara que tomou conhecimento da realização do projeto de pesquisa intitulado **“PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE VÍTIMAS DE FEMINICÍDIO EM ESTADO DE REGIÃO AMAZÔNICA NOS ANOS DE 2014 A 2018”**, sob a responsabilidade e orientação do Prof. Dr. Amanda Alves Fecury, para ser desenvolvida pelo médico – CRM 1561-AP e pós graduando Iuri Silva de Sena, no âmbito do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde UNIFAP, e concordo com a execução da pesquisa, após ser submetida à Plataforma Brasil e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa. Esta autorização está condicionada ao cumprimento da Resolução 466/2012 que trata das pesquisas envolvendo seres humanos e a complementar Resolução Nº 580, de 22 de março de 2018 que estabelece as especificidades éticas das pesquisas de interesse estratégico para o Sistema Único de Saúde. Em destaque, o compromisso em manter o sigilo das informações e confidencialidade dos dados a fim de garantir a privacidade dos participantes de pesquisa e não divulgação identificável (cegamento ou codificação de informações pessoais), assim como, do compromisso em assinar termo de confidencialidade e sigilo para aquele(s) que tenha(m) acesso aos dados.

Macapá, 10 de julho de 2020.


Dorinaldo Barbosa Malafaia
 Superintendente – SVS/AP
 Decreto n.º 2802/2017

ANEXO B – Termo de Anuência da Polícia Científica



UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE – MESTRADO

Macapá, 26 de julho de 2019.

Do: Perito Médico Legista Iuri Sena.

Ao: Diretor da Politec em exercício Dr. Edmar
Lopes.

Ass.: Autorização para realização de pesquisa.

TERMO DE ANUÊNCIA

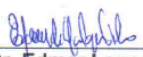
Cumprimentando cordialmente a Vossa Senhoria, eu, Iuri Silva Sena, 27 anos, Perito Oficial Médico Legista da Polícia Técnico-Científica do Amapá e aluno de mestrado da Universidade Federal do Amapá, solicito a possibilidade da realização de pesquisa científica para dissertação de mestrado em Ciências da Saúde intitulada **“PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE VÍTIMAS DE FEMINICÍDIO PERICIASADAS EM SERVIÇO DE MEDICINA LEGAL EM CAPITAL DE REGIÃO AMAZÔNICA NOS ANOS DE 2014 A 2018”**. A violência contra a mulher é um problema de saúde pública de grande magnitude no mundo, sendo sua expressão máxima representada pelo feminicídio. Em âmbito mundial, nos últimos anos, ocorreu tendência crescente na taxa de feminicídios, sendo na América Central o local de maior ocorrência. No Brasil, durante as últimas três décadas, houve aumento de 100% na taxa de feminicídios, que passou de 2,3 / 100.000 para 4,6 / 100.000 mulheres. Esta pesquisa se propõe a descrever o perfil epidemiológico de casos de feminicídio atendidos pelo serviço da Polícia Técnico-científica do município de Macapá nos anos de 2014 a 2018. Trata-se de estudo observacional, descritivo, retrospectivo, transversal e com abordagem quantitativa a partir da base de dados do serviço de informação da Polícia Técnico-Científica, através de Declarações de Óbito (DO) e Laudos de Necropsia, Polícia Civil do Amapá, a partir dos Boletins de Ocorrência e Tribunal de Justiça do Amapá, através de processos. Os dados coletados serão formatados em tabelas do Excel 2019 e submetidos ao teste qui-quadrado de Pearson pelo programa SPSS 26.0, sendo considerados relevantes os resultados com $p < 0,05$. Espera-se que o feminicídio apresente taxa elevada no estado do Amapá, não se distanciando do perfil epidemiológico encontrados por outros autores, no qual é representado por mulheres jovens, negras, que vieram a óbito em sua residência, aos finais de semana e vítima de violência por arma de fogo.

Para que seja realizada esta pesquisa, necessito da autorização desta instituição (POLITEC/AMAPÁ) para que sejam coletados dados como cor da pele, município de ocorrência, CID e outros, através da DO e de Laudos de Necropsia. Sendo mantido em sigilo a identidade das participantes.

Dr. Iuri Sena
Médico
CRM-AP 1561


Iuri Silva Sena

Assim, em conformidade com a metodologia proposta, aprovo a coleta de dados quantitativos para a pesquisa acima proposta.


Dr. Edmar Lopes

Edmar da Silva Lopes Filho
Chefe de Gabinete
Decreto nº 0244/2015

Edmar da Silva Lopes Filho
Chefe de Gabinete
Decreto nº 0244/2015

ANEXO C – Parecer do Conselho de Ética da UNIFAP

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
AMAPÁ - UNIFAP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE VÍTIMAS DE FEMINICÍDIO EM ESTADO DE REGIÃO AMAZÔNICA NOS ANOS DE 2014 A 2018

Pesquisador: IURI SENA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 30698120.5.0000.0003

Instituição Proponente: FUNDACAO UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.162.449

Apresentação do Projeto:

Pesquisador atendeu todas as recomendações apontadas no parecer anterior

Objetivo da Pesquisa:

Pesquisador atendeu todas as recomendações apontadas no parecer anterior

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Pesquisador atendeu todas as recomendações apontadas no parecer anterior

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisador atendeu todas as recomendações apontadas no parecer anterior

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Pesquisador atendeu todas as recomendações apontadas no parecer anterior

Recomendações:

Pesquisador atendeu todas as recomendações apontadas no parecer anterior

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pesquisador atendeu todas as recomendações apontadas no parecer anterior

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Rodovia Juscelino Kubistcheck de Oliveira - Km.02

Bairro: Bairro Universidade **CEP:** 68.902-280

UF: AP **Município:** MACAPA

Telefone: (96)4009-2805 **Fax:** (96)4009-2804 **E-mail:** cep@unifap.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
AMAPÁ - UNIFAP



Continuação do Parecer: 4.162.449

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1499573.pdf	17/07/2020 20:30:27		Aceito
Declaração de concordância	Termos_de_anuencia.pdf	17/07/2020 20:27:51	IURI SENA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_Pesquisa.pdf	17/07/2020 20:19:08	IURI SENA	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	05/02/2020 15:25:11	IURI SENA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

MACAPA, 19 de Julho de 2020

Assinado por:
RAPHAELLE SOUSA BORGES
(Coordenador(a))

Endereço: Rodovia Juscelino Kubistcheck de Oliveira - Km.02
Bairro: Bairro Universidade **CEP:** 68.902-280
UF: AP **Município:** MACAPA
Telefone: (96)4009-2805 **Fax:** (96)4009-2804 **E-mail:** cep@unifap.br