



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE BIOCÊNCIAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM INOVAÇÃO TERAPÊUTICA

FLÁVIA EMÍLIA CAVALCANTE VALENÇA FERNANDES

VIOLÊNCIA LETAL CONTRA A MULHER:
aspectos socioeconômicos e ambientais

Recife
2018

FLÁVIA EMÍLIA CAVALCANTE VALENÇA FERNANDES

VIOLÊNCIA LETAL CONTRA A MULHER:
aspectos socioeconômicos e ambientais

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Inovação Terapêutica da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito para a obtenção do Título de Doutor em Inovação Terapêutica

Área de Conhecimento: Ciências da Saúde

Orientador(a): Profa. Dra. Tatiane Almeida de Menezes

Coorientador(a): Prof. Dr. Arnaldo de França Caldas Júnior

Recife
2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) de acordo com ISBD

Fernandes, Flávia Emília Cavalcante Valença
Violência letal contra a mulher: aspectos socioeconômicos e ambientais /
Flávia Emília Cavalcante Valença Fernandes. – 2018.
105 folhas: il., fig., tab.

Orientadora: Tatiane Almeida de Menezes
Coorientador: Arnaldo de França Caldas Júnior
Tese (doutorado) – Universidade Federal de Pernambuco. Centro
de Biociências. Pós-graduação em Inovação Terapêutica. Recife,
2018.

Inclui referências.

1. Violência contra a mulher 2. Determinantes sociais da saúde
3. Mortalidade I. Menezes, Tatiane Almeida de (orient.) II. Caldas
Júnior, Arnaldo de França (coorient.) III. Título.

364.153

CDD (22.ed.)

UFPE/CB-2018-515

FLÁVIA EMÍLIA CAVALCANTE VALENÇA FERNANDES

VIOLÊNCIA LETAL CONTRA A MULHER:

aspectos socioeconômicos e ambientais

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Inovação Terapêutica da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito para a obtenção do Título de Doutor em Inovação Terapêutica

Aprovada em: 19/11/2018

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Maira Galdino da Rocha Pitta
Universidade Federal de Pernambuco (Examinador Interno)

Prof. Dr. Arnaldo de França Caldas Junior
Universidade Federal de Pernambuco (Coorientador)

Prof. Dr. José Luiz de Amorim Ratton Junior
Universidade Federal de Pernambuco (Examinador Externo)

Profa. Dra. Karina Barros Calife Batista
Faculdade de Ciências Médicas - Santa Casa de São Paulo (Examinador Externo)

Prof. Dr. Raul da Mota Silveira Neto
Universidade Federal de Pernambuco (Examinador Externo)

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus pelo dom da vida e por todas as Bênçãos e Graças derramadas sobre a minha vida.

À minha família, em especial minha mãe Diolinda, esposo Fortunato Fernandes, e filhos Tino Lucas e Miguel Vitor pela compreensão e indispensável apoio em todos os momentos de dificuldades e compreensão pelas ausências.

À minha professora e orientadora Tatiane Menezes cujo apoio, orientação, atenção, paciência, estímulo e ensinamentos foram fundamentais para o meu processo de doutoramento. Pessoa especial com quem adquiri conhecimentos que foram fundamentais na minha vida profissional.

Ao Professor Arnaldo pela coorientação, ensinamentos, atenção, paciência prestados durante toda a minha qualificação. Pessoa que admiro e com quem aprendi imensamente. Pessoa que com sabedoria me apoiou, trouxe segurança e orientações.

Agradeço ao Programa de Pós-Graduação em Inovação Terapêutica pela oportunidade em aperfeiçoar meu processo de qualificação em nível de doutorado assim como a todos os professores do programa.

Às minhas amigas e colegas da Universidade de Pernambuco Campus Petrolina pelo apoio e força desde o processo seletivo e compreensão nos momentos de ausência.

À minha amiga Rosana, colega e parceira nos trabalhos, agradeço o apoio e a parceria em todos os momentos.

Aos colegas do PIMES que me ajudaram em diversos momentos durante as disciplinas e trabalhos.

RESUMO

A violência letal perpetrada contra as mulheres representa importante problema de saúde pública sendo objeto de discussões em todo o mundo. O objetivo desta tese foi estudar os determinantes ambientais e socioeconômicos das mortes violentas perpetradas contra mulheres. Foram utilizados três bancos de dados para a construção da tese. O primeiro englobava os óbitos de mulheres por causas externas registrados pelo Instituto de Medicina Legal em Recife, Pernambuco no período de 2000 a 2012. O segundo continha os registros dos óbitos por homicídio de mulheres brasileiras obtidos por meio do Sistema de Informação sobre Mortalidade do Sistema Único de Saúde disponibilizado pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. O terceiro incluiu os dados socioeconômicos e demográficos dos bairros do município de Recife do Censo 2010 disponibilizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Os métodos utilizados foram: o modelo hierárquico linear em dois níveis; econometria espacial com análise bivariada por meio do LISA entre as taxas de homicídio feminino, número de perfurações e tipo de arma; e análise não paramétrica. O modelo hierárquico considerou o primeiro nível, as características da mulher e o segundo o bairro de ocorrência. A análise utilizada para todo o Brasil aplicou o teste de Kruskal Wallis. Os principais resultados mostraram que mulheres negras e de menor idade apresentaram maiores chances de serem fatalmente agredidas. Entretanto, nos bairros mais ricos, o risco de as mulheres brancas serem assassinadas foi maior. Quanto à espacialização dos óbitos, os valores do I de Moran Local LISA indicaram distribuição aleatória dos casos, apesar de terem sido observados bairros com altas taxas de homicídios femininos e maiores números de perfurações nas vítimas. A análise feita para o Brasil evidenciou que não houve diferença significativa entre a taxa de homicídio feminino e o local de ocorrência do crime e a região brasileira de residência da vítima. O principal tipo de agressão sofrida pela mulher foi por arma de fogo. A análise dos crimes ocorridos no domicílio demonstrou uma inversão no tipo de agressão praticada contra a mulher, sendo a forma de agressão praticada com utilização de arma branca. Os resultados apresentados pelos artigos direcionam para uma violência concentrada em populações mais pobres e com diferenças raciais. Estes estudos mostram a necessidade de formulação de políticas públicas que atendam às diversas

necessidades existentes entre as regiões do país, considerando que a problemática se configura como uma situação preocupante, necessitando da aplicação de medidas eficazes para o seu enfrentamento.

Palavras chave: Violência contra a mulher. Mortalidade. Fatores socioeconômicos. Legislação. Determinantes sociais da saúde.

ABSTRACT

The lethal violence perpetrated against women represents an important public health problem being the subject of discussions around the world. The objective of this thesis was to study the environmental and socioeconomic determinants of the violent deaths perpetrated against women. Three databases were used for the construction of the thesis. The first comprised the deaths of women from external causes registered by the Institute of Legal Medicine in Recife, Pernambuco from 2000 to 2012. The second contained records of deaths by homicide of Brazilian women obtained through the System Mortality Information System Single Health Program provided by the Department of Information Technology of the Unified Health System. The third included the socioeconomic and demographic data of the districts of the municipality of Recife do Censo 2010 made available by the Brazilian Institute of Geography and Statistics. The methods used were: the hierarchical linear model in two levels; spatial econometrics with bivariate analysis using LISA between female homicide rates, number of perforations and type of weapon; and non-parametric analysis. The hierarchical model considered the first level, the characteristics of the woman and the second the neighborhood of occurrence. The analysis made for Brazil showed that there was no significant difference between the rate of female homicide and the place of occurrence of the crime and the Brazilian region of residence of the victim. However, in the wealthier neighborhoods, the risk of white women being murdered was greater. Regarding the spatialisation of the deaths, the values of Moran Local LISA indicated a random distribution of cases, although neighborhoods with high rates of female homicide and higher numbers of perforations in the victims were observed. The analysis made for Brazil showed that there was no significant difference between the rate of female homicide and the place of occurrence of the crime and the Brazilian region of residence of the victim. The main type of assault suffered by the woman was by firearm. The analysis of the crimes occurred at home showed an inversion in the type of aggression practiced against the woman, being the form of aggression practiced with the use of a white weapon. The results presented by the articles point to violence focused on poorer populations with racial differences. These studies show the need to formulate public policies that meet the diverse needs existing between the

regions of the country, considering that the problem is a worrying situation, necessitating the application of effective measures to confront it.

Keywords: Violence against women. Mortality. Socioeconomic factors. Legislation
Social determinants of health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Artigo 2

- Figura 1 – Mapa da distribuição da Taxa média de homicídios de mulheres (A) e Mapa do número médio de perfurações nas vítimas (B) segundo bairro do município de Recife, Pernambuco, Brasil. 2000 – 2010..... 61
- Figura 2 – Mapa da distribuição de homicídios de mulheres com utilização de arma de fogo (A), outros instrumentos (B) segundo bairro do município de Recife, Pernambuco, Brasil. 2000 – 2010..... 62
- Figura 3 - Mapa do Cluster LISA Bivariado (A) e mapa de significância da autocorrelação espacial (B) entre a taxa de homicídio feminino e número de perfurações segundo bairro no município de Recife, Pernambuco, Brasil. I de Moran LISA Bivariado = - 0,0171159..... 63
- Figura 4 – Mapa do Cluster LISA Bivariado (A) e mapa de significância da autocorrelação espacial (B) entre a taxa de homicídio feminino e crimes com utilização de arma de fogo segundo bairro no município de Recife, Pernambuco, Brasil. I de Moran LISA Bivariado = - 0,0303717..... 64
- Figura 5 - Mapa do Cluster LISA Bivariado (A) e mapa de significância da autocorrelação espacial (B) entre a taxa de homicídio feminino e crimes com utilização de outros instrumentos/objetos segundo bairros no município de Recife, Pernambuco, Brasil. I de Moran LISA Bivariado = 0,0212984..... 64

LISTA DE TABELAS

Artigo 1

Tabela 1 – Estatística descritiva das variáveis de nível individual e contextual. Recife, 2000 - 2012.....	45
Tabela 2 – Fatores em nível individual e contextual associados aos crimes violentos letais e intencionais perpetrados contra mulheres de acordo com modelo hierárquico linear. Recife, 2000-2012.....	46

Artigo 2

Tabela 1 - Estatística descritiva dos homicídios praticados contra mulheres e características socioeconômicas e demográficas dos bairros com registro do crime no município de Recife, Pernambuco, Brasil. 2000 a 2010.....	60
---	----

Artigo 3

Tabela 1 - Distribuição da taxa de homicídio feminino segundo local do óbito, tipo da agressão e região brasileira e homicídios ocorridos no domicílio. Brasil, 2015.....	76
---	----

LISTA DE ABREVIações E SIGLAS

CID 10	Classificação Internacional de Doenças 10ª Revisão
CNDSS	Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde
CSDH	<i>Commission on Social Determinants of Health</i>
CVLI	Crime violento letal intencional
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DP	Desvio padrão
DSS	Determinantes Sociais da Saúde
IML	Instituto de Medicina Legal
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LMP	Lei Maria da Penha
LR	<i>Likelihoodratio</i> – teste de razão de verossimilhança
MHL	Modelo Hierárquico Linear
RMR	Região Metropolitana do Recife
PIB	Produto Interno Bruto
PPGIT	Programa de Pós-Graduação em Inovação Terapêutica
ODM	Objetivo para o Desenvolvimento do Milênio
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OR	Odds Ratio
RMR	Região Metropolitana de Recife
SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade
SUS	Sistema Único de Saúde
SDG	<i>Sustainable Development Goals</i>
UPE	Universidade de Pernambuco
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
1.1	OBJETIVOS.....	16
1.1.1	Objetivo Geral.....	16
1.1.2	Objetivos específicos.....	16
2	REVISÃO DE LITERATURA	17
2.1	CONTEXTUALIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA E VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER.....	17
2.2	OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE E OS FATORES AMBIENTAIS E SÓCIOECONÔMICOS ASSOCIADOS À VIOLÊNCIA.....	21
2.3	EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA LEGISLAÇÃO PROTETIVA NO ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA PERPETRADA CONTRA A MULHER.....	26
2.4	ANÁLISE DOS ESTUDOS ACERCA DA MOTIVAÇÃO DA VIOLÊNCIA PERPETRADA CONTRA MULHERES.....	31
3	METODOLOGIA E DESCRIÇÃO DOS DADOS	36
3.1	MODELO HIERÁRQUICO LINEAR (MHL).....	36
3.2	MODELOS DE ECONOMETRIA ESPACIAL.....	37
3.3	ESTUDO ECOLÓGICO.....	38
3.4	ASPECTOS ÉTICOS.....	40
4	RESULTADOS.....	41
4.1	ARTIGO 1 - FATORES INDIVIDUAIS E CONTEXTUAIS NA DETERMINAÇÃO DA VIOLÊNCIA LETAL CONTRA A MULHER.....	41
4.2	ARTIGO 2 - DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL DA VIOLÊNCIA LETAL CONTRA MULHERES EM RECIFE.....	57
4.3	ARTIGO 3 - HOMICÍDIOS FEMININOS NO BRASIL: UMA ANÁLISE DO TIPO DA AGRESSÃO E LOCAL DO ÓBITO.....	72
5	CONCLUSÃO.....	85
	REFERÊNCIAS	88

APÊNDICE A – PÁGINAS INICIAIS DO LIVRO.....	96
ANEXO A – PARECER COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA COM SERES HUMANOS – ARTIGO 1 E ARTIGO 2.....	104
ANEXO B - COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DO ARTIGO 1.....	105

1 INTRODUÇÃO

A violência é considerada uma fonte causadora de elevadas proporções da morbidade e mortalidade resultando em elevados custos individuais e coletivos (REICHENHEIM et al., 2011). Quando esta é cometida por questão de gênero é considerada violência contra a mulher (WHO, 2014).

A violência contra a mulher é um fenômeno universal que persiste em todos os países do mundo, sendo os perpetradores, muitas vezes, bem conhecidos por suas vítimas, o parceiro íntimo (PEREIRA; VIEIRA; MAGALHÃES, 2013). Este torna-se um dos principais contribuintes para a má saúde das mulheres (WHO, 2005).

Apesar de, em grande parte, a violência contra a mulher ainda possuir caráter de invisibilidade, mesmo permeando todos os segmentos da sociedade, é um problema de saúde pública no Brasil (GARCIA, 2016) tendo como forma mais extrema a morte (GARCIA; SILVA, 2016).

Segundo Minayo (2006), a natureza dos atos violentos, também denominadas abusos ou maus-tratos, pode ser classificada em quatro modalidades de expressão sendo elas a violência física, a psicológica, a sexual e a que envolve abandono, negligência ou privação de cuidados.

Pesquisa realizada pelo Instituto de Pesquisa do DataSenado apontou aumento significativo da proporção de mulheres que relataram ter sofrido algum tipo de violência provocada por um homem entre os anos de 2005 e 2017 nos diversos estados brasileiros (DATASENADO, 2017). Mesmo considerando o aumento importante nas estatísticas, ainda se considera apenas uma parte dos diversos tipos de violência às quais as mulheres são submetidas em seu cotidiano (GARCIA, 2016).

Comparação realizada entre 84 países acerca dos homicídios femininos no ano de 2009 apontou o Brasil como o sétimo país com maior taxa. Analisando os estados brasileiros, Pernambuco apresentou a décima maior taxa de homicídio feminino em 2010, sendo Recife a sexta capital brasileira no *ranking* nacional (WASELFISZ, 2012a). Estima-se que tenham ocorrido por dia, em média, 13,5 óbitos de mulheres por agressões no Brasil entre 2001 e 2011 (GARCIA; FREITAS; HÖFELMANN, 2013).

Observando o grave problema que circunda a violência contra as mulheres, cada setor tem um papel importante a desempenhar na resolução desta problemática.

Coletivamente, as abordagens adotadas por cada um têm o potencial de produzir importantes reduções na violência (KRUG et al., 2002).

A compreensão do fenômeno da violência, em especial a violência letal e de seus fatores relacionados devem ser ações contínuas e com envolvimento não apenas de autoridades, mas de toda a sociedade civil (CERQUEIRA et al., 2016). Ademais, a redução da desigualdade de gênero deve estar presente para seu enfrentamento. Assim será possível a garantia de acesso das mulheres ao direito básico de viver sem violência (GARCIA, 2016).

Apesar da violência doméstica ser um fenômeno que atravessa todas as classes sociais, os riscos para a ocorrência do evento são maiores nos espaços geográficos de condições sociais menos favorecidas ou de maior desigualdade social (LUCENA et al., 2012).

A mortalidade de mulheres por agressões atinge mulheres de todas as faixas etárias, etnias e níveis de escolaridade, em especial mulheres jovens, negras, com baixa escolaridade tendo como regiões de residência Centro-Oeste, Nordeste e Norte (GARCIA; SILVA, 2016). Quando essas mortes têm como motivação o fato de ser mulher, são considerados feminicídios (BRASIL, 2015).

Questões macroeconômicas como as diferenças nos níveis de renda nacional também estão associadas a problemas na saúde como as mortes relacionadas a lesões, com os países de renda baixa e média relatando taxas de mortalidade mais elevadas (BOLTE et al., 2012). Considerando a magnitude da violência contra a mulher, torna-se fundamental aprofundar a discussão acerca das mortes ocorridas de forma violenta na população feminina e quais fatores apresentam-se determinantes.

Abordagem necessária também está relacionada a distribuição espacial dos óbitos por causa violenta bem como a identificação de *cluster* e a influência exercida pela vizinhança e pelas características socioeconômicas sobre esse fenômeno. Conhecer o quanto dessas características do indivíduo e do ambiente podem estar influenciando a violência, permitirá produzir análises que subsidiarão no processo de planejamento intersetorial e multiprofissional de formulação de políticas, programas ou projetos visando mitigar a problemática.

Esse trabalho está estruturado em cinco seções. Após a subseção dos objetivos, é apresentada a fundamentação teórica estruturada em quatro subtópicos incluindo a contextualização da violência e violência contra a mulher, os determinantes

sociais da saúde, a evolução histórica da legislação protetiva da violência contra a mulher e análise dos estudos acerca da motivação dos crimes praticados contra as mulheres. A seção três apresenta a metodologia proposta e as fontes de dados dos três artigos. Os resultados apresentam os três artigos desenvolvidos e que compõem a tese. Por fim, a conclusão aborda o fechamento do estudo relacionados aos objetivos propostos e perspectivas.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo Geral

Estudar os determinantes ambientais e socioeconômicos das mortes violentas perpetradas contra mulheres.

1.1.2 Objetivos Específicos

1. Avaliar quanto dos crimes violentos letais e intencionais praticados contra as mulheres pode ser influenciado pelas características das vítimas e pelo local de ocorrência do crime;
2. Avaliar a distribuição espacial dos homicídios de mulheres e a existência de autocorrelação espacial com a quantidade de perfurações nas vítimas e tipo de arma utilizada nos crimes;
3. Avaliar a violência letal praticada contra mulheres segundo local do óbito, tipo da agressão e região brasileira.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA E VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

A violência, um dos principais problemas para a saúde pública (KRUG et al., 2002; PARANÁ, 2014) em função de sua magnitude, gravidade, vulnerabilidade e dos sérios problemas sociais com repercussões a saúde individual e coletiva (MINAYO, 2006; PARANÁ, 2014), vem sendo discutida em âmbito nacional e internacional (KRUG et al., 2002; PARANÁ, 2014).

Em 1996, apontamentos feitos pela Assembleia Mundial da Saúde, alertaram para as graves consequências da violência, tanto no curto quanto no longo prazo para indivíduos, famílias, comunidades e países, destacando também os efeitos prejudiciais sobre os serviços de saúde (KRUG et al., 2002; MINAYO, 2006). Esta, provavelmente, sempre foi parte da experiência humana e o seu impacto pode ser visto sob várias formas (KRUG et al., 2002).

A cada ano, mais de um milhão de pessoas perdem a vida e muitas sofrem lesões não fatais, como resultado da violência, estando entre as principais causas de morte no mundo (KRUG et al., 2002). Além da elevada mortalidade, os custos diretos em consequência da violência no Brasil são três vezes maiores do que o país investe em ciência e tecnologia (MINAYO, 2006).

Estes custos são refletidos em gastos anuais com saúde, além dos gastos indiretos para as economias nacionais como dias de trabalho perdidos, aplicação de leis e investimentos perdidos (KRUG et al., 2002). No geral, as pessoas mais atingidas estão entre 15 e 44 anos de idade, contudo, afeta também pessoas de todas as idades e ambos os sexos, mas principalmente mulheres e crianças (MINAYO, 2006).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a violência, excluindo-se os incidentes não intencionais, como:

O uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, outra pessoa, ou contra um grupo ou comunidade, que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, mau desenvolvimento ou privação (KRUG et al., 2002, p.5).

Outra contextualização da violência afirma que esta se baseia na coerção sendo o agir sem argumentar, sem o discurso ou sem contar com as consequências sendo um contexto inconcebível (SILVA; SEABRA; SOARES JÚNIOR, 2016).

As mortes violentas englobam um conjunto variado de circunstâncias, algumas tidas como acidentais, como as mortes no trânsito ou quedas fatais, outras como violentas, como os homicídios e suicídios. Essas causas são consideradas as causas externas de mortalidade e remetem a fatores independentes do organismo humano, fatores que provocam lesões ou agravos a saúde e que levam a morte do indivíduo (WAISELFISZ, 2014).

A violência é um problema de múltiplas facetas, com raízes biológicas, psicológicas, sociais e ambientais e afeta toda a população mundial (OMS, 2014). Quando esta é praticada contra as mulheres afeta aproximadamente um terço das mulheres em todo o mundo que estiveram em um relacionamento (WHO, 2013).

Dentre os aspectos relacionados à natureza dos atos violentos, a violência sexual é considerada estigmatizada, sendo por definição, uma das formas mais graves de violência, carregando sanções sociais pesadas em muitos contextos. Mulheres que sofrem violência sexual são 2,3 vezes mais propensas a ter transtornos por uso de álcool e 2,6 vezes mais propensas a ter depressão ou ansiedade do que as mulheres que não sofreram esse tipo de violência (WHO, 2013a).

A população feminina representou em 2011 aproximadamente 8% do total de homicídios, mas com características bem diferenciadas da mortalidade masculina. Apesar de ser considerado um índice baixo em relação aos homens, em 2011 mais de 4,5 mil mulheres foram vítimas de homicídio. Entre 1980 e 2011, morreram assassinadas 96.612 mulheres (WAISELFISZ, 2013). Em um período de 30 anos essa mortalidade mais que triplicou (WAISELFISZ, 2012a).

Estudos realizados em diferentes nações evidenciam que a porcentagem de mulheres de 15 a 49 anos de idade que já experimentaram violência física e/ou sexual por um parceiro íntimo, tipo mais comum de violência sofrida pelas mulheres, variou entre 15 e 71% ao longo da vida. Esta variação mostra que a violência contra as mulheres é evitável (WHO, 2013a, 2013b). No entanto, está enraizada na desigualdade de gênero (WHO, 2013b, 2016).

Em Recife e Região Metropolitana, pesquisa estimou a prevalência de 27,5% da violência contra a mulher sendo o cônjuge o principal perpetrador da violência (47,2%) entre os anos de 2005 e 2006 (SILVA et al., 2010). Em São Paulo, a ocorrência foi superior quando, estudo realizado com mulheres em Unidades Básicas de Saúde evidenciou que 76,5% delas já sofreram algum tipo de violência (OSIS;

DUARTE; FAÚNDES, 2012). Cerca de 30,2% das mulheres estava na faixa etária dos 50 anos, a maioria era da raça/cor preta e parda e tinha entre um e oito anos de estudo (SILVA et al., 2010).

Resultados semelhantes na cidade de Fortaleza, Ceará e São Paulo, onde a maioria das mulheres avaliadas era jovem, casada ou em união estável e tinha até 8 anos de estudo. O principal agressor foi o companheiro ou parceiro íntimo (COSTA et al., 2011; OSIS; DUARTE; FAÚNDES, 2012).

Estudo realizado na Zona da Mata em Pernambuco identificou que de 1.188 mulheres residentes na localidade afirmaram já ter sofrido violência ao menos uma vez na vida. O tipo de agressão sofrida pelas mulheres mais prevalente foi a violência psicológica seguida da física e sexual. A maioria era jovem, com baixa escolaridade e não tinha renda própria. Perfil divergente do encontrado em São Paulo neste mesmo estudo, onde a maioria das mulheres entrevistadas tinha maior escolaridade, menor número de filhos, renda própria, em comparação com as mulheres de Pernambuco (SCHRAIBER et al., 2007).

Analisando-se as causas de morte na população entre 15 e 49 anos do sexo feminino residente nas regiões do Brasil em 2012, observou-se que as causas externas encontraram-se em segundo lugar, perdendo apenas para as neoplasias, seguida das doenças do aparelho circulatório, em terceiro lugar. Quando avaliadas apenas as causas externas, as agressões ocupam o segundo lugar, ficando atrás apenas das causas acidentais (DATASUS, 2012).

Estudo que objetivou estimar as taxas de mortalidade de mulheres por agressões no Brasil, no período 2011-2013, apontou uma maior prevalência das mortes principalmente em mulheres jovens, negras, com baixa escolaridade e residentes nas regiões Centro-Oeste, Nordeste e Norte. As ocorrências das mortes no próprio domicílio e durante o final de semana sugere relação com a violência doméstica e familiar contra a mulher (GARCIA; SILVA, 2016).

Quando essas mortes têm como motivação o fato de ser mulher, são considerados feminicídios (BRASIL, 2015). O feminicídio geralmente é entendido como o assassinato intencional de mulheres pelo fato de serem mulheres, mas definições mais amplas incluem qualquer assassinato de mulheres ou meninas (WHO, 2012). A nomeação das mortes violentas de mulheres como feminicídio trouxe

avanços importantes uma vez que permite sensibilizar instituições e sociedade sobre sua ocorrência e permanência na sociedade (MULHERES, 2016).

O feminicídio é geralmente perpetrado por homens podendo também ter familiares envolvidos no crime. Em geral a violência por parceiro íntimo está relacionada ao feminicídio quando da perpetração da violência se dá por parceiros ou ex-parceiros. Ademais, é a culminância de um contexto contínuo de abuso com presença de ameaças e intimidação (WHO, 2012) sendo o desfecho desse histórico de violências (PRADO; SANEMATSU, 2017).

Pesquisa que realizou análise de casos de violência fatal contra mulheres em estados brasileiros apontou que esta é o desfecho, em alguma medida, previsível de relacionamentos em que são comuns xingamentos, ameaças, agressões, sendo esse convívio com situações violentas muitas vezes naturalizados tanto na ótica da mulher, do homem ou de testemunhas (MACHADO et al., 2015).

Outro ponto levantado pela literatura é a forma com que o crime é perpetrado apresentando características de maior agressividade expressas pela extrema violência aplicada contra as mulheres, o emprego de elementos para causar dor e sofrimento à vítima (PRADO; SANEMATSU, 2017). Tal fato é evidenciado por estudo de processos criminais, o qual identificou quantidade expressiva de lesões causadas por arma branca em alguns casos analisados. Isso tende a indicar a intenção de provocar aflição anterior à morte (MACHADO et al., 2015).

O tipo de instrumento utilizado nos crimes contra as mulheres varia dependendo do contexto analisado. Em um período compreendido entre 1980 e 2010, foram assassinadas no Brasil aproximadamente 91 mil mulheres sendo as armas de fogo os principais instrumentos utilizados pelos agressores (WAISELFISZ, 2012).

Gestores da saúde e os sistemas de saúde têm um papel fundamental no apoio às mulheres, minimizando o impacto e evitando que a violência aconteça (WHO, 2016). A compreensão da importância do enfrentamento da violência contra a mulher por parte dos gestores de saúde como parte do seu papel, é fundamental para formulação de políticas e criação de redes de apoio às mulheres que sofrem violência de gênero. Ações como capacitações específicas e maior atenção a elas em nível local também podem produzir resultados positivos importantes (BATISTA, SCHRAIBER, D'OLIVEIRA, 2018).

2.2 OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE E OS FATORES AMBIENTAIS E SÓCIOECONÔMICOS ASSOCIADOS À VIOLÊNCIA.

O processo saúde-doença está relacionado não só a ausência de um processo patológico, mas a um conjunto de fatores determinantes no processo de adoecimento. De forma semelhante as influências sobre a saúde geradas por causas violentas ou acidentais também apresentam uma determinação multifatorial. Dentre essas determinações, os contextos individuais, sociais e econômicos estão incluídos.

A análise da situação de saúde de uma população é acompanhada por meio de indicadores de saúde. Em uma ótica mais abrangente, estes expressam as condições de vida, saúde e assistência prestadas em uma localidade. O Brasil, apesar dos avanços dos últimos anos na melhoria do valor médio de seus indicadores de saúde, ainda se encontra entre os países com maiores iniquidades em saúde. Estas são produto de grandes desigualdades entre os diversos estratos sociais e econômicos da população (PELLEGRINI FILHO et al., 2008).

Em um contexto generalizado, sabe-se que as condições de vida e trabalho dos indivíduos e de grupos da população estão relacionadas com sua situação de saúde. Esta relação está inserida na definição dos determinantes sociais da saúde (DSS). Para a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), p.78, os DSS são:

Os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007, p.78).

A CNDSS, instituída no Brasil em 2006, propõe o desenvolvimento de uma série de atividades que contribuam para a discussão sobre a problemática dos determinantes sociais e das iniquidades em saúde. Esta comissão é composta por pessoas da sociedade civil, científica, cultural e empresarial sendo apoiada por secretaria técnica instalada na Fiocruz (PELLEGRINI FILHO et al., 2008).

O debate acerca dos DSS foi inicialmente proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS) tendo instituído também a *Commission on Social Determinants of Health* (CSDH) (CSDH, 2007). A comissão homônima da OMS adota uma definição mais curta, segundo a qual os DSS são as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Neste contexto,

o principal desafio dos estudos sobre as relações entre determinantes sociais e saúde consiste em estabelecer uma hierarquia de determinações entre os fatores mais gerais de natureza social, econômica, política e as mediações através das quais esses fatores incidem sobre a situação de saúde de grupos e pessoas, já que a relação de determinação não é uma simples relação direta de causa-efeito (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007, p.81)

Uma explicação esquemática dos DSS proposta por Dahlgren e White inclui os DSS dispostos em diferentes camadas, desde uma camada mais próxima dos determinantes individuais, os chamados determinantes proximais, até uma camada distal, onde se situam os macrodeterminantes (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007; DAHLGREN; WHITEHEAD, 2007).

Os fatores individuais envolvem a idade, sexo e fatores genéticos. Na camada imediatamente externa, aparecem o comportamento e os estilos de vida individuais. A camada seguinte destaca a influência das redes comunitárias e de apoio. No próximo nível, estão representados os fatores relacionados a condições de vida e de trabalho, disponibilidade de alimentos e acesso a ambientes e serviços essenciais, como saúde e educação (PELLEGRINI FILHO et al., 2008).

A idade, sexo e fatores genéticos fazem parte da composição de cada indivíduo e têm participação como fatores fixos dos determinantes, mas também se tem pouco controle sobre isso (DAHLGREN; WHITEHEAD, 2007). A atuação sobre os DSS sejam eles proximais, intermediários ou distais, particularmente sobre estes últimos, extrapola o nível de competência do setor saúde, obrigando ação conjunta de diversos setores (PELLEGRINI FILHO et al., 2008).

Assim como os fatores individuais estão inseridos na explicação da determinação social da doença, estes também são relacionados à problemática da violência. Estudos apontam as diferenças significativas entre idade, sexo e raça/cor dos indivíduos que sofrem violência. Pessoas mais jovens, do sexo masculino, pardos e/ou pretos apresentam maiores prevalências (CERQUEIRA et al., 2016; ENGEL et al., 2015; FRANCO et al., 2012; LIMA; BUENO, 2016; WAISELFISZ, 2011, 2015). Estas condições não são diferentes quando esta temática é analisada sob a ótica da violência de gênero, quando esta é praticada contra mulheres (ENGEL et al., 2015).

Segundo a OMS (2014), a violência interpessoal é um fator de risco para problemas sociais e de saúde sendo esta previsível e evitável e, claramente, a responsabilidade pelo combate cabe aos governos nacionais. Assim,

todos os tipos de violência estão fortemente associados a determinantes sociais, como governança fraca; estado de direito fraco; normas culturais, sociais e de gênero; desemprego; desigualdade de renda e de gênero; rápidas mudanças sociais; e oportunidades limitadas de educação. Fatores transversais de risco, como facilidade de acesso a armas de fogo e a outros tipos de arma, e consumo excessivo de álcool também estão fortemente associados a múltiplos tipos de violência. Juntos, esses fatores criam um ambiente social propício para a violência e, na ausência de esforços para enfrentá-los, torna-se difícil alcançar os ganhos sustentáveis da prevenção (OMS, 2014).p.33

Outros indicadores apontados pela literatura no tocante à prevenção estão relacionados a minimização das iniquidades sociais sobretudo nos macrodeterminantes envolvendo políticas públicas e decisão política. Alguns desses fatores são a redução substancial das desigualdades socioeconômicas, promoção de uma redistribuição de renda e o desenvolvimento de uma educação de qualidade (SALAMA, 2013).

Essas indicações são corroboradas pelo argumento de que o aumento das disparidades econômicas contribui para a violência e, portanto, os esforços de prevenção não deveriam se destinar exclusivamente a famílias pobres ou comunidades pobres. Não apenas a pobreza deve ser vista como principal determinante socioeconômico (ISMAYILOVA, 2015).

O primeiro Objetivo para o Desenvolvimento do Milênio (ODM) propunha a erradicação da extrema pobreza e da fome. Na transição proposta pela OMS dos ODM para os Objetivos para o Desenvolvimento Sustentável (*Sustainable Development Goals – SDG*), em contraste, existem vários outros objetivos que também contribuirão para a redução da pobreza e melhoria do desenvolvimento. Ademais, a desigualdade se torna mais central nos SDG, especialmente no SDG 10, que requer esforços para reduzir a desigualdade dentro e entre os países (WHO, 2015).

O Mapa da violência 2012, identificou mudanças nos padrões da violência homicida no Brasil com uma reversão do processo de concentração da violência. Essa reversão foi evidenciada pela disseminação e a interiorização dos homicídios tendo como consequência o deslocamento dos polos de ocorrência dos eventos

acometendo neste cenário, municípios de pequeno ou médio porte (WASELFISZ, 2011).

Ante o exposto, pesquisa (STEEVES; PETTERINI; MOURA, 2015) tentou buscar a explicação dessas mudanças por meio de uma análise empírica para explicar as dispersões da violência e da atividade econômica e relacionar as questões de segurança pública utilizando um indicador para medir a concentração geográfica das forças policiais.

A partir de uma análise utilizando dados de painel dos 26 estados brasileiros entre 1995-2011, o estudo evidenciou correlação entre a dispersão da violência e do Produto Interno Bruto (PIB) para as áreas menos urbanas. Contudo, não identificou nexo causal entre altas concentrações policiais nas grandes cidades e a dispersão de crimes violentos. Tal fato direciona para outros fatores que possam influenciar a interiorização da violência e que não esteja necessariamente relacionado apenas com segurança pública ou aumento de efetivo policial (STEEVES; PETTERINI; MOURA, 2015).

Estudo realizado na Antioquia (Colômbia) sobre a evolução da mortalidade por causas externas, nestas incluídos os homicídios, os suicídios e os acidentes de trânsito, e os fatores socioeconômicos entre 2000 e 2010 apontaram um gradiente social negativo com maior crescimento das taxas em municípios mais pobres e menos desenvolvidos. Além disso, os municípios com maiores necessidades básicas e piores índices de desenvolvimento humano também apresentaram maiores índices não diferindo entre os sexos (CAICEDO-VELÁSQUEZ; ÁLVAREZ-CASTAÑO; MARÍ-DELL'OLMO, 2016).

As diferenças nos níveis de saúde entre grupos inseridos em um contexto social e países estão mais relacionadas com fatores econômicos como o grau de equidade na distribuição de renda. As diferenças de renda influenciam a saúde pela escassez de recursos dos indivíduos e pela ausência de investimentos em infraestrutura comunitária decorrentes de processos econômicos e de decisões políticas (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Estudo realizado nos Estados Unidos da América, investigou os gastos governamentais estaduais e locais em bens públicos e desigualdade de renda como preditores dos riscos de morte. O estudo identificou relação entre os gastos do governo em nível estadual voltados para o bem-estar e educação com menores riscos

individuais de morrer, em especial por doença cardíaca e por todas as causas combinadas. A desigualdade em nível estadual previu maiores riscos de morrer de doença cardíaca e suicídio (KIM, 2016).

Na Espanha, estudo analisou a associação entre variáveis contextuais de desemprego regional e desigualdade de renda e a probabilidade individual da violência por parceiro íntimo das mulheres. Foi evidenciado que crescentes taxas de desemprego regionais e desigualdades de renda aumentam a probabilidade de as mulheres sofrerem violência (SANZ-BARBERO et al., 2015).

Diversas são as abordagens para o estudo sobre a relação das iniquidades de saúde e os DSS. A primeira prioriza os aspectos físico-materiais, entendendo que as diferenças de renda influenciam a saúde. Outro enfoque privilegia os fatores psicossociais. Os enfoques ecossociais e os chamados enfoques multiníveis buscam integrar as abordagens individuais e grupais, sociais e biológicas numa perspectiva dinâmica (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Um último aspecto busca analisar as relações entre a saúde das populações, as desigualdades nas condições de vida e o grau de desenvolvimento das relações de vínculos entre indivíduos e grupos. Desgaste nessas relações entre pessoas e grupos tornam-se um importante mecanismo propulsor das iniquidades de renda impactando negativamente a situação de saúde (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007). Neste contexto,

Países com frágeis laços de coesão social, ocasionados pelas iniquidades de renda, são os que menos investem em capital humano e em redes de apoio social, fundamentais para a promoção e proteção da saúde individual e coletiva. Esses estudos também procuram mostrar por que não são as sociedades mais ricas as que possuem melhores níveis de saúde, mas as que são mais igualitárias e com alta coesão social (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007). p. 82, 83.

A violência é um problema de múltiplas facetas, com raízes biológicas, psicológicas, sociais e ambientais. Destarte, a prevenção deve ser fortalecida com espectro abrangente envolvendo todos os fatores que estejam relacionado ao aumento da violência incluindo os principais determinantes sociais como a desigualdade econômica e de gênero (OMS, 2014)

Considerando os macrodeterminantes dispostos no nível distal do modelo dos DSS, assim como os determinantes proximais relacionados aos fatores do indivíduo, percebe-se a influência destes sobre o fenômeno da violência. Não haveria

possibilidade de uma tentativa de explicação considerando apenas um determinante. Assim, esse cenário reforça a teoria da determinação social da doença na explicação da violência onde diversos fatores influenciam as concentrações ou dispersões do fenômeno.

2.3 EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA LEGISLAÇÃO PROTETIVA NO ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA PERPETRADA CONTRA A MULHER.

Cerca de uma em cada três mulheres relatam ter sido vítima de violência física ou sexual por um parceiro íntimo em algum momento de suas vidas (WHO, 2013b). Não só a violência letal, mas as lesões não fatais também estão presentes e são praticadas por parceiros íntimos. Pelo menos um em cada sete homicídios em todo o mundo e mais de um terço dos homicídios femininos são perpetrados por um parceiro íntimo (STÖCKL et al., 2013). Quase metade de todas as mulheres vítimas de homicídio em 2012 foram mortas por seus parceiros ou familiares (UNODC, 2014).

No Brasil, a violência doméstica e familiar contra a mulher é considerada qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial (BRASIL, 2006). Esta violência doméstica acaba por ocorrer repetidamente ao longo da vida da mulher podendo culminar na sua morte (STÖCKL et al., 2013). Uma vez que a violência doméstica ocorre em ciclos, que muitas vezes se repetem, por meio do agravamento das agressões praticadas, a ocorrência do homicídio pode se dar não como um ato premeditado, mas como resultante de uma crise, em que uma agressão mais severa resultou inesperadamente na morte da mulher (CERQUEIRA et al., 2015).

Estudo aponta que a maior parte dos casos dos homicídios femininos são praticados nos seus domicílios e seu íterim predomina no final de semana, ratificando a relação dos homicídios em mulheres com as situações de violência doméstica e familiar (GARCIA; SILVA, 2016).

O enfrentamento da violência contra a mulher transcende o setor saúde, pois envolve consequências físicas, psicológicas, econômicas, jurídicas e sociais não só para a mulher, mas também para os demais membros da família, em especial os filhos e para a sociedade como um todo (WHO, 2013; CERQUEIRA et al., 2015).

Exerce assim, pressão sobre os sistemas de saúde e de justiça criminal. Alguns dos objetivos incluídos na agenda de desenvolvimento pós-2015 envolve a prevenção da violência com o estabelecimento de metas, dentre elas a redução de 50% das mortes relacionadas com a violência no mundo, e a eliminação da violência contra a criança e todas as formas de violência contra mulheres e meninas até 2030 (OMS, 2014).

Uma das propostas para prevenção da violência abordada pela OMS (2014) está pautada no fortalecimento do arcabouço jurídico – legal, considerando a inevitabilidade dessas agressões. Cerca de 80% dos países já promulgaram leis de prevenção à violência. A formulação e a aplicação destas leis devem ser acompanhadas visando à garantia da aplicação com rigor (OMS, 2014)

No Brasil, a legislação voltada para o enfrentamento da violência contra a mulher iniciou-se a partir das recomendações propostas na Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU) em 1997 sobre Prevenção ao Crime e Medidas da Justiça Criminal para Eliminar a Violência contra Mulheres (JESUS, 2015).

Em 2004, legislação específica alterou o Código Penal brasileiro no intuito de coibir a violência doméstica contra a mulher. Esta alteração foi feita por meio da Lei nº 10.886 de 17 de junho de 2004 com o acréscimo do artigo referente à violência doméstica passando a vigorar com a seguinte redação (JESUS, 2015):

Violência Doméstica:

§ 9º Se a lesão for praticada contra ascendente, descendente, irmão, cônjuge ou companheiro, ou com quem conviva ou tenha convivido, ou, ainda, prevalecendo-se o agente das relações domésticas, de coabitação ou de hospitalidade: Pena – detenção, de 6 (seis) meses a 1 (um) ano (BRASIL, 2004, p.1).

A violência doméstica, dentre todos os tipos de violência perpetrados contra a mulher é duplamente cruel, pois se caracteriza como uma violência de gênero e concomitantemente se materializa no ambiente que deveria ser, antes de tudo, um lugar seguro e acolhedor (SILVA; SEABRA; SOARES JÚNIOR, 2016).

Esta alteração, inicialmente, não trouxe mudança substancial na legislação já existente. Assim, o objetivo da Lei, que, em obediência à Constituição Federal, era tornar mais grave a resposta penal em face da prática de violência doméstica contra a mulher, não logrou êxito. Neste caso, considerando o tempo da pena, era tratado crime de menor potencial ofensivo o que permitia, na fase policial, prescindir-se do flagrante delito (JESUS, 2015). Além disso, não se oferecia nenhuma medida protetiva

para a mulher ofendida (CERQUEIRA et al., 2015). Tal situação inibia as mulheres em denunciar os agressores.

Após essa alteração as discussões deram seguimento quanto a necessidade de melhoria das medidas de proteção para as mulheres. Associado a isso, o processo de alteração da legislação foi impulsionado pelas lutas de grupos feministas e após o conhecido caso de Maria da Penha Fernandes quando, precisou recorrer à Organização dos Estados Americanos em decorrência da impunidade e morosidade de resposta judicial às tentativas de homicídio que sofreu (MARTINS; CERQUEIRA; MATOS, 2015).

A formulação e sanção da Lei Maria da Penha contou também com a participação ativa da Secretaria de Política para Mulheres, academia, operadores do direito e o Congresso Nacional (CERQUEIRA et al., 2015).

No Brasil, um marco importante na prevenção da violência contra a mulher foi a promulgação da Lei nº 11.340, conhecida como Lei Maria da Penha em 2006 aumentando o rigor das punições da violência contra as mulheres no âmbito doméstico e familiar a partir do momento que cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher (BRASIL, 2006).

Outra importante medida para o enfrentamento da violência contra a mulher, neste caso a violência letal, foi a promulgação da Lei nº13.104/2015, conhecida como a Lei do Feminicídio (BRASIL, 2015).

Com isso, a principal Lei no combate à violência perpetrada contra mulheres foi a Lei nº11.340 de 2006, conhecida por Lei Maria da Penha. Esta, cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher e estabelece medidas protetivas às mulheres em situação de violência, fortalecendo assim o arcabouço jurídico brasileiro (BRASIL, 2006). No entanto, o enfoque da Lei está voltado para medidas mais rigorosas relacionadas à violência não letal. É razoável imaginar que esta, ao fazer cessar ciclos das agressões, gere também um efeito de segunda ordem para fazer diminuir os homicídios ocasionados por questões domésticas e de gênero (CERQUEIRA et al., 2015).

A Lei apresentou avanços inovadores relacionado às questões de gênero, inclusive com a definição e tipificação da violência doméstica e familiar e a ratificação da agressão como violação dos direitos humanos (BRASIL, 2006; MENEZES et al., 2013).

Esta representou um marco institucional importante, pois procurou tratar de forma integral o problema da violência doméstica, e não apenas da imputação de uma maior pena ao ofensor. Ademais, a nova legislação criou um conjunto de instrumentos para possibilitar a proteção e o acolhimento emergencial à vítima com garantia de assistência social, permitindo também, o afastamento do agressor (CERQUEIRA et al., 2015).

Outro avanço apontado pelo penalista Damásio de Jesus (2015), foi no conceito de violência contra a mulher, nos termos dos tipos, quando a nova lei não a restringe a violência física. Traz apenas o termo “violência” em seu artigo 5º. Além disso, houve inclusão de novo artigo acrescentando agravante quando a agredida for portadora de deficiência, fato este inexistente na legislação penal anterior. Todavia, fragilidades relacionadas ao âmbito jurídico também foram apontadas pelo penalista brasileiro (JESUS, 2015):

Estatuto eivado de impressionantes inconstitucionalidades, contradições e confusões, péssima técnica e imperfeições de redação, a nova lei será objeto de inúmeras críticas e aplausos, submetendo mais uma vez o estudioso do Direito brasileiro e intenso esforço de interpretação. Foi, entretanto, um avanço em nossa legislação, devendo ser aperfeiçoado (JESUS, 2015, p.52).

Tal cenário é necessário considerando que muitos feminicídios, em especial cometidos por parceiros íntimos, são cometidos contra mulheres sob medidas protetivas como afirma estudo que analisou casos de homicídio conjugal cometidos na cidade de Florianópolis, entre 2000 a 2010 o qual apontou os agressores como homens, em sua maioria, e tem como causa, dentre outras, a separação de corpos (BORGES; LODETTI; GIRARDI, 2014).

Mesmo com os avanços nas medidas protetivas estabelecidas na legislação inicial, estudo realizado com mulheres e operadores do setor policial, jurídico, ação social, saúde e organizações não governamentais apontam algumas fragilidades. Dentre elas descreve a ineficiência na aplicação das medidas protetivas, a falta de recursos materiais e humanos, a fragmentação da rede de atenção e o movimento de setores conservadores da sociedade para deslegitimar a Lei (MENEZES et al., 2013).

Pesquisa que avaliou o impacto da Lei Maria da Penha sobre a mortalidade de mulheres por agressões no Brasil por meio de um estudo de séries temporais de tipo antes e depois, com dados do período 2001-2011, não identificou redução

estatisticamente significativa da taxa de homicídio feminino antes e após a implementação da lei (GARCIA; FREITAS; HÖFELMANN, 2013). Por outro lado, os autores utilizam taxa de homicídios de mulheres como uma *proxy* para homicídios envolvendo questões de gênero. Este fenômeno vai além da violência de gênero, confundindo-se com a violência generalizada na sociedade, que vitimiza homens e mulheres e que pode ter variado por influências de variáveis não observadas (CERQUEIRA et al., 2015).

Estudo que avaliou a efetividade da lei sobre os homicídios de mulheres por meio do modelo de diferenças em diferenças no Brasil, apresentou resultados de que a lei cumpriu um papel relevante para conter a violência de gênero. Apesar da sua efetividade não ter sido homogênea no país, a sua eficácia depende da institucionalização de vários serviços protetivos nas localidades, que se deu de forma desigual (CERQUEIRA et al., 2015).

Neste sentido, alterações na legislação para o enfrentamento da violência contra a mulher continuam a ser feitas no intuito do fortalecimento das medidas de proteção. Em 2017, a Lei 13.505, publicada em 08 de novembro, alterou a Lei Maria da Penha, incluindo o direito “da mulher em situação de violência doméstica e familiar de ter atendimento policial e pericial especializado, ininterrupto e prestado, preferencialmente, por servidores do sexo feminino” (BRASIL, 2017). Ademais, prevê a garantia de que, em nenhuma hipótese, a mulher em situação de violência doméstica e familiar, familiares e testemunhas tenham contato direto com investigados ou suspeitos e pessoas a eles relacionadas (BRASIL, 2017).

Importante alteração da legislação protetiva também ocorreu em 2018 com a Lei 13.641, promulgada em 03 de abril. Esta inclui a Seção IV na Lei Maria da Penha prevendo a tipificação do crime de descumprimento de medidas protetivas de urgência com previsão de pena de detenção de 3 meses a dois anos (BRASIL, 2018).

Outro avanço trazido desde o momento inicial da promulgação da Lei Maria da Penha foi o maior rigor em situações de retratação da mulher só podendo esta ser feita antes do recebimento da denúncia e perante o juiz como o descrito no seu Artigo 16 abaixo (BRASIL, 2006):

Nas ações penais públicas condicionadas à representação da ofendida de que trata esta Lei, só será admitida a renúncia à representação perante o juiz, em audiência especialmente designada com tal finalidade, antes do recebimento da denúncia e ouvido o Ministério Público (BRASIL, 2006, p.06).

Na esfera estadual, em 2009, Pernambuco publicou a Lei nº 13.977 que instituiu o serviço de abrigamento, atendimento e proteção às mulheres em situação de violência doméstica e familiar sob risco de morte, no âmbito do estado (PERNAMBUCO, 2009). Essa medida permitiu a proteção da mulher e de seus filhos menores de 18 anos em local fora do seu ambiente doméstico como casas-abrigo como forma de prevenir o homicídio.

Na Bahia, foi estabelecido em 2015 um Termo de Cooperação Técnica assinado pelo Governo do Estado através da Secretaria de Segurança Pública e da Secretaria de Políticas para Mulheres, do Tribunal de Justiça, Ministério Público e Defensoria Pública, no dia 08 de março de 2015, o qual instituiu A Ronda Maria da Penha. Esta, inicialmente esteve voltada às ocorrências de mulheres residentes de Salvador e em seguida estendida para o município de Juazeiro, Bahia, funciona para atuar diretamente nas Medidas Protetivas de Urgência expedidas pelo Tribunal de Justiça da Bahia voltadas a mulheres que sofrem violência doméstica. A implementação do projeto teve suporte nas medidas de proteção às mulheres estabelecidas na Lei Maria da Penha e fortalecida pelas recentes legislações (MELO; FERNANDES; BRANDÃO, 2018).

A legislação referente à violência letal contra a mulher em âmbito nacional foi promulgada em 2015 com alteração do Código Penal Brasileiro por meio da Lei nº 13.104 de 09 de março. Esta prevê a inclusão do feminicídio como o crime praticado contra a mulher por razões da condição do sexo feminino, incluindo este no rol de crimes hediondos (BRASIL, 2015).

O feminicídio é a etapa final do *continuum* da violência contra a mulher sendo muitas delas passíveis de serem evitadas (MENEGHEL; PORTELLA, 2017). A discussão acerca das definições do feminicídio indicam o caráter social e generalizado da violência baseada na inequidade de gênero e impede a elaboração de teses, no âmbito jurídico, que direcionem culpa para as vítimas. Desarticula os argumentos de que esta é um assunto privado, mostrando seu caráter social, produto das relações de poder entre os homens e as mulheres (JESUS, 2015).

2.4 ANÁLISE DOS ESTUDOS ACERCA DA MOTIVAÇÃO DA VIOLÊNCIA PERPETRADA CONTRA MULHERES

Contextos individuais relacionados à violência contra a mulher, como escolaridade e vivências anteriores de situações de violência, uso de álcool e outras drogas, ou mesmo a inserção no meio, dentre outros, podem apresentar-se como fatores de risco para a perpetração da violência (WHO, 2014). Entretanto, questões macroeconômicas analisadas por meio de indicadores como o Índice de Gini aparecem como associados à elevadas taxas de homicídio quando analisada em uma perspectiva geral (WOLF; GRAY; FAZEL, 2014).

A violência letal praticada contra as mulheres ganhou destaque no Brasil a partir de 2015, em especial no ordenamento jurídico quando teve uma qualificadora acrescentada no Código Penal Brasileiro em se tratando de crimes praticados contra mulheres relacionando à motivação tornando um crime hediondo (BRASIL, 2015).

A importância da definição do feminicídio no arcabouço teórico e legal no Brasil tem uma perspectiva de chamar atenção para a necessidade de conhecer sua dimensão e permitir a ideia de desnaturalizar concepções e práticas enraizadas nas relações pessoais e instituições que corroboram a permanência da violência fatal contra as mulheres em diferentes realidades (PRADO; SANEMATSU, 2017).

Apesar dos diversos estudos apresentarem os índices da violência, em especial, a violência praticada contra mulheres mostrando também os fatores de risco relacionados, é importante conhecer de forma clara a motivação dos crimes praticados contra as mulheres. Foi realizada uma análise nas publicações da base científicas nacionais e internacionais dos últimos cinco anos que apresentaram as motivações para a violência perpetrada contra mulheres.

Como principais resultados apontados na literatura, observou-se que centenas de mulheres são assassinadas no Brasil por seus parceiros íntimos, caracterizando a violência contra a mulher como um problema social e cultural (OLIVEIRA; BRESSAN, 2014). As pesquisas que abordam a motivação da violência praticada contra mulheres seja ela letal ou não letal trazem informações relevantes mostrando a ótica do agressor. Dos estudos analisados, um apresentou metodologia qualitativa (OLIVEIRA; BRESSAN, 2014), outro quantitativa (BORGES; LODETTI; GIRARDI, 2014) e outro método misto de análise (SILVA; COELHO; NJAINE, 2014).

O primeiro artigo objetivou colaborar no entendimento sobre os crimes passionais, investigando as percepções de sujeitos que cometeram esses crimes contra mulheres. Foram entrevistados sujeitos apenas sendo homens na faixa

etária de 35 a 49 anos. As principais motivações na percepção do sujeito sobre crime foram: o controle sobre a mulher, problemas relacionados às famílias de origem, traição, autopercepção, culpa, medo do abandono e perspectivas para o futuro (OLIVEIRA; BRESSAN, 2014).

Perspectiva importante identificada nos discursos dos agressores foi a vivência em contextos familiares violentos assim como situações de abandono por parte da família. Fatos esses que podem ter influenciado as situações conjugais violentas. Aspectos como ciúmes e possessão estavam presentes nos relacionamentos conturbados estabelecidos com suas companheiras em todos os momentos e situações da vida conjugal foram verificados no estudo. Ademais, a traição ou o medo de ser traído também surgiu como um ponto crítico nos casos abordados pelos autores (OLIVEIRA; BRESSAN, 2014).

A violência praticada por parceiro íntimo, refere-se ao comportamento de um parceiro íntimo ou ex-parceiro que causa danos físicos, sexuais ou psicológicos, incluindo agressão física, sexual, abuso psicológico e comportamentos de controle sobre as mulheres (WHO, 2014). Adultos que cresceram vivenciando as situações de violência em casa têm mais chance de perpetrar ou experienciar a violência por parceiro íntimo. Tal fator de risco é relatado em nível individual (WHO, 2013).

O segundo estudo traz uma perspectiva quantitativa do homicídio conjugal realizado em Florianópolis a partir da análise de 29 processos criminais no período de 2000 a 2010. O tipo de violência analisada pela pesquisa foi a violência letal trazida pelos autores como homicídios conjugais. Em uma perspectiva geral, os autores apontam para uma predominância de casos cometidos por agressores do sexo masculino (BORGES; LODETTI; GIRARDI, 2014).

O vínculo entre o agressor e a vítima de maior recorrência foi a separação de corpos o qual também se configurou como a principal motivação encontrada para efetivação do crime (BORGES; LODETTI; GIRARDI, 2014). Em muitos países da América Latina e Caribe, a prevalência da violência física e sexual praticada por parceiros íntimos foi maior em mulheres da zona urbana, entre mulheres separadas ou divorciadas, entre as mulheres atualmente ou recentemente empregadas e entre as mulheres nas categorias baixas renda ou educação (BOTT et al., 2013).

Outro aspecto relevante identificado pela pesquisa foi a história anterior de violência entre a vítima e o agressor (BORGES; LODETTI; GIRARDI, 2014). Tal fato

ratifica a ocorrência da recorrência da violência doméstica além necessidade de quebra desse vínculo para mudanças de comportamentos futuros.

Quanto ao instrumento utilizado para efetivação dos homicídios femininos, observou-se que, entre os perpetradores mais velhos, houve uma maior utilização de arma de fogo. Contudo, quanto menor foi a idade do agressor e da vítima, maior foi a probabilidade de o meio utilizado ser um objeto perfuro cortante (BORGES; LODETTI; GIRARDI, 2014).

O local de ocorrência dos crimes também foi relatado no artigo e aponta que a maioria dos casos ocorreu na residência da vítima, do agressor, ou de ambos. Contudo, é importante notar que 44,8% dos casos em que o ato violento ocorreu em outros locais, houve predominância dos ambientes de trabalhos das vítimas (BORGES; LODETTI; GIRARDI, 2014). Mortes ocorridas no domicílio, reforçam a tese de que se trata de feminicídio ocorrendo de forma diferente dos homens, que, em sua maioria, ocorrem em espaços públicos, cometidos por outros homens (COSTA; PORTO, 2014).

Os autores da terceira pesquisa utilizam uma metodologia mista de análise para investigar a motivação da violência conjugal segundo os depoimentos de homens e mulheres registrados nos inquéritos policiais (IP) em Florianópolis, Santa Catarina, em 2010. Foram analisados 172 IP. O tipo de violência investigada no artigo foi a violência doméstica praticada pelo companheiro ou ex-companheiro (SILVA; COELHO; NJAINE, 2014).

Assim como no estudo anterior, os autores também identificaram que a maioria dos casais eram separados ou divorciados com idade entre 31 e 40 anos e período de convivência de até onze anos. As principais motivações para as agressões foram ciúmes associados ao uso de drogas. Chama atenção a percepção dos homens agressores de culpabilização, ou tentativa de minimização da situação, das mulheres pelos atos violentos praticados por eles alegando também serem vítimas de violência por suas companheiras. Os autores reforçam a tese da influência de questões culturais de gênero e socioeconômicas na problemática da violência praticada contra as mulheres (SILVA; COELHO; NJAINE, 2014).

A desigualdade de gênero está enraizada na violência praticada por parceiro íntimo (WHO, 2013; 2016). Ademais, é um fenômeno multifacetado considerando a existência da cultura patriarcal a qual fere os direitos humanos das mulheres, dos

homens e dos filhos (COSTA; PORTO, 2014). Nesse sentido, os sistemas de saúde têm papel importante no apoio às mulheres minimizando os impactos e prevenindo as recorrências (WHO, 2013, 2016).

Diante dos estudos analisados observou-se a presença da relação doméstica entre a vítima e o agressor. O ciúme e sentimento de posse foram motivadores para o crime. Ponto importante é que muitos dos crimes ocorreram quando medidas como separação de corpos já haviam sido tomadas assim como vivências de outras formas de violência contra a mulher foram identificadas.

3 METODOLOGIA E DESCRIÇÃO DOS DADOS

3.1 MODELO HIERÁRQUICO LINEAR (MHL)

Para o primeiro artigo, foi realizado um estudo transversal a partir dos registros de óbito de mulheres de 15 anos ou mais, vítimas de CVLI, no município de Recife, Pernambuco, entre os anos de 2000 a 2012. Este artigo, adotou a terminologia utilizada pela Secretaria Nacional de Segurança Pública no Brasil, para análise da criminalidade violenta, especialmente aquela que resulta em mortes, tais como: homicídios, latrocínios e lesões corporais seguidas de morte, sendo estes os chamados Crimes Violentos Letais e Intencionais (CVLI) (ENGEL et al., 2015).

Para se chegar a análise e aos resultados foram utilizadas as variáveis em dois níveis, o individual e o contextual. As variáveis de nível individual foram: causa do óbito (CVLI e demais causas violentas e acidentais); raça/cor da vítima (brancas e negras: incluindo pretas, pardas, amarelas ou indígenas) e idade (em anos).

As variáveis de nível contextual incluíram: renda média do bairro de ocorrência (valor médio e seu logaritmo); Índice de Gini (valor médio entre 0 e 1); densidade populacional em 2010 (habitantes/m²); população de mulheres nos bairros em 2010; variável de interação entre a variável binária mulheres brancas e o log da renda média per capita (Log renda per capita x mulheres brancas).

As informações das mulheres foram obtidas nos registros do Instituto Médico Legal (IML) de Recife, Pernambuco. As variáveis socioeconômicas dos bairros foram obtidas por meio de informações censitárias, disponíveis no Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), referentes aos anos de 2000 e 2010 (IBGE, 2010).

Os dados coletados foram tabulados e apresentados na forma de tabelas por meio do Microsoft Excel 2013 e tratados no programa estatístico *Stata* 12.0. Inicialmente, a estatística descritiva foi utilizada para apresentar os atributos da mulher e as características socioeconômicas dos bairros. As informações ignoradas foram excluídas do banco.

O fato de diferentes níveis (contextuais e individuais) influenciarem a probabilidade do assassinato, justifica-se pela utilização do método de estimação denominado Modelo Hierárquico Linear (MHL).

O MHL foi iniciado com o ajuste de um modelo nulo indicando a probabilidade média da mulher ir a óbito por CVLI em comparação às demais causas sem inclusão de variáveis de controle. O modelo nulo é utilizado como um parâmetro de análise dos modelos seguintes. Na sequência, acrescentou-se as características das vítimas (modelos 2 e 3) e do bairro (modelo 4), conseguindo-se quantificar a influência do bairro na probabilidade de a mulher ser vítima de homicídio. Nas 2 etapas iniciais, permite-se que apenas o intercepto varie entre bairros. O modelo 2 assume que o efeito das características individuais, como idade e raça/cor são os mesmos em todos os bairros, ou seja, os coeficientes de todas as variáveis explicativas são fixos entre os bairros.

Estendendo o modelo de intercepto aleatório para permitir que o intercepto e o coeficiente de uma das variáveis explicativas varie aleatoriamente entre os bairros, realizou-se o modelo 3. Neste, aplicou-se o teste *likelihood ratio* para avaliar se o efeito da raça/cor da vítima na ocorrência do crime varia entre os bairros. Nos modelos 3 e 4, testou-se se os coeficientes das características das vítimas variam também entre os bairros, o que tornaria os estimadores das covariáveis enviesados.

A hipótese nula é que os dois novos parâmetros: Variância (mulheres não brancas) e Covariância ($\mathcal{E}$, mulheres não brancas) sejam simultaneamente iguais a zero, onde $\mathcal{E}$ representa o termo de erro do modelo hierárquico. Para a análise do efeito, utilizaram-se as variações proporcionais das variâncias entre os modelos, o cálculo da estimativa da covariância e as razões de chances (*odds ratio*, OR). As razões de chance foram consideradas significativas ao nível de 5% e adotou-se um Intervalo de Confiança de 95%. A avaliação dos modelos foi realizada pelo teste de razão de probabilidade (*likelihood ratio*, LR teste) de acordo com o valor de p. A análise do comportamento das variâncias entre os modelos foi feita pela comparação da variação proporcional ocorrida entre os desvios padrão como sugere Hamilton (HAMILTON, 2013).

3.2 MODELOS DE ECONOMETRIA ESPACIAL

O segundo artigo, utilizou-se de um estudo analítico com utilização de econometria espacial. Foram incluídos todos os registros de óbitos por homicídio de mulheres maiores de 15 anos ocorridos em Recife entre 2000 e 2010 e cujas

necropsias foram feitas pelo Instituto Médico Legal (IML) do município de Recife, Pernambuco, Brasil. O município de Recife tinha população estimada de 1.633.697 habitantes em 2017 (IBGE, 2017) e 94 bairros.

As variáveis para os bairros foram obtidas a partir de informações censitárias fornecidas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Considerando a utilização de dois bancos diferentes, aplicou-se a técnica de *linkage* para a unificação das informações a partir de relacionamento determinístico utilizando como variável chave o bairro de ocorrência do crime.

As variáveis relacionadas à mulher e à forma de ocorrência do crime foram: idade, raça/cor, número de perfurações no corpo da vítima, instrumento que produziu a morte: arma de fogo (considerada para as lesões perfuro-contundentes) e arma branca (considerada para os demais tipos de lesões).

As variáveis sociodemográficas e econômicas dos bairros utilizadas foram: renda média, Índice de Gini, densidade populacional habitantes/m² em 2010, a população de mulheres (para o cálculo da taxa). Foi calculada a taxa de homicídios femininos incluindo o total de óbitos agregados por bairros no numerador e a população feminina no mesmo local, utilizando-se a constante de 100.000 habitantes.

Inicialmente foi realizada estatística descritiva com a utilização da distribuição de frequência e mediadas de tendência central e dispersão. A análise de dependência espacial iniciou-se com a apresentação da distribuição descritiva das variáveis em mapas. Em seguida, avaliou-se a presença de clusters, por meio do Moran Local (*Local Indicators of Spatial Association – LISA*). Para tanto, foi realizada a análise bivariada LISA entre a variável dependente: taxas de homicídio feminino, e as variáveis independentes: número de perfurações nas vítimas e o tipo de arma envolvida no crime com o software GeoDa 1.10.0.8. Para tanto, foram construídos os mapas com cada par de variáveis e verificado o padrão de dependência espacial e a sua significância estatística.

Os dados coletados foram tabulados e apresentados na forma de tabelas por meio do Microsoft Excel 2013 e tratados no programa estatístico Stata 12.0.

3.3 ESTUDO ECOLÓGICO

Trata-se de um estudo epidemiológico do tipo ecológico. Os dados sobre mortalidade foram coletados a partir do Sistema de Informações sobre Mortalidade do Sistema Único de Saúde (SIM/SUS) disponíveis no Departamento de Informática do SUS (DATASUS) para o ano de 2015. As informações populacionais utilizadas foram obtidas nas projeções populacionais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para o mesmo ano.

Foram incluídas na amostra todos os registros de óbitos de mulheres de 15 anos ou mais por agressão segundo local de residência. A variável relacionada ao local do óbito incluiu: hospital, domicílio e via pública. As regiões brasileiras analisadas foram: Norte, Nordeste, Sudeste, Sul, Centro-Oeste e Brasil.

Os tipos da agressão utilizados no presente estudo, estiveram relacionados com crimes de crueldade praticados contra as mulheres. Nesse sentido, foram divididos seguindo as categorias da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – Décima Revisão (CID-10) seguindo a descrição abaixo.

Distribuição das categorias de análise do tipo de agressão e os respectivos códigos da CID-10 utilizados:

- Estrangulamento: X91 – Agressão por enforcamento, estrangulamento, sufocação.
- Arma de fogo: X93 – Agressão por disparo de arma de fogo de mão, X94 – Agressão por disparo arma fogo de maior calibre, X95 – Agressão por disparo, outra arma de fogo ou não especificada.
- Arma branca: X99 – Agressão por objeto cortante ou penetrante.
- Objeto contundente: Y00 – Agressão por meio de um objeto contundente.
- Força corporal: Y04 – Agressão por meio de força corporal;
- Agressão sexual por meio de força física: Y05 – Agressão sexual por meio de força física.

A variável dependente utilizada foi a taxa de mortalidade por homicídio feminino. Para tanto, procedeu-se ao cálculo incluindo-se no numerador: Número de óbitos em mulheres em determinado local e período dividido pela estimativa populacional feminina na mesma faixa etária, local e período, multiplicado por 100.000 habitantes.

Inicialmente a taxa foi analisada para todo o Brasil verificando-se a diferença entre sua ocorrência média segundo o local do óbito, tipo da agressão e região brasileira, incluindo seu valor médio para o Brasil. Posteriormente a amostra se restringiu aos homicídios praticados apenas no domicílio da vítima segundo o tipo de agressão sofrida pela mulher e região brasileira.

A análise estatística foi iniciada com a avaliação da normalidade da distribuição da taxa por meio do teste Shapiro Wilk. Considerando a distribuição não normal ($p < 0,001$), procedeu-se à análise não paramétrica pelo teste de Kruskal-Wallis. Adotou-se intervalo de confiança de 95% e significância de 5%. Utilizou-se o software estatístico Stata versão 14.0 e o Microsoft Office Excel 2013 para análise estatística e construção da tabela, respectivamente.

3.4 ASPECTOS ÉTICOS

Foram respeitados todos os preceitos éticos para pesquisas com seres humanos garantido confidencialidade e sigilo das informações estabelecidos na Resolução CNS nº 466/2012 (CNS, 2012). Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética de Pesquisa em Seres Humanos da Universidade de Pernambuco (UPE) e foi aprovado sob o Registro 020/10 para os dois primeiros artigos.

O terceiro artigo seguiu a Resolução nº 510/2016, dispensando avaliação do Comitê de Ética por se tratar de dados de domínio público. Por se tratar de estudo que utilizou dados agregados e de domínio público, sem possibilidade de qualquer identificação das vítimas, e está dentro dos estudos na área das Ciências Humanas e Sociais (CNS, 2016).

4 RESULTADOS

4.1 ARTIGO 1 - FATORES INDIVIDUAIS E CONTEXTUAIS NA DETERMINAÇÃO DA VIOLÊNCIA LETAL CONTRA A MULHER

RESUMO

Objetivou-se avaliar quanto dos crimes violentos letais e intencionais praticados contra as mulheres, pode ser influenciado pelas características das vítimas e pelo local de ocorrência do crime. Realizou-se estudo transversal com informações sobre óbitos por causas violentas e acidentais de mulheres a partir de 15 anos de idade que tiveram necrópsias realizadas pelo Instituto de Medicina Legal de Recife, Pernambuco. Aplicou-se o modelo hierárquico linear em dois níveis: mulher e bairro de ocorrência, adotando-se significância de 5%. Utilizaram-se o *odds ratio* e a análise da variância entre os modelos. Mulheres negras e de menor idade apresentaram maiores chances de serem fatalmente agredidas. Entretanto, nos bairros mais ricos, o risco de as mulheres brancas serem assassinadas foi maior.

Palavras-chave: Violência contra a mulher; Mortalidade; Fatores socioeconômicos; Análise multinível; Estudos transversais.

ABSTRACT

The objective was to evaluate how much of the lethal and intentional violent crimes committed against women can be influenced by the characteristics of the victims and by the place where the crime occurred. A cross-sectional study was conducted with information obtained about deaths due to violent and accidental causes death of women as from 15 years of age, of whom autopsies were performed by the Institute of Forensic Medicine of Recife, Pernambuco, Brazil. A linear hierarchical model was applied at two levels: women and suburb where this occurred, adopting a level of significance of 5%. The Odds Ratio and Analysis of Variance was used between the models. Black women and minors presented higher chances of being fatally assaulted.

However, in neighborhoods with higher income levels, the risk of white women being murdered was higher.

Key words: Violence Against Women; Mortality; Socioeconomic Factors; Multilevel Analysis.

INTRODUÇÃO

A violência sofrida pela mulher materializa-se em agravos biopsicossociais que dificultam a experiência de viver a igualdade humana e social plenamente (LUCENA et al., 2012). A compreensão do impacto dessa violência na vida individual e social implica envolvimento de temas relacionados ao ambiente em que vive, assim como as condições socioeconômicas da população (LUCENA et al., 2012).

A situação de vulnerabilidade vivida pela mulher com histórico de situação de violência é expressa pelo risco de morte por agressão (BARUFALDI et al., 2017) e, quando essa envolve contextos marcados por razões do sexo feminino, é considerada feminicídio (BRASIL, 2015).

A desigualdade econômica e os hábitos individuais, como uso de bebidas alcoólicas, podem aumentar a probabilidade de violência praticada, especialmente, por parceiro íntimo, contra a mulher e outros grupos vulneráveis (OMS, 2014).

O comportamento do parceiro e as condições econômicas das mulheres revelam-se fatores de risco para à violência conjugal, sendo importante a análise do fenômeno da violência no contexto da comunidade (ISMAYILOVA, 2015). Estratégias de análise se mostram importantes no estudo dos fatores relacionados a violência, dentre elas, a análise multinível (BEYER et al., 2015).

Estudos que avaliem os fatores socioeconômicos referentes ao ambiente em que a mulher está inserida, como o bairro, ao mesmo tempo em que são levadas em consideração suas características individuais, permitem melhor compreensão da influência da violência letal que atinge as mulheres. A presente pesquisa teve por objetivo avaliar quanto dos crimes violentos letais e intencionais (CVLI) praticados contra as mulheres pode ser influenciado pelas características das vítimas pelo local de ocorrência do crime.

MÉTODOS

Foi realizado um estudo transversal a partir dos registros de óbito de mulheres de 15 anos ou mais, vítimas de CVLI, no município de Recife, Pernambuco, entre os anos de 2000 a 2012. Para fins deste estudo, adotou-se a terminologia utilizada pela Secretaria Nacional de Segurança Pública no Brasil, para análise da criminalidade violenta, especialmente aquela que resulta em mortes, tais como: homicídios, latrocínios e lesões corporais seguidas de morte, sendo estes os chamados Crimes Violentos Letais e Intencionais (CVLI) (ENGEL et al., 2015).

Para se chegar a análise e aos resultados foram utilizadas as variáveis em dois níveis, o individual e o contextual. As variáveis de nível individual foram: causa do óbito (CVLI e demais causas violentas e acidentais); raça/cor da vítima (brancas e negras: incluindo pretas, pardas, amarelas ou indígenas) e idade (em anos).

As variáveis de nível contextual incluíram: renda média do bairro de ocorrência (valor médio e seu logaritmo); Índice de Gini; densidade populacional em 2010 (habitantes/m²); população de mulheres nos bairros em 2010; variável de interação entre a variável binária mulheres brancas e o log da renda média per capita (Log (renda per capita) x (mulheres brancas)).

As informações das mulheres foram obtidas nos registros do Instituto Médico Legal (IML) de Recife, Pernambuco. As variáveis socioeconômicas dos bairros foram obtidas por meio de informações censitárias, disponíveis no Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), referentes aos anos de 2000 e 2012 (IBGE, 2010).

Os dados coletados foram tabulados e apresentados na forma de tabelas por meio do Microsoft Excel 2013 e tratados no programa estatístico *Stata* 12.0. Inicialmente, a estatística descritiva foi utilizada para apresentar os atributos da mulher e as características socioeconômicas dos bairros. As informações ignoradas foram excluídas do banco.

O fato de diferentes níveis (contextuais e individuais) influenciarem a probabilidade do assassinato, justifica-se pela utilização do método de estimação denominado Modelo Hierárquico Linear (MHL).

O MHL foi iniciado com o ajuste de um modelo nulo indicando a probabilidade média da mulher ir a óbito por CVLI em comparação às demais causas sem inclusão de variáveis de controle. O modelo nulo é utilizado como um parâmetro de análise dos

modelos seguintes. Na sequência, acrescentou-se as características das vítimas (modelos 2 e 3) e do bairro (modelo 4), conseguindo-se quantificar a influência do bairro na probabilidade de a mulher ser vítima de homicídio. Nas duas etapas iniciais, permite-se que apenas o intercepto varie entre bairros. O modelo 2 assume que o efeito das características individuais, como idade e raça/cor são os mesmos em todos os bairros, ou seja, os coeficientes de todas as variáveis explicativas são fixos entre os bairros.

Estendendo o modelo de intercepto aleatório para permitir que o intercepto e o coeficiente de uma das variáveis explicativas varie aleatoriamente entre os bairros, realizou-se o modelo 3. Neste, aplicou-se o teste *likelihood ratio* para avaliar se o efeito da raça/cor da vítima na ocorrência do crime varia entre os bairros. Nos modelos 3 e 4, testou-se se os coeficientes das características das vítimas variam também entre os bairros, o que tornaria os estimadores das covariáveis enviesados.

A hipótese nula é que os dois novos parâmetros: Variância (mulheres não brancas) e Covariância (ε , mulheres não brancas) sejam simultaneamente iguais a zero, onde ε representa o termo de erro do modelo hierárquico. Para a análise do efeito, utilizaram-se as variações proporcionais das variâncias entre os modelos, o cálculo da estimativa da covariância e as razões de chances (*odds ratio*, OR). As razões de chance foram consideradas significativas ao nível de 5%. A avaliação dos modelos foi realizada pelo teste de razão de probabilidade (*likelihood ratio*, LR teste) de acordo com o valor de p. A análise do comportamento das variâncias entre os modelos foi feita pela comparação da variação proporcional ocorrida entre os desvios padrão como sugere Hamilton (HAMILTON, 2013).

Foram respeitados os preceitos éticos para pesquisas com seres humanos, garantido a confidencialidade e o sigilo das informações. Este estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética de Pesquisa em Seres Humanos da Universidade de Pernambuco (UPE), registro nº 012 de 22 de março de 2010.

RESULTADOS

A prevalência do CVLI foi de 51,1% confrontando-se com as demais causas de mortes violentas em mulheres. As 537 mulheres assassinadas tinham em média $39,1 \pm 13,5$ anos de idade e, em sua maioria, era da raça/cor negra (90,8%). As variáveis

contextuais dos bairros apresentaram renda média populacional baixa (R\$ 311,5 $\pm$ 325,5) e índice de Gini de 0,472 $\pm$ 0,065. Observou-se densidade populacional de 11,2 $\pm$ 6,1 habitantes/m² em 2010 e população feminina média de 16.150 $\pm$ 14.793 (Tabela 1).

Tabela 1. Estatística descritiva das variáveis de nível individual e contextual. Recife, 2000-2012.

	n	%
Individuais		
Causa do óbito (n=1.051)		
CVLI	537	51,1
Outras mortes violentas e acidentais	514	48,9
Raça/Cor da vítima de CVLI		
Negra	482	90,8
Branca	49	9,2
	Média	DP
Idade da vítima de CVLI	39,1	13,5
Contextuais		
Renda média per capita*	311,5	325,5
Densidade populacional 2010 habitantes/m ²	11,2	6,1
População feminina	16.150	14.793
Índice de Gini	0,472	0,065

DP – Desvio Padrão; CVLI, crimes violentos letais e intencionais.

*Valores em Real (R\$) referentes ao ano de 2010.

A análise inicial por meio de um modelo nulo (1) identificou que a probabilidade média de mulheres serem assassinadas não se apresentou significativa ($p > 0,05$) quando comparada às demais causas de mortalidade como suicídio e acidentes de trânsito. Ao incluir as variáveis individuais da mulher como idade e a raça/cor como variável explicativa no modelo 2, observou-se mudança na estimativa da variância entre os bairros passando de 0,206 para 0,018, sugerindo que a distribuição da ocorrência dos crimes praticados contra as mulheres teve influência das

características da mulher como idade e raça/cor. Observou-se que mulheres brancas (OR = 0,604; $p=0,019$) assim como o aumento da idade (OR = 0,949; $p<0,001$) reduziram as chances da mulher ir a óbito por CVLI.

Considerando a significância do LR para o modelo 3, obteve-se que o efeito do assassinato de mulheres brancas muda entre os bairros. A probabilidade de mulheres brancas serem assassinadas manteve-se significativa sendo menor (OR=0,587; $p=0,015$) quando comparada às negras (modelo 3). A estimativa de covariância negativa (-0.091) implica que bairros com assassinatos de mulheres acima da média, tendem a ter assassinatos de mulheres negras acima da média.

Até o modelo 3, foram considerados os efeitos das variáveis explicativas de primeiro nível (individual) e ajustados os modelos de inclinação aleatória que permitiram que seus efeitos variassem nas unidades de segundo nível (bairro). Buscou-se identificar se as variáveis do segundo nível poderiam explicar a variância do segundo nível. Diante disso, constatou-se que o coeficiente de mulheres brancas muda entre os bairros. Assim, como forma de controlar o modelo, foi criada uma variável de interação entre a variável binária mulheres brancas e a renda média per capita.

A razão de chance (OR = 0,676; $p<0,001$) do log da renda apresentado no modelo 4 sugeriu que bairros mais pobres têm maior probabilidade de terem uma mulher assassinada. A variância do intercepto, diminuiu de 0.199 para 0.019, sugerindo que uma parte significativa da variância entre os bairros pode ser explicada pela renda per capita.

A raça/cor da mulher permanece significativa indicando que, mesmo controlando o efeito renda do bairro, as mulheres brancas sofrem menor probabilidade de serem assassinadas (OR = 0,059; $p = 0,016$). Contudo, a análise feita por meio da variável de interação entre renda e mulheres brancas indicou que nos bairros de maior renda, o risco de as mulheres brancas serem assassinadas é maior quando comparada às mulheres negras (OR = 1,542; $p = 0,042$). A proporção de mulheres negras não apresentou significância estatística nesse modelo ($p> 0,05$) (Tabela 2).

Tabela 2 – Fatores em nível individual e contextual associados aos crimes violentos letais e intencionais perpetrados contra mulheres de acordo com modelo hierárquico linear. Recife, 2000-2012

	Modelo 1 Modelo nulo (1)	Modelo 2 Odds Ratio (p-valor)	Modelo 3 Odds Ratio (p-valor)	Modelo 4 Odds Ratio (p-valor)
Fatores individuais				
Raça/cor				
Branças		0,604 (0,019)	0,587 (0,015)	0,059 (0,016)
Negras (referência)				
Idade		0,949 (<0,001)	0,949 (<0,001)	0,950 (<0,001)
% Mulheres negras				0,965 (0,745)
Fatores contextuais				
Log (renda per capita) x (mulheres brancas)				1,542 (0,042)
Log da renda per capita do bairro				0,676 (<0,001)
Log da população de mulheres				1,182 (0,100)
Densidade populacional 2010				0,993 (0,636)
Índice de Gini				1,171 (0,909)
Constante	1,052 (0,585)	0,849 (0,101)	0,850 (0,099)	0,975 (0,983)
Variância (ε)	0,206	0,018	0,199	0,019
Variância (mulheres brancas)			0,042	0,014
Covariância (ε, mulheres brancas)			-0,091	0,016

LR teste	-716,0	-590,2	-589,9	-581,8
Observações	1,051	1,017	1,017	1,017
Número de bairros	72	72	72	72

Valor de p entre parênteses

DISCUSSÃO

As mortes por CVLI representaram a maior parte das mortes violentas e acidentais entre as mulheres do estudo. Diferentemente do estudo (MOURA et al., 2015) que analisou as desigualdades de gênero na mortalidade por causas externas no Brasil, o qual demonstrou as agressões em mulheres como a segunda maior causa de óbitos, ficando atrás dos acidentes de transporte terrestre. Entretanto, dentre as causas externas de óbito ocorridas no período gestacional e puerperal, os homicídios representam a principal causa (NASCIMENTO et al., 2018). Salienta-se que além da prevalência elevada (GARCIA; SILVA, 2016), observa-se crescimento nas taxas de homicídios femininos no Brasil e em determinadas localidades (ALVES et al., 2014; CERQUEIRA et al., 2018; MENEGHEL et al., 2017).

A violência letal contra a mulher representa a etapa final da violência praticada de forma reiterada sendo consideradas evitáveis e parte dos mecanismos de perpetuação da dominação masculina, ainda enraizado na sociedade e na cultura (MENEGHEL; PORTELLA, 2017).

Estudos que abordam a violência letal contra as mulheres no Brasil têm um enfoque voltado para uma caracterização dos crimes incluindo o tipo de causa violenta (OLIVEIRA et al., 2015), o perfil das vítimas e de ocorrência do óbito (AMARAL; AMARAL; AMARAL, 2013) ou a análise da influência de legislação específica para o enfrentamento da violência contra a mulher (AMARAL; AMARAL; AMARAL, 2013; GARCIA; FREITAS; HÖFELMANN, 2013). Em contrapartida, os estudos realizados em nível internacional, envolvendo mais de um país ou estado, têm uma análise aprofundada incluindo informações dos perpetradores com a evidência do parceiro íntimo no processo de violência contra a mulher (SMITH; FOWLER; NIOLON, 2014; STÖCKL et al., 2013).

O presente estudo evidenciou como as principais vítimas do CVLI as mulheres adultas jovens e não brancas, nelas incluídas as pretas e pardas. Não só a

caracterização das vítimas identificou tal perfil, mas a influência das variáveis individuais por meio da análise multinível também mostrou mulheres não brancas e mais jovens com maiores probabilidades de serem vítimas de CVLI. Assim, a raça/cor da mulher permaneceu importante na explicação dos crimes praticados contra as mulheres em Recife, mesmo controlando o efeito renda do bairro, as mulheres negras sofreram maiores chances de serem assassinadas.

As características de ocorrência dos CVLI praticados contra as mulheres identificadas neste estudo convergem com o apresentado na literatura, no qual identificam-se mulheres jovens como as mais acometidas (AMARAL; AMARAL; AMARAL, 2013; GARCIA; FREITAS; HÖFELMANN, 2013; PETROSKY et al., 2017), assim como a influência e disparidades raciais e étnicas (PETROSKY et al., 2017), em especial para as mulheres negras (BARUFALDI et al., 2017; GARCIA; FREITAS; HÖFELMANN, 2013).

Análise dos homicídios femininos no Brasil mostrou que as mulheres negras apresentaram uma taxa 71% maior em relação às não negras em 2016, assim como um aumento de 15,4% na taxa, entre 2006 e 2016, enquanto a taxa entre as não negras apresentou redução de 8% (CERQUEIRA et al., 2018). Essa realidade representa uma das principais facetas da desigualdade racial no Brasil apresentando forte concentração de homicídios na população negra não somente em mulheres, mas também nos homens (CERQUEIRA et al., 2018).

A ocorrência dos crimes contra mulheres negras pode estar relacionada ao não reconhecimento ou não utilização de recursos protetivos. Tal achado foi apresentado por estudo internacional realizado em Baltimore, Marilândia e nas Ilhas Virgens dos Estados Unidos, com 163 mulheres afro-americanas e afro-caribenhas, que analisou por meio de estudo transversal com método misto, o conhecimento, o acesso, a utilização e as barreiras ao uso de recursos protetivos entre mulheres negras expostas a múltiplos tipos de violência por parceiro íntimo, o que evidenciou uma elevada proporção de mulheres que não tinham conhecimento, acesso e não usavam esses recursos (SABRI et al., 2015).

No Brasil, estudo qualitativo com seis mulheres que buscaram serviços de proteção às mulheres vítimas de violência como as Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher (DEAM) e órgãos do sistema de justiça, mostrou que elas seguem sem compreender o funcionamento destes espaços, a linguagem de seus

operadores e o andamento dos processos, uma vez que não há diálogo entre estas e os agentes jurídicos, especialmente nas escolhas das estratégias de resolução dos conflitos (SILVA et al., 2016).

A maioria das mulheres é morta por seu parceiro íntimo atual ou anterior sendo este fato observado em todos os grupos raciais / étnicos de mulheres (PETROSKY et al., 2017). Ademais, questões emocionais e financeiras podem ser fatores relacionados a permanência das mulheres em situação de violência (LEAL et al., 2018). Entre os aspectos emocionais, a esperança de que o relacionamento melhore faz com que as mulheres permaneçam na relação violenta (GARCIA et al., 2008). O medo de retaliação pelo agressor, e/ou de atitudes estigmatizantes da comunidade e profissionais da rede de serviços também podem favorecer a perpetuação do ciclo de violência nas relações afetivas das mulheres (TERRA; D'OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2015).

No aspecto financeiro, um estudo que avaliou o efeito do Programa Bolsa Família sobre a incidência de violência doméstica contra a mulher, a partir de dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 2009, evidenciou um efeito negativo não intencional do programa, no qual mulheres beneficiárias, com rendimentos relativamente menores aos do cônjuge e residentes no meio rural, possuíam maior risco de sofrerem violência física (MOREIRA et al., 2016).

Ao analisar as variáveis contextuais no presente estudo, observou-se bairros com renda média baixa e desigualdade social. Em Recife, a existência da pobreza e desigualdades urbanas comprometem a qualidade de vida, principalmente da população jovem. Essa realidade se reflete na formação dos cinturões de miséria e marginalidade levando a mortes quase sempre relacionadas à violência (BARBOSA; FERREIRA; BARROS, 2011a). A desigualdade na distribuição dos coeficientes por homicídio nas regiões desta cidade evidenciam que o risco da ocorrência desses eventos atinge principalmente áreas mais pobres (BARBOSA; FERREIRA; BARROS, 2011b).

As variáveis contextuais apresentaram influência apenas na relação entre a renda do bairro e a probabilidade de a mulher ir a óbito por CVLI em comparação com as demais causas violentas. Outros resultados mostraram que bairros mais pobres apresentaram maior probabilidade de ter uma mulher assassinada em comparação às demais causas externas. Entretanto, nos bairros mais ricos, o risco de as mulheres

brancas serem assassinadas é maior do que das mulheres negras. Bairros mais violentos, ou seja, com CVLI acima da média, apresentaram assassinatos de mulheres negras acima da média.

Estudo internacional com delineamento longitudinal realizado em Seattle, Washington, entre 1999 e 2001 examinou a relação entre renda do bairro, os preditores em nível individual da mulher e a violência praticada por parceiro íntimo mostrando que as taxas de violência por parceiro íntimo foram maiores nos bairros mais pobres (BONOMI et al., 2014).

A relação entre fatores socioeconômicos e a violência letal varia quando analisada na perspectiva da violência contra a mulher perpetrada por parceiro íntimo ou os homicídios não analisados na perspectiva de gênero. Estudo que buscou identificar a influência das variáveis socioeconômicas sobre os homicídios em Recife, Pernambuco entre 2008 e 2010 identificou que, dentre outras variáveis, a renda não foi significativa na influência sobre as taxas de homicídio (MENEZES et al., 2013).

Quando a violência foi perpetrada por parceiros íntimos, estudos (SANZ-BARBERO et al., 2015; VANDERENDE et al., 2015) realizados em países distintos que realizaram análise multinível, mostraram relação entre a renda familiar e a violência por parceiro íntimo (VANDERENDE et al., 2015). Entretanto, a renda da comunidade não foi significativamente determinante da violência física e / ou sexual (VANDERENDE et al., 2015). Ademais, as crescentes taxas de desemprego regionais e as desigualdades de renda aumentaram a probabilidade de mulheres sofrerem a violência (SANZ-BARBERO et al., 2015).

Avaliação da evolução das desigualdades na mortalidade por causas externas nos municípios de departamento de Antioquia, Colômbia, entre 2000 e 2010, evidenciaram diferenças entre os municípios mais pobres em comparação com os menos pobres. Para as mortes na população feminina, essas diferenças foram mais acentuadas do que os homens em especial a partir de 2007, quando os municípios mais pobres apresentaram um risco maior do que municípios menos pobres (CAICEDO-VELÁSQUEZ; ÁLVAREZ-CASTAÑO; MARÍ-DELL'OLMO, 2016).

No Brasil, estudo que investigou os atos violentos contra as mulheres, no que concerne à violência doméstica a partir de dados da Polícia Militar de Montes Claros, Minas Gerais entre agosto de 2007 e agosto de 2009 identificou resultados que

apontam para a maior prevalência do fenômeno nos bairros de periferia (ROMAGNOLI; ABREU; SILVEIRA, 2013).

A concentração da pobreza é um aspecto visível de condições menos favorecidas. Níveis de desvantagens econômicas e sociais criam as condições para altas taxas de violência, exacerbam a marginalização social e também contribuem para más condições de saúde física e mental (OMS, 2014).

A desigualdade da distribuição de renda expressa pelo Índice de Gini, a densidade populacional e a população de mulheres não apresentaram significância estatística neste estudo. Este resultado diverge do aludido em estudo (MENEZES et al., 2013) sobre homicídios, o qual buscou apresentar a importância da dependência espacial das taxas de homicídios nos grandes bairros do município de Recife, Pernambuco apontou que áreas com baixas taxas de homicídios são cercadas por bairros com altas taxas de homicídios, e que, apesar do efeito positivo significativo da desigualdade na criminalidade.

Estudo realizado em 169 países do Programa de Desenvolvimento das Nações Unidas evidenciou a influência da desigualdade de renda sobre a coesão social e, conseqüentemente, sobre a violência nos países (WOLF; GRAY; FAZEL, 2014). Em países de baixa e média renda, a desigualdade esteve relacionada com a violência, em especial os homicídios (WOLF; GRAY; FAZEL, 2014). Os efeitos das características macroeconômicas, como as políticas sociais e econômicas sobre as taxas de mortalidade violenta numa população, podem ser mais significativos do que os das influências no nível micro, como as características individuais (LEE et al., 2015).

Possíveis subnotificações de casos de mortes violentas, não analisadas pelo IML, não entraram na análise sendo essas algumas limitações do estudo.

CONCLUSÃO

Em conclusão, tanto fatores individuais quanto questões relacionadas às condições socioeconômicas influenciaram a probabilidade do crime contra a mulher. Entretanto, mesmo controlando as características do bairro, percebeu-se que mulheres negras, mais jovens e residentes em bairros pobres, foram as maiores vítimas dos CVLI femininos. Entretanto, nos bairros mais ricos, o risco de as mulheres

brancas serem assassinadas foi maior. Bairros com assassinatos de mulheres acima da média, tendem a ter assassinatos de mulheres negras acima da média.

REFERÊNCIAS

ALVES, W. A. et al. Violência letal em Maceió-AL: estudo descritivo sobre homicídios, 2007-2012. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 23, n. 4, p. 731–740, 2014.

AMARAL, N. D. A.; AMARAL, C. D. 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.

BARBOSA, A. M. F.; FERREIRA, L. O. C.; BARROS, M. D. DE A. Análise da mortalidade por homicídios no Recife-PE : tendências no período entre 1997 e 2006. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 20, n. 2, p. 131–140, 2011a.

BARBOSA, A. M. F.; FERREIRA, L. O. C.; BARROS, M. D. DE A. Homicídios e condição de vida: a situação na cidade do Recife, Pernambuco. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 20, n. 2, p. 141–150, 2011b.

BARUFALDI, L. A. et al. Violência de gênero: comparação da mortalidade por agressão em mulheres com e sem notificação prévia de violência. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 9, p. 2929–2938, 2017.

BEYER, K. M. M. et al. Does Neighborhood Environment Differentiate Intimate Partner Femicides From Other Femicides? **Violence Against Women**, v. 21, n. 1, p. 49–64, 2015.

BONOMI, A. E. et al. Intimate Partner Violence and Neighborhood Income: A Longitudinal Analysis. **Violence Against Women**, v. 20, n. 1, p. 42–58, 2014.

BRASIL. **Lei nº 13.104 de 2015**. Altera o art. 121 do Decreto-Lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, para prever o feminicídio como circunstância qualificadora do crime de homicídio, e o art. 1º da Lei no 8.072, de 25 de julho de 1990, para incluir. Brasília. Diário Oficial da União, 2015. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/lei/L13104.htm>. Acesso em: 10 mar. 2017.

CAICEDO-VELÁSQUEZ, B.; ÁLVAREZ-CASTAÑO, L. S.; MARÍ-DELL'OLMO, M. Evolución de las inequidades en mortalidad por causas externas entre los municipios de Antioquia (Colombia). **Gac Sanit**, v. 30, n. 4, p. 279–286, 2016.

CERQUEIRA, D. et al. **Atlas da Violência 2018**. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2018. Disponível em: <http://www.forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2018/06/FBSP_Atlas_da_Violencia_2018_Relatorio.pdf>. Acesso em: 19 set. 2018.

ENGEL, C. L. et al. **Diagnóstico dos Homicídios no Brasil**: subsídios para o Pacto Nacional pela Redução de Homicídios. Brasília: Ministério da Justiça, 2015. Disponível em: <<http://agenciapatriciagalvao.org.br/wp-content/uploads/2015/10/RELATORIO-HOMICIDIOS-210x297mm-MJ-1.pdf>>. Acesso em: 07 set. 2018.

GARCIA, M. V. et al. Caracterização dos casos de violência contra a mulher atendidos em três serviços na cidade de Uberlândia, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 11, p. 2551–2563, 2008.

GARCIA, L. P.; FREITAS, L. R. S.; HOFELMANN, D. A. Avaliação do impacto da Lei Maria da Penha sobre a mortalidade de mulheres por agressões no Brasil, 2001-2011. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 22, n. 3, p. 383-394, set. 2013. Disponível em <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742013000300003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 07 set. 2018. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742013000300003>.

GARCIA, L. P.; SILVA, G. D. M. DA. **Mortalidade de mulheres por agressões no Brasil**: perfil e estimativas corrigidas (2011 - 2013). Brasília, IPEA, 2016. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_2179.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2017.

HAMILTON, L. C. **Multilevel and Mixed-Effects Modeling**. Statistics with STATA Version 12. International Edition., v. 3, p. 387, 2013.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010**: Resultados gerais da amostra. Contagem Populacional. Brasília: IBGE, 2010. Disponível em: <https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/resultados_gerais_a_mostra/resultados_gerais_amostra_tab_uf_microdados.shtm>. Acesso em: 20 fev. 2017.

ISMAYILOVA, L. Spousal Violence in 5 Transitional Countries : A Population-Based Multilevel Analysis of Individual and Contextual Factors. **American Journal of Public Health**, v. 105, n. 11, 2015.

LUCENA, K. D. T. et al. Análise espacial da violência doméstica contra a mulher entre os anos de 2002 e 2005 em João Pessoa, Paraíba, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 6, p. 1111-1121, June 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000600010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 Sept. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000600010>.

LEAL, I. S. et al. Preditores Da Violência Física Contra Mulheres Usuárias Da Atenção Primária À Saúde. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 41, n. 4, p. 862–877, 2018. Acesso em: 20 set. 2018.

LEE, B. X. et al. Economic correlates of violent death rates in forty countries, 1962–2008: A cross-typological analysis. **Aggress Violent Behav**, v. 19, n. 6, p. 729–737, 2015. Acesso em: 20 fev. 2017.

MENEGHEL, S. N.; PORTELLA, A.. Feminicídios: conceitos, tipos e cenários. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 9, p. 3077-3086, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002903077&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 12 mar. 2017.

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. Acesso em: 20 ago. 2018.

MENEZES, T. et al. Spatial correlation between homicide rates and inequality: Evidence from urban neighborhoods. **Economics Letters**, v. 120, n. 1, p. 97–99, 2013. Acesso em: 20 fev. 2017.

MOREIRA, G. C. et al. Programa Bolsa Família e violência doméstica contra a mulher no Brasil. **Estudos Econômicos**, v. 46, n. 4, p. 973–1002, 2016. Acesso em: 20 fev. 2017.

MOURA, E. C. DE et al. Desigualdades de gênero na mortalidade por causas externas no Brasil , 2010. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 3, p. 779–788, 2015. Acesso em: 20 fev. 2016.

NASCIMENTO, S. ELAYNE G. DO et al. Causas externas de mortalidade em mulheres grávidas e puérperas. **Acta Paul Enferm**, v. 31, n. 2, p. 181–6, 2018. Acesso em: 13 set. 2018.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório Mundial sobre a Prevenção da violência 2014**. São Paulo: Organização Mundial da Saúde, 2014. Disponível em: <<http://nevusp.org/wp-content/uploads/2015/11/1579-VIP-Main-report-Pt-Br-26-10-2015.pdf>>. Acesso em: 14 mar. 2017.

PETROSKY, E. et al. Racial and Ethnic Differences in Homicides of Adult Women and the Role of Intimate Partner Violence — United States, 2003–2014. **MMWR**. Morbidity and Mortality Weekly Report, v. 66, n. 28, p. 741–746, 2017. Acesso em: 20 fev. 2018.

ROMAGNOLI, R. C.; ABREU, L. L. G.; SILVEIRA, M. F. A violência contra a mulher em Montes Claros : análise estatística. **Revista Interinstitucional de Psicologia**, v. 6, n. 2, p. 282–297, 2013. Acesso em: 20 fev. 2017.

SABRI, B. et al. Multiple Intimate Partner Violence Experiences: Knowledge, Acesso, Utilization and Barriers to Utilization of Resources by Women of the African Diaspora. **J Health Care Poor Underserved**, v. 26, n. 4, p. 1286–1303, 2015. Acesso em: 20 fev. 2017.

SANZ-BARBERO, B. et al. Intimate partner violence among women in Spain: the impact of regional-level male unemployment and income inequality. **European**

Journal of Public Health, v. 25, n. 6, p. 1105–1111, 2015. Acesso em: 20 fev. 2017.

SILVA, S. M. DA et al. “FALA MARIA PORQUE É DE LEI”: a percepção das mulheres sobre a implementação da lei Maria da Penha em Salvador/BA Resumo. **Revista Feminismos**, v. 4, n. 1, p. 156–167, 2016.

STÖCKL, H. et al. The global prevalence of intimate partner homicide: a systematic review. **The Lancet**, v. 382, n.9895, jun 2013. p- 859-865. Disponível em: <<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673613610302>>. Acesso em: 12 mar. 2017.

SMITH, S. G.; FOWLER, K. A.; NIOLON, P. H. Intimate partner homicide and corollary victims in 16 states: National violent death reporting system, 2003-2009. **American Journal of Public Health**, v. 104, n. 3, p. 461–466, 2014. Acesso em: 20 fev. 2017.

TERRA, M. F.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; SCHRAIBER, L. B. Medo e vergonha como barreiras para superar a violência doméstica de gênero. **Athenea Digital**, v. 15, n. 3, p. 109–125, 2015. Acesso em: 20 fev. 2018.

VANDERENDE, K. E. et al. Community Economic Status and Intimate Partner Violence Against Women in Bangladesh: Compositional or Contextual Effects ? **Violence Against Women**, v. 21, n. 6, p. 679–699, 2015. Acesso em: 20 fev. 2018.

WOLF, A.; GRAY, R.; FAZEL, S. Violence as a public health problem: an ecological study of 169 countries. **Social science & medicine**, v. 104, p. 220–7, 2014. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3969091/>>. Acesso em: 10 fev. 2018.

4.2 ARTIGO 2 - DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL DA VIOLÊNCIA LETAL CONTRA MULHERES EM RECIFE

RESUMO

Objetivou-se avaliar a distribuição espacial dos homicídios de mulheres e a existência de autocorrelação espacial com a quantidade de perfurações nas vítimas e tipo de arma utilizada nos crimes. Realizou-se estudo analítico com utilização de econometria espacial. Foram incluídos todos os registros de óbitos por homicídio de mulheres maiores de 15 anos ocorridos em Recife entre 2000 e 2010 e cujas necropsias foram feitas pelo Instituto Médico Legal (IML) do referido município. Utilizou-se estatística descritiva e econometria espacial com análise bivariada pelo LISA entre as taxas de homicídio feminino, número de perfurações e tipo de arma. Os resultados apontaram que a maioria das mulheres era não branca (90,8%) com idade média de 31,1 anos (DP 13,8) e uma média de 2,2 perfurações, variando de 0,0 a 30,0. Foram assassinadas principalmente com utilização de arma de fogo (74,1%). A distribuição espacial mostrou alguns bairros com maiores taxas de homicídios femininos, apresentaram também maior número de perfurações. Observou-se também a relação com o instrumento. Contudo, os valores do I de Moran local LISA indicaram distribuição aleatória dos casos.

INTRODUÇÃO

A violência se baseia na coerção e se caracteriza por ser um instrumento de imediatismo e prontidão (SILVA; SEABRA; SOARES JÚNIOR, 2016). Qualquer ato de violência baseado em gênero que resulte ou tenha probabilidade de resultar em dano físico, sexual ou mental, ou que possa causar sofrimento à mulher é considerada violência contra a mulher (OMS, 2014).

O homicídio é o resultado de saúde mais grave da violência contra as mulheres (PETROSKY et al., 2017). Essa forma de violência praticada contra mulheres vem sendo discutida na literatura nacional e internacional (GOMES, 2014; TOPRAK; ERSOY, 2017; WAISELFISZ, 2015). A mortalidade por agressão tendo as mulheres como vítimas, no Brasil e em outros países como Colômbia e México entre 2001 e

2011 foi superior à média mundial e à média latino-americana (MOLINATTI; ACOSTA, 2015). Em 2014, treze mulheres foram assassinadas por dia no país (CERQUEIRA et al., 2016). Nos Estados Unidos, uma em cada quatro mulheres são vítimas de violência doméstica (HUECKER; SMOCK, 2018).

A compreensão do fenômeno da violência letal a qual envolve avaliação do seu comportamento e mobilização para a mitigação do problema devem ser contínuas e intersetoriais com atenção especial a algumas regiões do país como a região Nordeste (CERQUEIRA et al., 2016). No Brasil, o enfrentamento da violência letal praticada contra as mulheres vem sendo fortalecido tendo como importante ação, o estabelecimento do termo feminicídio na legislação assim como das alterações realizadas no arcabouço jurídico como forma de coibir a violência e suas consequências (BRASIL, 2015).

O feminicídio envolve o assassinato intencional de mulheres pela condição de ser mulher. Este difere do masculino por questões como a motivação, a forma com a qual é praticada e o agressor. A maioria dos casos de feminicídio é praticada por parceiro íntimo envolvendo história de abuso contínuo (WHO, 2012) e em ambientes domésticos. Algumas características apontadas em estudos sobre os crimes praticados contra as mulheres, chamam atenção como a maneira pela qual a violência foi infligida, a diversidade dos instrumentos utilizados pelos agressores e a imposição, muitas vezes, de sofrimento às vítimas anteriormente à execução do crime (MACHADO et al., 2015).

Estudos que abordem o conhecimento do território e espacialização da ocorrência da violência letal praticada contra as mulheres, assim como a verificação das correlações existentes entre os crimes e a forma como são praticados, são fundamentais para a compreensão do fenômeno e subsídio à proposição de ações para o seu enfrentamento, principalmente em territórios geográficos específicos. Neste sentido, objetivou-se avaliar a distribuição espacial dos homicídios de mulheres e a existência de autocorrelação espacial com a quantidade de perfurações nas vítimas e tipo de arma utilizada nos crimes no município de Recife, Pernambuco.

MÉTODO

Trata-se de um estudo analítico com utilização de econometria espacial a partir de georreferenciamento de dados. Foram incluídos todos os registros de óbitos por homicídio de mulheres maiores de 15 anos ocorridos em Recife entre 2000 e 2010 e cujas necropsias foram feitas pelo Instituto Médico Legal (IML) do município de Recife, Pernambuco, Brasil. O município de Recife tinha população estimada de 1.633.697 habitantes em 2017 (IBGE, 2017) e 94 bairros.

As variáveis para os bairros foram obtidas a partir de informações censitárias fornecidas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Considerando a utilização de dois bancos diferentes, aplicou-se a técnica de *linkage* para a unificação das informações a partir de relacionamento determinístico utilizando como variável chave o bairro de ocorrência do crime.

As variáveis relacionadas à mulher e à forma de ocorrência do crime foram: idade, raça/cor, número de perfurações no corpo da vítima, instrumento que produziu a morte: arma de fogo (considerada para as lesões perfuro-contundentes) e outros instrumentos (considerada para os demais tipos de lesões).

As variáveis sociodemográficas e econômicas dos bairros utilizadas foram: renda média, Índice de Gini, densidade populacional habitantes/m² em 2010, a população de mulheres (para o cálculo da taxa). Foi calculada a taxa de homicídios femininos incluindo o total de óbitos agregados por bairros no numerador e a população feminina no mesmo local, utilizando-se a constante de 100.000 habitantes.

Inicialmente foi realizada estatística descritiva com a utilização da distribuição de frequência e mediadas de tendência central e dispersão. A análise de dependência espacial iniciou-se com a apresentação da distribuição descritiva das variáveis em mapas. Em seguida, avaliou-se a presença de clusters, por meio do Moran Local (*Local Indicators of Spatial Association* – LISA). Para tanto, foi realizada a análise bivariada LISA entre a variável dependente: taxas de homicídio feminino, e as variáveis independentes: número de perfurações nas vítimas e o tipo de arma envolvida no crime com o software GeoDa 1.10.0.8. Para tanto, foram construídos os mapas com cada par de variáveis e verificado o padrão de dependência espacial e a sua significância estatística.

Os dados coletados foram tabulados e apresentados na forma de tabelas por meio do Microsoft Excel 2013 e tratados no programa estatístico Stata 12.0. Esse estudo foi submetido ao Comitê de Ética de Pesquisa em Seres Humanos da

Universidade de Pernambuco (UPE) e foi aprovado registro nº 012 de 22 de março de 2010.

RESULTADOS

No período de 2000 a 2010 foram registrados 544 homicídios em mulheres de 15 anos ou mais. Dentre as vítimas, a maioria era não branca (90,8%) com idade média de 31,1 anos (DP 13,8) e uma média de 2,2 perfurações, variando de 0,0 a 30,0. Foram assassinadas principalmente com utilização de arma de fogo (741%). Os bairros de ocorrência dos óbitos eram bairros com renda média baixa (R\$ 257,5; DP R\$ 291,9) contudo apresentando importante variação entre eles. Densidade populacional de 11,4 habitantes/m² em 2010 e elevada desigualdade social com Índice de Gini médio de 0,476 (DP 0,061) (tabela 1).

Tabela 1 – Estatística descritiva dos homicídios praticados contra mulheres e características socioeconômicas e demográficas dos bairros com registro do crime no município de Recife, Pernambuco, Brasil. 2000 a 2010.

	Média	DP	Mínimo	Máximo
Variáveis dos bairros				
Renda média do bairro*	257,5	291,9	47,2	1333,9
Densidade populacional de 2010 (habitantes/m ²)	11,4	6,1	0,1	32,0
Índice de Gini	0,476	0,061	0,334	0,787
Variáveis da vítima				
Idade	31,1	13,8	15	93
Número de perfurações	2,2	2,6	0,0	30,0
	N	%		
Raça/cor				
Não branca	482	90,8		
Branca	49	9,2		
Instrumento que produziu a morte				
Outros instrumentos	141	25,9		

Arma de fogo

403

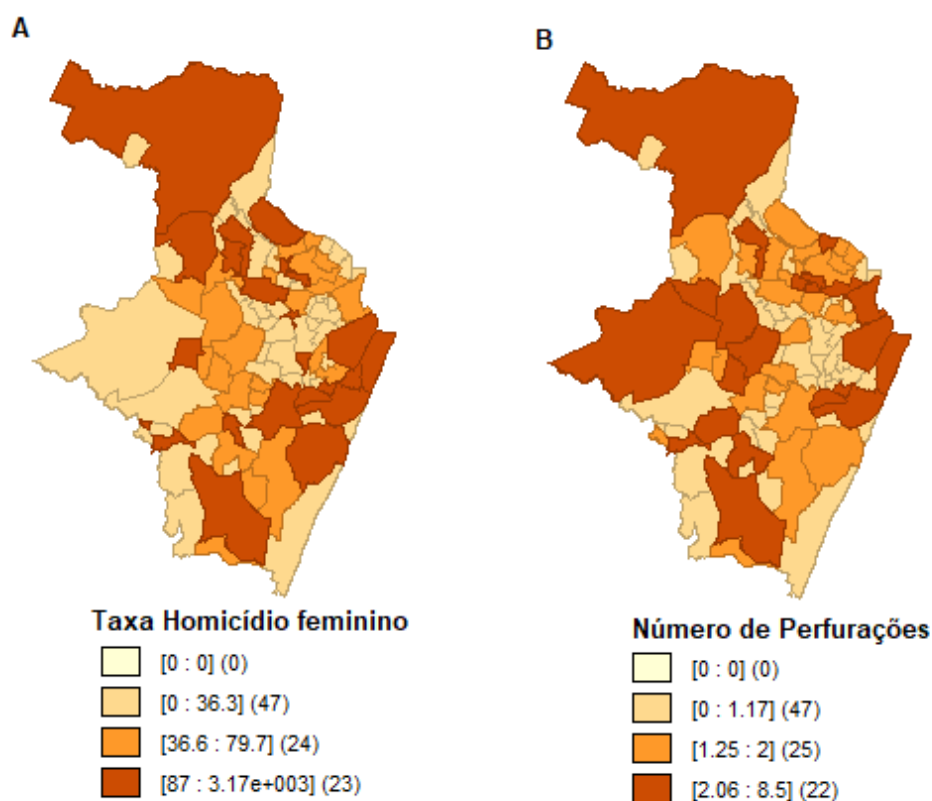
74,1

DP – Desvio Padrão

*Valores em Real (R\$) para o ano de 2010

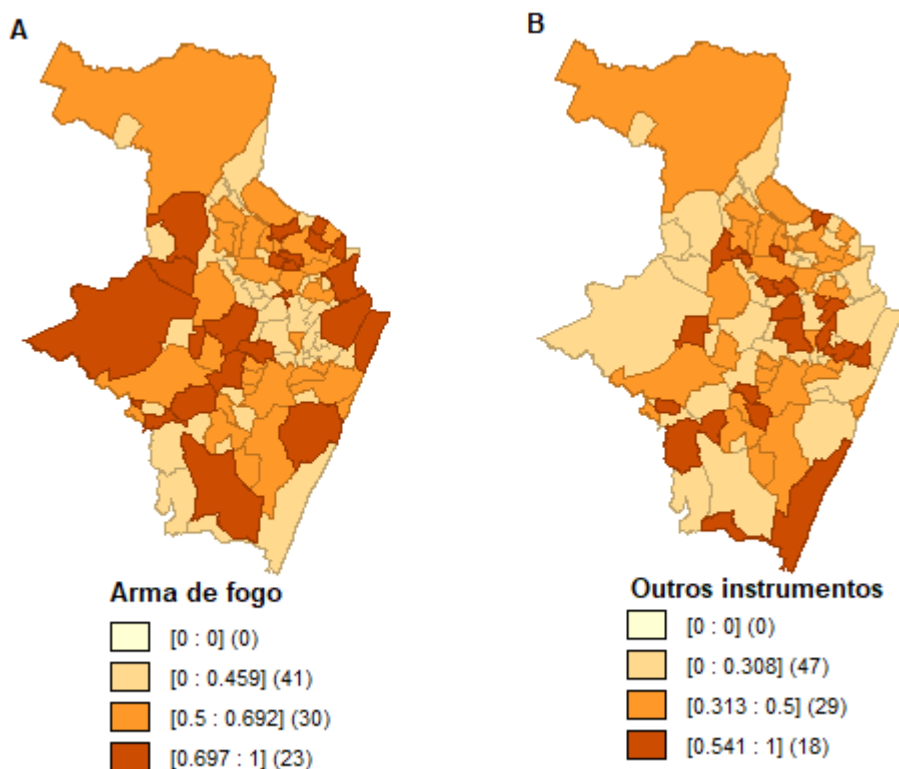
A figura 1 apresenta os mapas da distribuição espacial da taxa de homicídios de mulheres (A) e do número médio de perfurações por bairro (B) no município de Recife. Esses mostram uma distribuição visualmente semelhante em alguns bairros no que se refere a ocorrência do crime e a violência com a qual este é praticado, representada no presente estudo pelo número de perfurações nas vítimas.

Figura 1 – Mapa da distribuição da Taxa média de homicídios de mulheres (A) e Mapa do número médio de perfurações nas vítimas (B) segundo bairro do município de Recife, Pernambuco, Brasil. 2000 – 2010.



A figura 2 apresenta a distribuição dos homicídios femininos segundo o tipo de instrumento como arma de fogo e outros instrumentos. Observou-se variação em alguns bairros da predominância de utilização do instrumento que produziu a morte.

Figura 2 – Mapa da distribuição de homicídios de mulheres com utilização de arma de fogo (A), outros instrumentos (B) segundo bairro do município de Recife, Pernambuco, Brasil. 2000 – 2010.

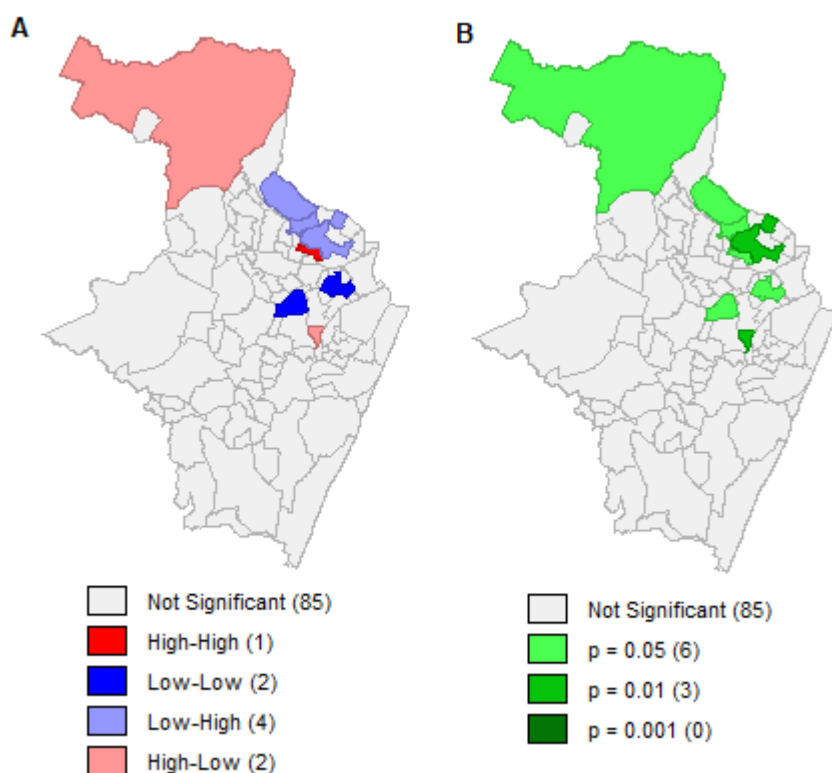


As associações espaciais apresentadas na figura 3, mostraram que um bairro apresentou elevada taxa de homicídio feminino e óbitos com elevados quantitativos de perfurações (high-high). Dois bairros apresentaram taxas menores com número menores de perfurações (low-low) nos crimes contra as mulheres.

Bairros com baixas taxas de homicídios, mas com elevado número de lesões (low-high) foram: Porto da Madeira ($p=0,01$), Linha do Tiro ($p=0,05$), Dois Unidos ($p=0,05$) e Água Fria ($p=0,01$). Já os que apresentaram elevadas taxas com baixo número de perfurações (high-low) foram: Derby ($p=0,01$) e Guabiraba ($p=0,05$).

Apesar dos resultados apresentados para os bairros, a análise bivariada espacial para todas as variáveis apresentaram Índice de Moran LISA próximos de zero ou com valores negativos demonstrando a não existência de autocorrelação espacial entre as a taxa de homicídio feminino, número de perfurações e o tipo de instrumento utilizado: arma branca e arma de fogo (figuras 3, 4 e 5).

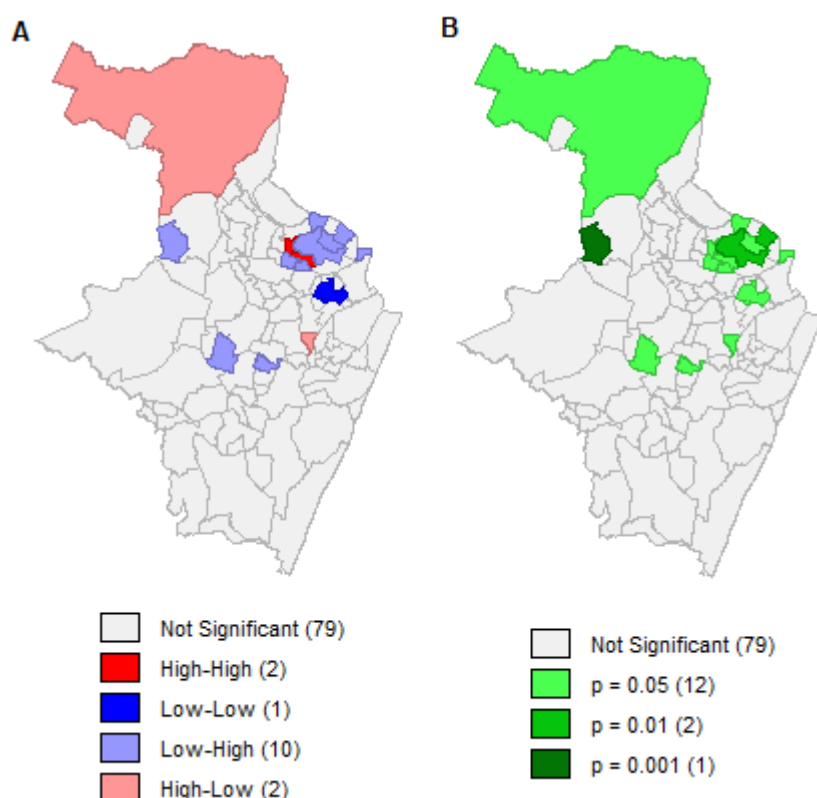
Figura 3 - Mapa do Cluster LISA Bivariado (A) e mapa de significância da autocorrelação espacial (B) entre a taxa de homicídio feminino e número de perfurações segundo bairro no município de Recife, Pernambuco, Brasil. I de Moran LISA Bivariado = -0,0171159.



Os bairros que apresentaram elevadas taxas de homicídios femininos associados a elevadas proporções de crimes cometidos com a utilização de arma de fogo (high-high) foram Bomba do Hemetério ($p=0,05$) e Alto Santa Terezinha ($p=0,05$). A Encruzilhada ($p=0,05$) foi o bairro que apresentou baixas taxas de homicídios associadas a baixa utilização desse tipo de instrumento (low-low).

Bairros com baixas taxas de homicídio e elevadas proporções de utilização de arma de fogo (low-high) foram: Alto José do Pinho ($p=0,05$), Mangabeira ($p=0,05$), Bongi ($p=0,05$), Peixinhos ($p=0,05$), Cajueiro ($p=0,01$), Sítio dos Pintos ($p=0,001$), Beberibe ($p=0,05$), Torrões ($p=0,05$), Fundão ($p=0,05$) e Água Fria ($p=0,01$). Bairros com elevadas taxas de homicídio e baixas proporções de utilização de arma de fogo foram: Derby e Guabiraba ($p=0,05$) (figura 4).

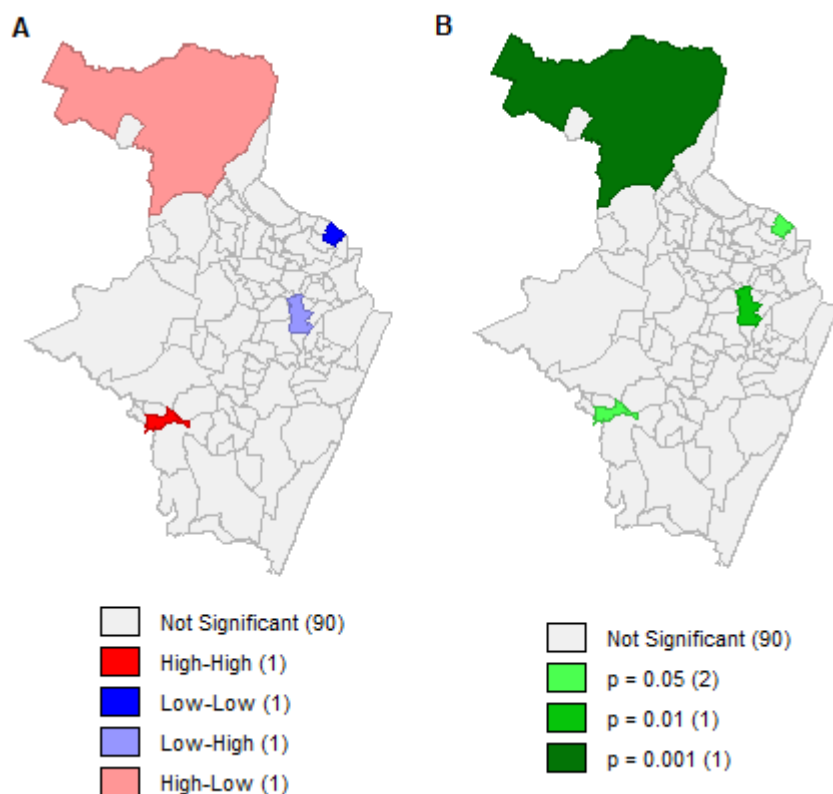
Figura 4 – Mapa do Cluster LISA Bivariado (A) e mapa de significância da autocorrelação espacial (B) entre a taxa de homicídio feminino e crimes com utilização de arma de fogo segundo bairro no município de Recife, Pernambuco, Brasil. I de Moran LISA Bivariado = - 0,0303717.



O bairro Tejió ($p=0,05$) apresentou associação espacial entre elevadas taxas de homicídio com elevadas proporções de crimes praticados por outros instrumentos (high-high). Cajueiro ($p=0,05$) foi o bairro que apresentou taxas menores associadas a menores proporções de crimes com utilização de outros objetos (low-low). Bairros com baixas taxas de homicídio e altas proporções de utilização de outros instrumentos (low-high) foram: Graças ($p=0,01$). O bairro com elevada taxa de homicídio e baixa proporção de utilização de outros instrumentos (high-low) foi Guabiraba ($p=0,001$).

Figura 5 - Mapa do Cluster LISA Bivariado (A) e mapa de significância da autocorrelação espacial (B) entre a taxa de homicídio feminino e crimes com utilização

de outros instrumentos/objetos segundo bairros no município de Recife, Pernambuco, Brasil. I de Moran LISA Bivariado = 0,0212984.



DISCUSSÃO

A importância da identificação da violência por bairro permite um melhor conhecimento do fenômeno no território municipal uma vez que, cidades como Recife, capital pernambucana, apresentam bairros com características distintas, implicando assim em ocorrências e fatores determinantes também distintos. Dentre os indicadores socioeconômicos analisados no presente estudo, os que apresentaram grandes variações foram: a renda média dos bairros em que ocorreram assassinatos de mulheres e a densidade populacional do último censo. Os resultados apontaram para uma elevada desigualdade social expressa pelo índice de Gini sendo uma realidade uniforme para os bairros em que foram registradas a violência.

Estudo (WOLF; GRAY; FAZEL, 2014) realizado com dados de 169 países, buscou verificar as associações de violência a nível nacional com fatores socioeconômicos e relacionados à saúde. Este evidenciou relação positiva entre taxa de homicídio e Índice de Gini estando associado a certos resultados violentos em

países de alta, média e baixa renda (WOLF; GRAY; FAZEL, 2014). Contrariamente, alguns indicadores macroeconômicos, como o Produto Interno Bruto (PIB) *per capita*, têm pouca relação com os crimes contra mulheres (HEISE; KOTSADAM, 2015).

Pesquisas que analisam a influência ou correlações de indicadores socioeconômicos divergem em alguns aspectos a depender do tipo da criminalidade violenta investigada. Estudo realizado em Recife entre 2008 e 2010 mostrou que as taxas de homicídio global aumentaram nas áreas fortemente povoadas que apresentaram maior desigualdade e nas áreas que apresentaram aumento na densidade populacional durante o período (MENEZES et al., 2013). Resultado divergente foi encontrado no estado da Bahia em 2009, no qual a média de moradores apresentou associação inversa à taxa de homicídio (SOUSA; SILVA; SOUZA, 2014).

As principais vítimas de homicídio no presente estudo foram mulheres na fase adulta, não brancas e assassinadas principalmente com a utilização de arma de fogo. Importante resultado foi a inclusão do número de perfurações nas vítimas. Essa variável permitiu inferir a crueldade com que os crimes de homicídio foram praticados contra as mulheres, em especial quando identificado o registro máximo de 30 perfurações no corpo da vítima.

O perfil de mulheres identificadas é semelhante ao apontado na literatura (GARCIA et al., 2015; PEREIRA; VIEIRA; MAGALHÃES, 2013; WASELFISZ, 2015) quanto à idade e raça/cor, em que prevaleceram mulheres na fase adulta (PEREIRA; VIEIRA; MAGALHÃES, 2013) e não brancas (GARCIA et al., 2015). A importância do estudo da idade no homicídio feminino pode retratar a aproximação com a violência doméstica (WASELFISZ, 2015).

A utilização predominante do uso de arma de fogo em homicídios também foi identificada em estudos nacionais (SOUZA et al., 2017; WASELFISZ, 2015) e internacional (HUECKER; SMOCK, 2018). Apesar da arma de fogo ser mais prevalente, os crimes praticados com arma branca, assim como números expressivos de perfurações, tendem a indicar tanto a intenção de provocar aflição anterior à morte quanto o desejo de destruir fisicamente a mulher (MACHADO et al., 2015) demonstrando a violência com a qual o crime é praticado.

Em análises sobre os homicídios femininos a maneira de perpetração da violência também apresentou importância na caracterização da qualificadora do homicídio feminino no código penal brasileiro, o feminicídio, como a observação de

uma maior incidência de estrangulamento/sufocação, utilização de instrumento cortante/penetrante, objeto contundente, entre outros meios. Esses mecanismos que produziram a morte, indicam a proximidade entre o agressor e a vítima, assim como sinalizam a crueldade peculiar de crimes associados à discriminação e ao menosprezo em relação à mulher (PRADO; SANEMATSU, 2017).

A violência fatal é, muitas vezes, o desfecho de relacionamentos abusivos e trazem um histórico de violências (MACHADO et al., 2015; PRADO; SANEMATSU, 2017) de diversas formas anterior à morte e por vezes nunca levada ao sistema de justiça (MACHADO et al., 2015). Estudo (HUECKER; SMOCK, 2018) mostrou que quase metade das mulheres assassinadas visitaram algum serviço de emergência anteriormente ao assassinato. Esses fatores apontam para a evitabilidade dessa morte (PRADO; SANEMATSU, 2017), sendo que essa recorrência deveria ter gerado mecanismos de prevenção (WASELFISZ, 2015). Além de medidas de caráter individual, medidas regulatórias rígidas para coibir o uso de armas de fogo podem resultar na diminuição dos homicídios provocados por esse tipo de instrumento (MATZOPOULOS et al., 2018).

A presença de crimes de gênero caracterizados pela crueldade é semelhante aos encontrados em regiões de elevada violência e misoginia (MENEHEL et al., 2013). Tal cenário demonstra que, apesar dos avanços dos estudos na temática nos últimos anos, a morte de mulheres por homicídio ainda é um problema invisibilizado na sociedade (MENEHEL et al., 2013).

Na análise espacial, as taxas de homicídios praticados contra mulheres e o número de perfurações médio das vítimas apresentaram distribuição visualmente semelhante em alguns bairros verificada nos mapas descritivos. A distribuição da proporção de utilização da arma de fogo e arma branca apresentaram variação entre os bairros. Entretanto, a ausência de autocorrelação espacial direciona para a ocorrência desses crimes assim como a sua relação com o número de perfurações e tipo de arma utilizada apresenta-se de maneira aleatória, sem formação de cluster.

Estudo que realizou análise espacial sobre os homicídios nos municípios pernambucanos identificaram autocorrelação espacial entre alguns desses espaços (LIMA et al., 2005), divergindo do encontrado no presente estudo. Entretanto a análise realizada não realizou análise na perspectiva de gênero.

O feminicídio é a expressão utilizada para tipificar as mortes violentas de

mulheres por razões da condição do sexo feminino (BRASIL, 2015; WHO, 2012), nestas incluídas a violência doméstica e familiar e o menosprezo ou discriminação da mulher (BRASIL, 2015). Essa conceituação é um dos eixos temáticos de maior impacto na defesa dos direitos humanos das mulheres (VÉLEZ GUZMÁN, 2012).

O crime do feminicídio não é somente aquele praticado por parceiro íntimo. Outras formas de violência cujo desfecho é o óbito também permitem caracterizar o feminicídio, como a violência sexual. Esta também é um exemplo a partir do momento em que são empregados requintes de crueldade com a utilização, muitas vezes, de elementos para causar dor e sofrimento na vítima (PRADO; SANEMATSU, 2017).

O índice de mulheres vítimas de agressões fatais, aumentou no Brasil sendo um dos maiores na América Latina e Caribe (COSTA; PORTO, 2014). Apesar da grande maioria das vítimas de homicídios serem os homens, quase metade de todas as mulheres vítimas de violência fatal por agressão em 2012 no mundo tiveram como agressor seus parceiros íntimos ou familiares (OMS, 2014; UNODC, 2014), em comparação com menos de 6% das vítimas de homicídios do sexo masculino (UNODC, 2014). No Brasil, fazendo uma comparação entre os agressores dos homens e das mulheres, percebe-se que os principais agressores das mulheres são pessoas conhecidas das vítimas, enquanto nos homens eram desconhecidos (WAISELFISZ, 2015).

A explicação e a compreensão dos homicídios em geral e dos homicídios contra as mulheres, deve levar em consideração a concepção de fenômenos sociais complexos e multivariados. Ademais exige uma interpretação holística, integrando elementos estruturais, situacionais e individuais (PORTELLA; RATTON, 2015). Alguns estudos mostram ainda outros determinantes da violência contra a mulher, indicando uma forte relação desta com a violência estrutural da sociedade (LEITES; MENEGHEL; HIRAKATA, 2014).

Considerando os fatores que permitem que a violência contra a mulher possa ser prevenida (BOTT et al., 2013) como diferenças entre a prevalência nos diversos países (WHO, 2013b), a repetição com a qual esta ocorre levando a maior gravidade das agressões culminando com a morte da mulher, anteriormente discutidos, medidas devem ser adotadas. Assim, políticas públicas, medidas legais e redes de proteção de à mulher devem ser implementadas. Ademais, a igualdade de gênero deve ser trabalhada no intuito de prevenir a violência contra a mulher (WHO, 2016).

CONCLUSÃO

Os resultados do presente estudo encontraram um perfil de mulheres na fase adulta e não brancas. Os homicídios praticados contra as mulheres foram principalmente com a utilização de arma de fogo e com grande variação do número de perfurações nas vítimas entre os casos incluídos na pesquisa.

A distribuição espacial mostrou alguns bairros com maiores taxas de homicídios femininos, assim como maiores números de perfurações. Observou-se também a relação com o instrumento. Contudo, os valores do I de Moran local LISA indicaram distribuição aleatória dos casos. Possíveis subnotificações de casos de mortes violentas, não analisadas pelo IML, não entraram na análise sendo essas algumas limitações do estudo.

REFERÊNCIAS

BOTT, S. et al. **Violence against women in Latin America and the Caribbean: a comparative analysis of population-based data from 12 countries**. Washington, DC: Pan American Health Organization - PAHO, 2012. Disponível em: <<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/Violence1.24-WEB-25-febrero-2014.pdf>>. Acesso em 12 fev. 2018.

BRASIL. **Lei nº 13.104 de 2015**. Altera o art. 121 do Decreto-Lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, para prever o feminicídio como circunstância qualificadora do crime de homicídio, e o art. 1º da Lei no 8.072, de 25 de julho de 1990, para incluir. Brasília. Diário Oficial da União, 2015. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/lei/L13104.htm>. Acesso em: 10 mar. 2017.

CERQUEIRA, D. et al. **Atlas da Violência 2016**. Brasília: IPEA, 2016. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/160405_nt_17_atlas_da_violencia_2016_finalizado.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2017.

COSTA, M. M. M. da; PORTO, R.. O feminicídio uma patologia sociojurídica nas sociedades contemporâneas: uma análise a partir do agir comunicativo de Habermas. **Barbarói**, v. Edição Esp, n. 42, p. 4–22, 2014. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/viewFile/5542/3854>>. Acesso em: 12 fev. 2018.

GARCIA, L. P. et al. Estimativas corrigidas de feminicídios no Brasil, 2009 a 2011. **Rev Panam Salud Publica**, v. 37, n. 45, p. 251–7, 2015.

GOMES, A. P. P. F. **Como morre uma mulher?** Configurações da violência letal contra mulheres em Pernambuco. Recife: Universidade Federal de Pernambuco, 2014.

HEISE, L. L.; KOTSADAM, A. Cross-national and multilevel correlates of partner violence: An analysis of data from population-based surveys. **The Lancet Global Health**, v. 3, n. 6, p. e332–e340, 2015.

HUECKER, M. R.; SMOCK, W. **Violência Doméstica na Flórida**. National Institutes of Health. Ilha do Tesouro, Flórida Stat Pearls, 2018.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Dados populacionais**. IBGE, 2017. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pe/recife/panorama>>. Acesso em: 20 ago. 2017.

LEITES, G. T.; MENEGHEL, S. N.; HIRAKATA, V. N. Female homicide in Rio Grande do Sul, Brazil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 17, n. 3, p. 642–653, 2014. Acesso em: 20 fev. 2016.

LIMA, M. L. C. DE et al. Conglomerados de violência em Pernambuco, Brasil. **Revista Panamericana Salud Publica**, v. 18, n. 2, p. 122–128, 2005. Acesso em: 20 fev. 2016.

MACHADO, M. R. DE A. et al. **A violência doméstica fatal: o problema do feminicídio íntimo no Brasil**. Brasília: Secretaria de Reforma do Judiciário. Ministério da Justiça, 2015. Disponível em: <http://www.agenciapatriciagalvao.org.br/dossie/wp-content/uploads/2015/08/Cejus_FGV_feminicidiointimo2015.pdf>. Acesso em: 14 mar. 2017.

MATZOPOULOS, R. et al. A retrospective time trend study of firearm and non-firearm homicide in Cape Town from 1994 to 2013. **South African Medical Journal**, v. 108, n. 3, p. 197, 2018. Acesso em: 20 ago. 2018.

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. Acesso em: 20 ago. 2018.

MENEZES, T. et al. Spatial correlation between homicide rates and inequality: Evidence from urban neighborhoods. **Economics Letters**, v. 120, n. 1, p. 97–99, 2013. Acesso em: 20 fev. 2017.

MOLINATTI, F.; ACOSTA, D. Tendencias de la mortalidad por agresiones en mujeres de países seleccionados de América Latina , 2001 – 2011. **Rev Panam Salud Publica**, v. 37, n. 1, p. 279–286, 2015. Acesso em: 20 fev. 2017.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório Mundial sobre a Prevenção da violência 2014**. São Paulo: Organização Mundial da Saúde, 2014. Disponível em: <<http://nevusp.org/wp-content/uploads/2015/11/1579-VIP-Main-report-Pt-Br-26-10-2015.pdf>>. Acesso em: 14 mar. 2017.

PEREIRA, A. R.; VIEIRA, D. N.; MAGALHÃES, T. Fatal intimate partner violence against women in Portugal: A forensic medical national study. **Journal of Forensic and Legal Medicine**, v. 20, n. 8, p. 1099–1107, 2013. Acesso em: 20 fev. 2017.

PETROSKY, E. et al. Racial and Ethnic Differences in Homicides of Adult Women and the Role of Intimate Partner Violence — United States, 2003–2014. **MMWR**. Morbidity and Mortality Weekly Report, v. 66, n. 28, p. 741–746, 2017. Acesso em: 20 fev. 2018.

PORTELLA, A. P.; RATTON, J. L. A teoria social feminista e os homicídios : o desafio de pensar a violência letal contra as mulheres. **Contemporânea**, v. 5, n. 1, p. 93–118, 2015. Acesso em: 20 fev. 2018.

PRADO, D.; SANEMATSU, M. **Feminicídio: invisibilidade mata**. São Paulo: Instituto Patrícia Galvão. Fundação Rosa Luxemburgo, 2017. Disponível em: <http://agenciapatriciagalvao.org.br/wp-content/uploads/2017/03/LivroFeminicidio_InvisibilidadeMata.pdf>. Acesso em: 14 mar. 2017.

SILVA, C. K. da; SEABRA, D. T.; SOARES JÚNIOR, L. A. Feminismo, Violência E Poder: Uma Análise Histórico-Jurídica da trajetória e dos documentos que culminaram na Lei Maria Da Penha e no Feminicídio. **Cadernos do Programa de Pós-Graduação em Direito**, v. XI, n. 3, p.301-334, 2016. Acesso em: 20 fev. 2017.

SOUSA, A. C. M. DE; SILVA, C. M. F. P. DA; SOUZA, E. R. DE. Determinantes dos homicídios no Estado da Bahia, Brasil, em 2009. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, p. 135–146, 2014. Acesso em: 12 fev. 2016.

SOUZA, E. R. DE et al. Homicídios de mulheres nas distintas regiões brasileiras nos últimos 35 anos: análise do efeito da idade-período e coorte de nascimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 9, p. 2949–2962, 2017. Acesso em: 20 ago. 2018.

TOPRAK, S.; ERSOY, G. Femicide in Turkey between 2000 and 2010. **PLoS ONE**, v. 12, n. 8, p. 1–16, 2017. Acesso em: 20 ago. 2018.

UNODC. UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME. **Global Study on Homicide 2013**. Vienna: United Nations Publication, 2014. Disponível em: <https://www.unodc.org/documents/gsh/pdfs/2014_GLOBAL_HOMICIDE_BOOK_web.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2017.

VÉLEZ GUZMÁN, Y. Feminicidios en Medellín, 2010-2011: conceptualización, caracterización y análisis. **Revista Criminalidad**, v. 54, n. 2, p. 13–26, 2012. Acesso em: 20 fev. 2017.

WAISELFISZ, J. J. **Mapa da Violência 2015: homicídio de mulheres no Brasil**. FLASCO. Brasília: Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais. Flacso, 2015. Disponível em: <http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2015/MapaViolencia_2015_mulheres.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2017.

WOLF, A.; GRAY, R.; FAZEL, S. Violence as a public health problem: an ecological study of 169 countries. **Social science & medicine**, v. 104, p. 220–7, 2014. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3969091/>>. Acesso em: 10 fev. 2018.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Understanding and addressing violence against women**. Geneva: World Health Organization, 2012. Disponível em : <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77433/WHO_RHR_12.35_eng.pdf;jsessionid=2E782F29C34207637F4911AA9DC2C8CF?sequence=1>. Acesso em: 12 fev. 2016.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Violence against Women: The Health Sector Responds**. Geneva: World Health Organization, 2013b. Disponível em: < http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/82753/1/WHO_NMH_VIP_PVL_13>. Acesso em: 20 fev. 2017.

4.3 ARTIGO 3 - HOMICÍDIOS FEMININOS NO BRASIL: UMA ANÁLISE DO TIPO DA AGRESSÃO E LOCAL DO ÓBITO

RESUMO

Introdução: A violência contra a mulher é um problema de saúde pública no Brasil sendo um fenômeno complexo, polissêmico, controverso e crônico, embora sua magnitude seja em grande parte invisível. As mortes violentas de mulheres ocorrem em contextos marcados pela desigualdade de gênero, constituindo assim um crime com designação própria: o feminicídio. **Objetivo:** avaliar a violência letal praticada contra mulheres segundo local do óbito, tipo da agressão e região brasileira. **Métodos:** estudo epidemiológico do tipo ecológico com base nos dados de mortalidade por agressões do Sistema de Informação sobre Mortalidade em 2015. A variável dependente foi a taxa de mortalidade sendo analisada inicialmente segundo a região brasileira, tipo de agressão e local do óbito. Posteriormente, a análise se restringiu aos óbitos ocorridos no domicílio. Calculou-se a taxa e observou-se a diferença de média entre as variáveis independentes por meio do teste Kruskal Wallis adotando significância de 5%. Utilizou-se o Stata 14.0 e Microsoft Office Excel 2013. **Resultados:** não houve diferença significativa entre o local de ocorrência do crime ($p = 0,402$) e a região brasileira de residência da vítima ($p = 173$). O principal tipo de

agressão sofrida pela mulher foi por arma de fogo (0,84/100.000 habitantes) ($p < 0,001$). A análise apenas dos crimes ocorridos no domicílio evidencia uma inversão no tipo de agressão praticada contra a mulher, sendo a principal forma de agressão praticada com arma branca (0,69/100.000). **Conclusões:** não houve diferença significativa entre o local de ocorrência do crime como o domicílio, via pública ou hospital assim como região brasileira de residência. O principal tipo de agressão sofrida pela mulher foi por arma de fogo no geral. Entretanto, aqueles ocorridos no domicílio, tiveram predomínio da arma branca.

Descritores: Violência contra a mulher; Homicídio; Mortalidade.

INTRODUÇÃO

A violência contra a mulher é um problema de saúde pública no Brasil sendo um fenômeno complexo, polissêmico, controverso (AMARAL et al., 2016) e crônico (MENEGHEL; PORTELLA, 2017), embora sua magnitude seja em grande parte invisível (GARCIA, 2016). Apesar das políticas de proteção e apoio à mulher para diminuição da violência, esta ainda apresenta números elevados e atinge mulheres em diferentes contextos de vulnerabilidade (AMARAL et al., 2016).

Embora em menor número do que os homens, as mortes violentas de mulheres chamam atenção por ocorrerem em contextos marcados pela desigualdade de gênero, além de apresentarem padrão de ocorrência diferente (STÖCKL et al., 2013), constituindo assim um crime com designação própria: o feminicídio (PRADO; SANEMATSU, 2017). Assim, o femicídio ou feminicídio são expressões utilizadas para denominar as mortes violentas de mulheres em razão de gênero (MULHERES, 2016) sendo perpetrados, na maioria das vezes por parceiros ou ex-parceiros e envolvem abuso contínuo em casa (WHO, 2012).

O feminicídio representa a expressão mais cruel da violência de gênero, influenciado por aspectos socioculturais e políticos (SOUZA et al., 2017), sendo o desfecho final de um histórico de violência, considerado portanto, uma morte evitável (PRADO; SANEMATSU, 2017). Sua nomeação e denominação fazem parte das estratégias de sensibilização não só da sociedade, mas de instituições para a problemática. Tal estratégia permite o combate à impunidade penal, promoção dos

direitos das mulheres e estímulo a adoção de políticas de prevenção à violência baseada no gênero (MULHERES, 2016).

As taxas de mortalidade por agressão entre as mulheres no Brasil, Colômbia e México entre 2001 e 2011 foram superiores à média mundial e à média latino-americana (MOLINATTI; ACOSTA, 2015). Dentre os Estados brasileiros, Pernambuco apresentou a 10ª maior taxa de homicídio feminino em 2010, sendo Recife a 6ª capital brasileira no *ranking* nacional (WASELFISZ, 2012a).

O cenário brasileiro da mortalidade por feminicídio apresenta tendência ascendente para todas as regiões sendo que o local de maior frequência de óbito variou de acordo com a região geográfica (SOUZA et al., 2017). Cerca de um terço dos óbitos femininos por agressão no Brasil, entre 2003 e 2007, ocorreram no domicílio reforçando a ideia de que se tratam de feminicídios ou mortes provocadas por parceiro íntimo (MENEZES; HIRAKATA, 2011).

Considerando que o local de ocorrência do crime assim como a forma com que este é praticado pode indicar a aproximação ao crime de feminicídio, faz-se necessário avaliar a violência letal praticada contra mulheres segundo local do óbito, tipo da agressão e região brasileira.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo epidemiológico do tipo ecológico. Os dados sobre mortalidade foram coletados a partir do Sistema de Informações sobre Mortalidade do Sistema Único de Saúde (SIM/SUS) disponíveis no Departamento de Informática do SUS (DATASUS) para o ano de 2015. As informações populacionais utilizadas foram obtidas nas projeções populacionais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para o mesmo ano.

Foram incluídas na amostra todos os registros de óbitos de mulheres de 15 anos ou mais por agressão segundo local de residência. A variável relacionada ao local do óbito incluiu: hospital, domicílio e via pública. As regiões brasileiras analisadas foram: Norte, Nordeste, Sudeste, Sul, Centro-Oeste e Brasil.

Os tipos da agressão utilizados no presente estudo, estiveram relacionados com crimes de crueldade praticados contra as mulheres. Nesse sentido, foram divididos seguindo as categorias da Classificação Estatística Internacional de

Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – Décima Revisão (CID-10) seguindo a descrição abaixo.

Distribuição das categorias de análise do tipo de agressão e os respectivos códigos da CID-10 utilizados:

- Estrangulamento: X91 - Agressão por enforcamento, estrangulamento, sufocação.
- Arma de fogo: X93 – Agressão por disparo de arma de fogo de mão, X94 - Agressão por disparo arma fogo de maior calibre, X95 – Agressão por disparo, outra arma de fogo ou não especificada.
- Arma branca: X99 – Agressão por objeto cortante ou penetrante.
- Objeto contundente: Y00 - Agressão por meio de um objeto contundente.
- Força corporal: Y04 - Agressão por meio de força corporal;
- Agressão sexual por meio de força física: Y05 - Agressão sexual por meio de força física.

A variável dependente utilizada foi a taxa de mortalidade por homicídio feminino. Para tanto, procedeu-se ao cálculo incluindo-se no numerador: Número de óbitos em mulheres em determinado local e período dividido pela estimativa populacional feminina na mesma faixa etária, local e período, multiplicado por 100.000 habitantes.

Inicialmente a taxa foi analisada para todo o Brasil verificando-se a diferença entre sua ocorrência média segundo o local do óbito, tipo da agressão e região brasileira, incluindo seu valor médio para o Brasil. Posteriormente a amostra se restringiu aos homicídios praticados apenas no domicílio da vítima segundo o tipo de agressão sofrida pela mulher e região brasileira.

A análise estatística foi iniciada com a avaliação da normalidade da distribuição da taxa por meio do teste Shapiro Wilk. Considerando a distribuição não normal ($p < 0,001$), procedeu-se à análise não paramétrica pelo teste de Kruskal-Wallis. Adotou-se nível de significância de 5%. Utilizou-se o software estatístico Stata versão 14.0 e o Microsoft Office Excel 2013 para análise estatística e construção da tabela, respectivamente.

Por se tratar de estudo que utilizou dados agregados e de domínio público, sem possibilidade de qualquer identificação das vítimas, e está dentro dos estudos na área

das Ciências Humanas e Sociais, seguiu-se o disposto na Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, não tendo sido necessária submissão ao Comitê de Ética e Pesquisa (CNS, 2016).

RESULTADOS

Analisando os homicídios femininos no Brasil segundo local de ocorrência do óbito, o tipo de agressão perpetrada contra a mulher e as diferenças entre as regiões, observou-se que não houve diferença significativa entre o local de ocorrência do crime ($p = 0,402$) e a região brasileira de residência da vítima ($p = 173$). O principal tipo de agressão sofrida pela mulher foi por arma de fogo (0,84/100.000 habitantes) ($p < 0,001$).

Quando a análise dos crimes praticados contra as mulheres se dá apenas pela ocorrência do crime no domicílio da vítima ocorre uma inversão no tipo de agressão praticada contra a mulher, sendo a principal forma de agressão praticada com arma branca (0,69/100.000). Observa-se também o aumento da taxa de óbito por estrangulamento quando passa de 0,10/100.000 habitantes dos óbitos ocorridos independente do local para 0,18/100.000 habitantes quando estes ocorrem no domicílio ($p < 0,001$). A região brasileira para os homicídios femininos ocorridos no domicílio também não apresentou diferença significativa em sua taxa ($p = 0,760$) (tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição da taxa de homicídio feminino segundo local do óbito, tipo da agressão e região brasileira e homicídios ocorridos no domicílio. Brasil, 2015.

	Taxa Média ^a	p-valor ^b
Homicídios femininos no geral		
Local do óbito		
Hospital	0,23	0,402
Domicílio	0,30	
Via Pública	0,33	
Tipo da agressão		
Estrangulamento	0,10	0,000

Arma de Fogo	0,84	
Arma Branca	0,48	
Objeto Contundente	0,11	
Força Corporal	0,04	
Força Física	0,01	
Região do Brasil		
Norte	0,47	
Nordeste	0,29	
Sudeste	0,16	0,173
Sul	0,24	
Centro-Oeste	0,35	
Brasil	0,23	
Homicídios femininos ocorridos no domicílio	Taxa Média	p-valor*
Tipo da agressão		
Estrangulamento	0,18	
Arma de Fogo	0,67	
Arma Branca	0,69	0,000
Objeto Contundente	0,11	
Força Corporal	0,03	
Força Física	0,01	
Região do Brasil		
Norte	0,45	
Nordeste	0,23	
Sudeste	0,19	0,760
Sul	0,35	
Centro-Oeste	0,37	
Brasil	0,24	

^a Taxa Média para 100.000 habitantes

^bKruskal Wallis

DISCUSSÃO

Os homicídios femininos, quando analisados em um contexto geral, acompanham uma estatística semelhante a encontrada em outros estudos (KIRSTEN M. M. et al., 2013; WASELFISZ, 2012b, 2015) quando compara-se o tipo de instrumento utilizado na agressão da mulher, a arma de fogo.

Estudo que levantou os casos de homicídio conjugal cometidos na cidade de Florianópolis, entre 2000 a 2010 identificou que o principal instrumento utilizado nos crimes foi a arma de fogo (41,4%) segunda de perfuro cortante (34,5%) (BORGES; LODETTI; GIRARDI, 2014). Este mesmo estudo mostrou ainda que quanto menor a idade do agressor e da vítima, maior a probabilidade do meio utilizado ter sido um objeto perfuro cortante (BORGES; LODETTI; GIRARDI, 2014).

Os dados também convergem com estudo epidemiológico ecológico que analisou os registros do SIM de óbitos por agressão em mulheres com 10 anos ou mais em todas as regiões brasileiras, entre o período de 1980 a 2014 o qual evidenciou a agressão por arma de fogo como a mais prevalente, seguida de objetos cortantes/contundes e estrangulamento (SOUZA et al., 2017).

As taxas nesse contexto de análise geral, não foram diferentes entre as regiões do país e em comparação à própria taxa em nível nacional. As mortes de mulheres ocorridas em hospitais, em via pública e no domicílio também não apresentaram diferença significativa. Resultado divergente do encontrado em estudo ecológico realizado entre 2002 e 2010 no Rio Branco, Acre a partir de dados do SIM o qual evidenciou que o principal local de ocorrência dos homicídios foi a residência da vítima, seguido do hospital (AMARAL; AMARAL; AMARAL, 2013).

A alimentação do sistema de informação brasileiro, o SIM, não contempla a tipificação do crime por agressão não incluindo o agressor ou a motivação no preenchimento da declaração de óbito, consequentemente, não permite a classificação direta do feminicídio (MENEGBEL et al., 2017). Entretanto a identificação do local do óbito permite uma aproximação desses crimes com o feminicídio, pois sabe-se que grande parte dos feminicídios, em especial aqueles praticados por parceiros íntimos, ocorrem no ambiente doméstico, como mostrou estudo que examinou o papel dos fatores de vizinhança na diferenciação dos feminicídios praticados por parceiros íntimos nos Estados Unidos (KIRSTEN M. M. et al., 2013).

A ocorrência da violência no ambiente doméstico também é mais prevalente nas agressões não letais. Estudo que analisou os casos notificados de violências contra a mulher adulta no Estado de Minas Gerais, por meio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), entre 2011 e 2012, também evidenciou que a violência em geral se deu na própria residência da vítima (ANDRADE et al., 2016).

O fato das mortes ocorrerem no domicílio direciona para o contexto do feminicídio diferente dos homens que, em sua maioria, ocorre em espaços públicos, cometidos por outros homens (COSTA; PORTO, 2014). Ademais, o feminicídio é a etapa final de um percurso de violência vivenciada pela mulher, sendo muitas destas mortes “anunciadas” e evitáveis (MENEGHEL; PORTELLA, 2017).

As mortes registradas pelo SIM no hospital podem subestimar a origem da agressão sofrida pela mulher e, com isso, os casos de feminicídio. A citação do hospital como local de ocorrência da violência pode distorcer as informações, por não representar o verdadeiro local que resultou na morte da vítima. Entretanto, pode direcionar para a diferença entre a gravidade das lesões sofridas entre aqueles óbitos ocorridos na própria residência e aqueles em que a mulher chega a ter atendimento hospitalar (AMARAL; AMARAL; AMARAL, 2013).

Na perspectiva de verificar se a forma como a violência que ocorre no domicílio muda em relação aos demais locais, restringiu-se o banco de dados para análise do tipo da agressão praticada apenas nos óbitos registrados como domicílio. Nesse caso, houve importante alteração passando a arma branca a ser o tipo de agressão mais prevalente. Ganha destaque também o aumento da taxa de homicídio causada por estrangulamento, sufocamento ou enforcamento da vítima, apesar do uso de arma de fogo permanecer em segundo lugar.

Considerando o crime ocorrido no domicílio como uma *proxy* para o feminicídio, percebe-se que a forma com que a agressão ocorre utiliza meios diferentes como o uso de armas brancas ou aumento da utilização do estrangulamento, enforcamento ou sufocamento das vítimas.

Tal cenário ratifica não apenas a intenção de produzir a morte, mas de causar sofrimento à vítima como mostra estudo qualitativo de processos judiciais atinentes feminicídio tentado e consumado contra mulheres. A arma branca foi identificada em quase metade dos casos analisados chamando a atenção para a quantidade expressiva de facadas, a localidade em regiões vitais e a profundidade das lesões em

algumas situações. Tal achado pode indicar tanto a intenção de provocar aflição suplementar anterior à morte quanto o desejo de aniquilar fisicamente a mulher (MACHADO et al., 2015).

Estudo realiza com o objetivo de comparar a mortalidade feminina por agressão/homicídio, antes e após a implantação da lei Maria da Penha, em Rio Branco, Acre, no período de 2002 a 2010, identificou que os principais meios de perpetração da agressão se deu por meio de objeto contundente, perfurante ou cortante, característica das cidades interioranas ou pouco desenvolvidas, seguidas pelo uso da arma de fogo e da força corporal (AMARAL; AMARAL; AMARAL, 2013).

Tais achados demonstram a proximidade do crime de feminicídio, possivelmente provocado por parceiro íntimo ou pessoas próximas da mulher quando este ocorre no domicílio da vítima.

Outro fato identificado foi a não diferença desses crimes entre as regiões brasileiras. Estudo que objetivou estimar as taxas corrigidas de mortalidade de mulheres por agressões apresentando o perfil destes óbitos no Brasil, em suas macrorregiões e estados no período de 2011 a 2013, evidenciou que a mortalidade de mulheres por agressões foi elevada em todo o Brasil e atingiu principalmente mulheres jovens, negras, com baixa escolaridade e residentes nas regiões Centro-Oeste, Nordeste e Norte (GARCIA; SILVA, 2016).

Apesar dos avanços dos estudos nos últimos anos, a morte de mulheres por homicídio ainda é um problema invisibilizado na sociedade (MENEGHEL et al., 2013), mesmo considerando os avanços na legislação e nas políticas públicas (MENEGHEL; MARGARITES, 2017).

O enfrentamento e a resolução da violência contra a mulher demanda tempo e as vítimas precisam ser atendidas, acompanhadas e fortalecidas em linhas de cuidado. Por outro lado, o feminicídio é uma ação que pode ocorrer abruptamente após uma ameaça ou conflito e, neste caso, as providências de proteção da mulher precisam ser oportunas e rápidas (MENEGHEL; PORTELLA, 2017), na perspectiva de evita que o desfecho final ocorra.

CONCLUSÕES

O presente estudo evidenciou que, analisando as taxas, não houve diferença significativa entre o local de ocorrência do crime como o domicílio, via pública ou hospital. A região brasileira de residência da vítima também não apresentou diferença, nestas incluídas a taxa para o Brasil. O principal tipo de agressão sofrida pela mulher foi por arma de fogo.

Entretanto, quando analisadas as taxas de homicídios femininos ocorridos apenas no domicílio, a forma de perpetração da violência sofreu alteração, passando a figurar a arma branca como o principal meio de perpetração do crime. Apesar das armas de fogo terem ficado em segundo lugar, observou-se crescimento nas mortes ocorridas por estrangulamento, sufocamento ou enforcamento. As diferenças entre as regiões permaneceram não significantes.

Tais resultados sugerem a diferença com que os homicídios femininos se diferem daqueles ocorridos no domicílio na sua forma de perpetração, independente da região do país de residência da vítima. As limitações do estudo podem estar relacionadas ao preenchimento da Declaração de óbito para os casos em questão, assim como a ocorrência inicial da violência ter ocorrido no domicílio e o óbito no hospital, podendo esses indicadores analisados estarem subestimados.

REFERÊNCIAS

AMARAL, L. B. DE M. et al. Violência doméstica e a Lei Maria da Penha: perfil das agressões sofridas por mulheres abrigadas em unidade social de proteção. **Revista Estudos Feministas**, v. 24, n. 2, p. 521–540, 2016.

AMARAL, N. D. A.; AMARAL, C. D. 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.

ANDRADE, J. D. O. et al. Indicadores da violência contra a mulher provenientes das notificações dos serviços de saúde de Minas Gerais-Brasil. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 25, n. 3, p. 1–9, 2016.

BORGES, L. M.; LODETTI, M. B.; GIRARDI, J. DE F. Homicídios conjugais: o que dizem os processos criminais. **Psicol. argum**, v. 32, n. 79 supl.1, p. 197–208, 2014.

CNS, Conselho Nacional de Saúde. **Resolução no 510**, de 07 de abril de 2016. Diário Oficial da União. Brasília, 2016. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/reso510.pdf>>.

COSTA, M. M. M. da; PORTO, R.. O feminicídio uma patologia sociojurídica nas sociedades contemporâneas: uma análise a partir do agir comunicativo de Habermas. **Barbarói**, v. Edição Esp, n. 42, p. 4–22, 2014. Disponível em: < <https://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/viewFile/5542/3854> >. Acesso em: 12 fev. 2018.

GARCIA, L. P. A magnitude invisível da violência contra a mulher. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 25, n. 3, p. 451-454, set. 2016 . Disponível em <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742016000300451&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 07 set. 2018. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742016000300001>.

GARCIA, L. P.; SILVA, G. D. M. DA. **Mortalidade de mulheres por agressões no Brasil**: perfil e estimativas corrigidas (2011 - 2013). Brasília, IPEA, 2016. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_2179.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2017.

KIRSTEN M. M., B. et al. Characteristics of the Residential Neighborhood Environment Differentiate Intimate Partner Femicide in Urban Versus Rural Settings Kirsten. **J Rural Health**, v. 29, n. 3, p. 281–293, 2013. Acesso em: 12 fev. 2017.

MACHADO, M. R. DE A. et al. **A violência doméstica fatal**: o problema do feminicídio íntimo no Brasil. Brasília: Secretaria de Reforma do Judiciário. Ministério da Justiça, 2015. Disponível em: <http://www.agenciapatriciagalvao.org.br/dossie/wp-content/uploads/2015/08/Cejus_FGV_femicidiointimo2015.pdf>. Acesso em: 14 mar. 2017.

MENEGHEL, S. N. et al. Repercussões da Lei Maria da Penha no enfrentamento da violência de gênero. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 3, p. 691–700, 2013. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n3/15.pdf> >. Acesso em: 12 mar. 2017.

MENEGHEL, S. N.; PORTELLA, A.. Feminicídios: conceitos, tipos e cenários. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 9, p. 3077-3086, 2017. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002903077&lng=pt&lng=pt >. Acesso em: 12 mar. 2017.

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. Acesso em: 20 ago. 2018.

MENEGHEL, S. N.; HIRAKATA, V. N. Femicídios : homicídios femininos no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, n. 3, p. 564–574, 2011. Acesso em: 12 fev. 2016.

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, p. 1–11, 2017. Acesso em: 20 fev. 2018.

MOLINATTI, F.; ACOSTA, D. Tendencias de la mortalidad por agresiones en mujeres

de países seleccionados de América Latina , 2001 – 2011. **Rev Panam Salud Publica**, v. 37, n. 1, p. 279–286, 2015. Acesso em: 20 fev. 2017.

MULHERES, O. **Diretrizes nacionais feminicídio**. ONU Mulheres. Brasília. ONU Mulheres, 2016. Disponível em: <<http://www.spm.gov.br/central-de-conteudos/publicacoes/2016/livro-diretrizes-nacionais-femenicidios-versao-web.pdf>>. Acesso em: 14 mar. 2017.

PRADO, D.; SANEMATSU, M. **Feminicídio: invisibilidade mata**. São Paulo: Instituto Patrícia Galvão. Fundação Rosa Luxemburgo, 2017. Disponível em: <http://agenciapatriciagalvao.org.br/wp-content/uploads/2017/03/LivroFeminicidio_InvisibilidadeMata.pdf>. Acesso em: 14 mar. 2017.

STÖCKL, H. et al. The global prevalence of intimate partner homicide: a systematic review. **The Lancet**, v. 382, n.9895, jun 2013. p- 859-865. Disponível em: <<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673613610302>>. Acesso em: 12 mar. 2017.

SOUZA, E. R. DE et al. Homicídios de mulheres nas distintas regiões brasileiras nos últimos 35 anos: análise do efeito da idade-período e coorte de nascimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 9, p. 2949–2962, 2017. Acesso em: 20 ago. 2018.

WASELFISZ, J. J. **Mapa da violência 2012: atualização: homicídio de mulheres no Brasil**. CEBELA: Centro Brasileiro de Estudos Latino-Americanos, 2012a. Disponível em: <http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2012/MapaViolencia2012_atual_mulheres.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2016.

WASELFISZ, J. J. **Mapa da Violência 2012**. Caderno complementar 1: homicídio de mulheres no Brasil: Os novos padrões da violência homicida no Brasil. São Paulo Instituto Sangari, 2012b. Disponível em: <http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2012/MapaViolencia2012_atual_mulheres.pdf>. Acesso em 14 fev.2017.

WASELFISZ, J. J. **Mapa da Violência 2015: homicídio de mulheres no Brasil**. FLASCO. Brasília: Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais. Flacso, 2015. Disponível em: <http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2015/MapaViolencia_2015_mulheres.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2017.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Understanding and addressing violence against women**. Geneva: World Health Organization, 2012. Disponível em : <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77433/WHO_RHR_12.35_eng.pdf;jsessionid=2E782F29C34207637F4911AA9DC2C8CF?sequence=1>. Acesso em: 12 fev. 2016.

5 CONCLUSÃO

A presente tese teve como objetivo estudar os determinantes ambientais e socioeconômicos das mortes violentas perpetradas contra mulheres. Os dois primeiros artigos utilizaram o contexto das mortes e indicadores socioeconômicos da capital pernambucana, Recife. Estudos que foram feitos com recortes temporais e utilização de técnica de unificação de banco de dados, permitindo análises multivariadas na determinação da violência contra a mulher.

O primeiro artigo trabalhado evidenciou que questões individuais da mulher, assim como o ambiente em que vivem, exercem influência sobre a probabilidade de serem mortas de forma violenta. Mesmo controlando as características do bairro nos modelos econométricos estudados, percebeu-se que mulheres negras, mais jovens e residentes em bairros pobres, foram as maiores vítimas dos crimes praticados contra elas.

Chamaram a atenção os aspectos relacionados à renda do bairro e a raça/cor da vítima. Nos bairros mais ricos, o risco de as mulheres brancas serem assassinadas foi maior. Bairros com assassinatos de mulheres acima da média, tendem a ter assassinatos de mulheres negras também acima da média. Os resultados obtidos pelo artigo, construídos em dois níveis de análise, ratificaram questões fundamentais como a discussão dos homicídios praticados contra as mulheres com influência de ambientes com baixa renda, levando a situações de pobreza e questões raciais da mulher. Entretanto, também mostra que a violência letal perpetrada contra mulheres está disseminada em toda a sociedade da localidade estudada.

O segundo artigo que tratou da distribuição espacial dos óbitos na mesma localidade do primeiro artigo. A realização do segundo artigo mostrou a avaliação de cluster dos homicídios femininos lançando mão de métodos de econometria espacial. Utilizou em sua análise a inclusão de variáveis que permitissem uma aproximação do conhecimento da crueldade com que esses crimes são praticados por meio da inclusão do número de perfurações no corpo da vítima. Ademais o tipo de instrumento que produziu a morte também foi incluído na espacialização de sua ocorrência.

Os resultados desse estudo encontraram um perfil de mulheres na fase adulta e não brancas. Os homicídios praticados contra as mulheres foram principalmente

com a utilização de arma de fogo e com grande variação do número de perfurações nas vítimas entre os casos incluídos na pesquisa. A grande variação nessa variável direciona para a possível existência de casos de feminicídio onde a intenção vai além de ceifar a vida da mulher, mas uma expressão de atitude de raiva no momento do crime.

A distribuição espacial mostrou alguns bairros com maiores taxas de homicídios femininos, assim como maiores números de perfurações. Observou-se também a relação com a arma do crime. Contudo, os valores do I de Moran local LISA indicaram distribuição aleatória dos casos não direcionando para formação de cluster.

Os artigos que trabalharam o banco de dados do IML podem apresentar algumas limitações como possíveis subnotificações de casos de mortes violentas, não analisadas pelo IML e não entraram na análise.

O terceiro artigo, traz uma análise nacional e trabalha um banco de dados do DATASUS por meio de informações dos Sistemas de Informações do SUS. Visou avaliar a violência letal praticada contra mulheres segundo local do óbito, tipo da agressão e região brasileira. A ideia foi identificar as regiões com maiores prevalências de homicídios praticados contra as mulheres assim como inferir a aproximação da violência doméstica.

O estudo evidenciou que não houve diferença significativa da taxa de homicídio feminino entre o local de ocorrência do crime como o domicílio, via pública ou hospital. A região brasileira de residência da vítima também não apresentou diferença, nestas incluídas a taxa para o Brasil. O principal tipo de agressão sofrida pela mulher foi por arma de fogo no Brasil.

Apesar da não diferença significativa entre o local do óbito inicialmente, quando analisadas as taxas de homicídios femininos ocorridos apenas no domicílio, a forma de perpetração da violência sofreu alteração, passando a figurar a arma branca como o principal meio de perpetração do crime. Não obstante as armas de fogo terem ficado em segundo lugar, observou-se crescimento nas mortes ocorridas por estrangulamento, sufocamento ou enforcamento. As diferenças entre as regiões permaneceram não significantes.

Tais resultados sugerem que os homicídios femininos se diferem daqueles ocorridos no domicílio na sua forma de perpetração, independente da região do país de residência da vítima. As limitações do estudo podem estar relacionadas ao

preenchimento da Declaração de óbito para os casos em questão, assim como a ocorrência inicial da violência ter ocorrido no domicílio e o óbito no hospital, podendo esses indicadores analisados dos crimes cometidos no domicílio estarem subestimados.

A violência contra a mulher deve continuar a ser uma prioridade na agenda pública de gestores, juristas e formuladores de políticas públicas. As legislações devem continuar a serem adequadas às necessidades para quebra do ciclo da violência visando a prevenção do desfecho final da trajetória de violência, o óbito.

REFERÊNCIAS

BATISTA, K. B. C.; SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L. Gestores de saúde e o enfrentamento da violência de gênero contra as mulheres: as políticas públicas e sua implementação em São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. v.34, n.8, p. 1-11, 2018.

BORGES, L. M.; LODETTI, M. B.; GIRARDI, J. DE F. Homicídios conjugais: o que dizem os processos criminais. **Psicol. argum**, v. 32, n. 79 supl.1, p. 197–208, 2014.

BOLTE, G. et al. **Environmental Health Inequalities in Europe**. Denmark: World Health Organization Regional Office for Europe, 2012. Disponível em: <http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/157969/e96194.pdf?ua=1>. Acesso em: 10 mar. 2017.

BORGES, L. M.; LODETTI, M. B.; GIRARDI, J. DE F. Homicídios conjugais: o que dizem os processos criminais. **Psicol. argum**, v. 32, n. 79 supl.1, p. 197–208, 2014. Disponível em: <<http://www2.pucpr.br/reol/pb/index.php/pa?dd1=14877%7B&%7Ddd99=view%7B&%7Ddd98=pb>>. Acesso em: 12 abr. 2017.

BOTT, S. et al. **Violence against women in Latin America and the Caribbean: a comparative analysis of population-based data from 12 countries**. Washington, DC: Pan American Health Organization - PAHO, 2012. Disponível em: <<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/Violence1.24-WEB-25-febrero-2014.pdf>>. Acesso em 12 fev. 2018.

BRASIL. **Lei nº 13.104 de 2015**. Altera o art. 121 do Decreto-Lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, para prever o feminicídio como circunstância qualificadora do crime de homicídio, e o art. 1º da Lei no 8.072, de 25 de julho de 1990, para incluir. Brasília. Diário Oficial da União, 2015. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/lei/L13104.htm>. Acesso em: 10 mar. 2017.

BRASIL, Presidência da República. **Lei nº 10.886 de 17 de junho de 2004**. Acrescenta parágrafos ao art. 129 do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, criando o tipo especial denominado "Violência Doméstica". Diário Oficial da União - Seção 1 - 18/6/2004, Página 1. Brasília. Presidência da República do Brasil, 2004. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/lei/l10.886.htm>. Acesso em: 10 abr. 2016.

BRASIL, Presidência da República. **Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006**. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Diário Oficial da União - Seção 1 - 8/8/2006, Página 1. Brasília. Presidência da República do Brasil, 2006. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm>. Acesso em: 10 abr. 2016.

BRASIL, Presidência da República. **Lei nº 13.505 de 08 de novembro de 2017**. Acrescenta dispositivos à Lei no 11.340, de 7 de agosto de 2006 (Lei Maria da Penha), para dispor sobre o direito da mulher em situação de violência doméstica e familiar de ter atendimento policial e pericial especializado, ininterrupto e prestado, preferencialmente, por servidores do sexo feminino. Publicado no Diário Oficial da União em: 09/11/2017, Edição: 215, Seção: 1, Página: 1. Brasília, 2017. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2017/Lei/L13505.htm#art2 >. Acesso em: 08 set. 2018.

BRASIL, Presidência da República. **Lei nº 13.641 de 03 de abril de 2018**. Altera a Lei no 11.340, de 7 de agosto de 2006 (Lei Maria da Penha), para tipificar o crime de descumprimento de medidas protetivas de urgência. Publicado no Diário Oficial da União em: Seção 1 - 4/4/2018, Página 1. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2018/Lei/L13641.htm#art2>. Acesso em: 08 set. 2018.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 77–93, 2007.

CAICEDO-VELÁSQUEZ, B.; ÁLVAREZ-CASTAÑO, L. S.; MARÍ-DELL'OLMO, M. Evolución de las inequidades en mortalidad por causas externas entre los municipios de Antioquia (Colombia). **Gac Sanit**, v. 30, n. 4, p. 279–286, 2016.

CERQUEIRA, D. et al. Avaliando a efetividade da Lei Maria da Penha. **IPEA - Textos Para Discussão**, v. 1, n. 2048, p. 44, 2015. Disponível em: < http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_2048k.pdf >. Acesso em: 12 mar. 2017.

CERQUEIRA, D. et al. **Atlas da Violência 2016**. Brasília: IPEA, 2016. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/160405_nt_17_atlas_da_violencia_2016_finalizado.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2017.

CNS, Conselho Nacional de Saúde. **Resolução CNS nº 466/2012**, 2012.

CNS, Conselho Nacional de Saúde. **Resolução no 510**, de 07 de abril de 2016. Diário Oficial da União. Brasília, 2016. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/reso510.pdf>>.

COSTA, M. M. M. da; PORTO, R.. O feminicídio uma patologia sociojurídica nas sociedades contemporâneas: uma análise a partir do agir comunicativo de Habermas. **Barbarói**, v. Edição Esp, n. 42, p. 4–22, 2014. Disponível em: < <https://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/viewFile/5542/3854> >. Acesso em: 12 fev. 2018.

CSDH. **A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health**. Geneva: COCSDH. MISSION ON SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH, 2007. Disponível em: <http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_framework_action_05_07.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2017.

DATASENADO. **Violência doméstica e familiar contra a mulher**. Brasília. Instituto de Pesquisa DataSenado. Observatório da Violência contra a Mulher, 2017. Disponível em: <<https://www12.senado.leg.br/institucional/datasetenado/arquivos/aumenta-numero-de-mulheres-que-declaram-ter-sofrido-violencia>>. Acesso em: 13 mar. 2017.

DAHLGREN, G.; WHITEHEAD, M. **Policies and strategies to promote social equity in health: Background document to WHO – Strategy paper for Europe**. 2. ed. Stockholm: Institute for Future Studies, 2007.

DATASUS. **Óbitos por residência na faixa etária de 15 a 49 anos, sexo feminino no ano de 2012**. Rio de Janeiro, DATASUS. Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sim/cnv/obt10uf.def>>. Acesso em: 12 mar. 2017.

ENGEL, C. L. et al. **Diagnóstico dos Homicídios no Brasil**: subsídios para o Pacto Nacional pela Redução de Homicídios. Brasília: Ministério da Justiça, 2015. Disponível em: <<http://agenciapatriciagalvao.org.br/wp-content/uploads/2015/10/RELATORIO-HOMICIDIOS-210x297mm-MJ-1.pdf>>. Acesso em: 07 set. 2018.

FRANCO, S. et al. Mortalidad por homicidio en Medellín , 1980-2007. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 12, p. 3209–3218, 2012.

GARCIA, L. P. A magnitude invisível da violência contra a mulher. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 25, n. 3, p. 451-454, set. 2016 . Disponível em <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742016000300451&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 07 set. 2018. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742016000300001>.

GARCIA, L. P.; FREITAS, L. R. S.; HOFELMANN, D. A. Avaliação do impacto da Lei Maria da Penha sobre a mortalidade de mulheres por agressões no Brasil, 2001-2011. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília , v. 22, n. 3, p. 383-394, set. 2013 . Disponível em <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742013000300003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 07 set. 2018. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742013000300003>.

GARCIA, L. P.; SILVA, G. D. M. DA. **Mortalidade de mulheres por agressões no Brasil**: perfil e estimativas corrigidas (2011 - 2013). Brasília, IPEA, 2016. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_2179.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2017.

HAMILTON, L. C. **Multilevel and Mixed-Effects Modeling**. Statistics with STATA Version 12. International Edition., v. 3, p. 387, 2013.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010**: Resultados gerais da amostra. Contagem Populacional. Brasília: IBGE, 2010. Disponível em: <https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/resultados_gerais_a_mostra/resultados_gerais_amostra_tab_uf_microdados.shtm>. Acesso em: 20 fev.

2017.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Dados populacionais**. IBGE, 2017. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pe/recife/panorama>>. Acesso em: 20 ago. 2017.

ISMAYILOVA, L. Spousal Violence in 5 Transitional Countries : A Population-Based Multilevel Analysis of Individual and Contextual Factors. **American Journal of Public Health**, v. 105, n. 11, 2015.

JESUS, D. DE. **Violência contra a mulher**. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2015.

KIM, D. The associations between US state and local social spending, income inequality , and individual all-cause and cause-specific mortality : The National Longitudinal Mortality Study. **Preventive Medicine**, v. 84, p. 62–68, 2016. Acesso em: 20 fev. 2018.

KRUG, E. G. et al. **World report on violence and health**. World Health Organization. Geneva: World Health Organization, 2002. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42495/1/9241545615_eng.pdf>. Acesso em: 14 mar. 2017.

LIMA, R. S. DE; BUENO, S. **Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2016**. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2016. Acesso em: 20 fev. 2017.

LUCENA, K. D. T. et al . Análise espacial da violência doméstica contra a mulher entre os anos de 2002 e 2005 em João Pessoa, Paraíba, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 28, n. 6, p. 1111-1121, June 2012 . Disponível em: from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000600010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 Sept. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000600010>.

LIMA, M. L. C. DE et al. Conglomerados de violência em Pernambuco, Brasil. **Revista Panamericana Salud Publica**, v. 18, n. 2, p. 122–128, 2005. Acesso em: 20 fev. 2016.

MACHADO, M. R. DE A. et al. **A violência doméstica fatal: o problema do feminicídio íntimo no Brasil**. Brasília: Secretaria de Reforma do Judiciário. Ministério da Justiça, 2015. Disponível em: <http://www.agenciapatriciagalvao.org.br/dossie/wp-content/uploads/2015/08/Cejus_FGV_feminicidiointimo2015.pdf>. Acesso em: 14 mar. 2017.

MARTINS, A. P. A.; CERQUEIRA, D.; MATOS, M. V. M. A institucionalização das políticas públicas de enfrentamento à violência contra as mulheres no Brasil (versão preliminar). **Ipea**, v. 13, p. 1–37, 2015. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/150302_nt_diest_13.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2018.

MELO, R. A.; FERNANDES, F. E. C. V.; BRANDÃO, D. A. Operação Ronda Maria da Penha da Polícia Militar da Bahia na proteção de mulheres em situação de violência

doméstica. **Anais do 12º Congresso Internacional da Rede Unida**, 2018. Manaus: Rede Unida. Disponível em: <<http://www.redeunida.org.br/pt-br/evento/5/menu/anais/?title=maria+da+penha>>. Acesso em: 08 set. 2018.

MENEGHEL, S. N. et al. Repercussões da Lei Maria da Penha no enfrentamento da violência de gênero. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 3, p. 691–700, 2013. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n3/15.pdf>>. Acesso em: 12 mar. 2017.

MENEGHEL, S. N.; PORTELLA, A.. Feminicídios: conceitos, tipos e cenários. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 9, p. 3077-3086, 2017. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002903077&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 12 mar. 2017.

MENEGHEL, S. N. et al. Femicídios: Narrativas de crimes de gênero. **Interface: Communication, Health, Education**, v. 17, n. 46, p. 523–533, 2013. Acesso em: 20 fev. 2017.

MINAYO, M. C. DE S. **Violência e Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, Editora, 2006. Acesso em: 14 fev. 2015.

MULHERES, O. **Diretrizes nacionais feminicídio**. ONU Mulheres. Brasília. ONU Mulheres, 2016. Disponível em: <<http://www.spm.gov.br/central-de-conteudos/publicacoes/2016/livro-diretrizes-nacionais-femenicidios-versao-web.pdf>>. Acesso em: 14 mar. 2017.

OLIVEIRA, L. R. F. DE; BRESSAN, C. A percepção do sujeito que matou por amor. **Mudanças - Psicologia da Saúde**, v. 22, n. 1, p. 21–30, 2014. Disponível em: < <https://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/MUD/article/view/4279/4357> >. Acesso em: 12 fev. 2018.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório Mundial sobre a Prevenção da violência 2014**. São Paulo: Organização Mundial da Saúde, 2014. Disponível em: <<http://nevus.org/wp-content/uploads/2015/11/1579-VIP-Main-report-Pt-Br-26-10-2015.pdf>>. Acesso em: 14 mar. 2017.

OSIS, M. J. D.; DUARTE, G. A.; FAUNDES, A. Violência entre usuárias de unidades de saúde: prevalência, perspectiva e conduta de gestores e profissionais. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 46, n. 2, p. 351-358, Apr. 2012 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000200018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 Sept. 2018. Epub Feb 24, 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102012005000019>.

PARANÁ, S. E. S. **Caderno temático de vigilância de violências e acidentes no Paraná**. Curitiba, Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Vigilância em Saúde, 2014. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Caderno_viva_alta_13_3_14.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2016.

PELLEGRINI FILHO, A. et al. **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil. Relatório final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS)**. Brasília: Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde, 2008. Acesso em: 20 fev. 2016.

PEREIRA, A. R.; VIEIRA, D. N.; MAGALHÃES, T. Fatal intimate partner violence against women in Portugal: A forensic medical national study. **Journal of Forensic and Legal Medicine**, v. 20, n. 8, p. 1099–1107, 2013. Acesso em: 20 fev. 2017.

PERNAMBUCO. Governo do Estado de Pernambuco. **Lei nº 13.977 de 16 de dezembro de 2009**. Institui o serviço de abrigo, atendimento e proteção às mulheres em situação de violência doméstica e familiar sob risco de morte, no âmbito do Estado de Pernambuco, e dá providências correlatas. Recife, 2009. Disponível em: <<http://legis.alepe.pe.gov.br/arquivoTexto.aspx?tiponorma=1&numero=13977&complemento=0&ano=2009&tipo=&url=>>. Acesso em: 20 abr. 2017.

PRADO, D.; SANEMATSU, M. **Feminicídio: invisibilidade mata**. São Paulo: Instituto Patrícia Galvão. Fundação Rosa Luxemburgo, 2017. Disponível em: <http://agenciapatriciagalvao.org.br/wp-content/uploads/2017/03/LivroFeminicidio_InvisibilidadeMata.pdf>. Acesso em: 14 mar. 2017.

REICHENHEIM, M. E. et al. Violence and injuries in Brazil: the effect, progress made, and challenges ahead. **The Lancet**, v. 377, n. 9781, p. 1962–1975, 2011. Acesso em: 20 fev. 2019.

SALAMA, P. Homicídios , ¿ es ineluctable la violencia en América Latina ? **Frontera Norte**, v. 25, n. 49, p. 7–27, 2013. Acesso em: 20 fev. 2017.

SANZ-BARBERO, B. et al. Intimate partner violence among women in Spain: the impact of regional-level male unemployment and income inequality. **European Journal of Public Health**, v. 25, n. 6, p. 1105–1111, 2015. Acesso em: 20 fev. 2017.

SCHRAIBER, L. B. et al . Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 41, n. 5, p. 797-807, Oct. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000500014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 Sept. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102007000500014>.

SILVA, C. K. da; SEABRA, D. T.; SOARES JÚNIOR, L. A. Feminismo, Violência E Poder: Uma Análise Histórico-Jurídica da trajetória e dos documentos que culminaram na Lei Maria Da Penha e no Feminicídio. **Cadernos do Programa de Pós-Graduação em Direito**, v. XI, n. 3, p.301-334, 2016. Acesso em: 20 fev. 2017.

SILVA, A. C. L. G.; COELHO, E. B. S.; NJAINE, K. Violência conjugal: as controvérsias no relato dos parceiros íntimos em inquéritos policiais. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 19, n. 4, p. 1255-1262, Apr. 2014 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-

81232014000401255&lng=en&nrm=iso>. Acesso on 07 Sept. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014194.01202013>.

STEEVES, G. M.; PETTERINI, F. C.; MOURA, G. V. The interiorization of Brazilian violence, policing, and economic growth. **EconomiA**, v. 16, p. 359–375, 2015. Acesso em: 20 fev. 2016.

STÖCKL, H. et al. The global prevalence of intimate partner homicide: a systematic review. **The Lancet**, v. 382, n.9895, jun 2013. p- 859-865. Disponível em: <<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673613610302>>. Acesso em: 12 mar. 2017.

UNODC. UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME. **Global Study on Homicide 2013**. Vienna: United Nations Publication, 2014. Disponível em: <https://www.unodc.org/documents/gsh/pdfs/2014_GLOBAL_HOMICIDE_BOOK_web.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2017.

WASELFISZ, J. J. **Mapa da violência 2012: atualização: homicídio de mulheres no Brasil**. CEBELA: Centro Brasileiro de Estudos Latino-Americanos, 2012a. Disponível em: <http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2012/MapaViolencia2012_atual_mulheres.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2016.

WASELFISZ, J. J. **Mapa da Violência 2012**. Caderno complementar 1: homicídio de mulheres no Brasil: Os novos padrões da violência homicida no Brasil. São Paulo Instituto Sangari, 2012b. Disponível em: <http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2012/MapaViolencia2012_atual_mulheres.pdf>. Acesso em 14 fev.2017.

WASELFISZ, J. J. **Homicídios e juventude no Brasil**. Brasília: Secretaria Nacional de Juventude, 2013. Disponível em: <http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2013/mapa2013_homicidios_juventude.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2017.

WASELFISZ, J. J. **Mapa da violência 2014: os jovens do Brasil**. Brasília. FLASCO, 2014. Disponível em: <http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2014/Mapa2014_JovensBrasil.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2017.

WASELFISZ, J. J. **Mapa da Violência 2012: Os Novos Padrões da Violência Homicida no Brasil**. São Paulo: Instituto Sangari, 2011. Acesso em: 20 fev. 2017.

WASELFISZ, J. J. **Mapa da Violência 2015: Mortes Matadas por Armas de Fogo**. FLASCO; Unesco. Brasília: FLASCO e Unesco, 2015. Disponível em: <[Disponível em www.juventude.gov.br/juventudeviva%5Cn](http://www.juventude.gov.br/juventudeviva%5Cn)>. Acesso em: 20 fev. 2017.

WOLF, A.; GRAY, R.; FAZEL, S. Violence as a public health problem: an ecological study of 169 countries. **Social science & medicine**, v. 104, p. 220–7, 2014. Disponível

em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3969091/>>. Acesso em: 10 fev. 2018.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Health in 2015**: from MDGs Millennium Development Goals to SDGs Sustainable Development Goals. Geneva: World Health Organization, 2015. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/200009/1/9789241565110_eng.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2017.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Summary report**: WHO Multi-country study on Women's Health and Domestic violence against women. Geneva. World Health Organization, 2005. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9241593512_eng.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2017.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Understanding and addressing violence against women**. Geneva: World Health Organization, 2012. Disponível em : <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77433/WHO_RHR_12.35_eng.pdf;jsessionid=2E782F29C34207637F4911AA9DC2C8CF?sequence=1>. Acesso em: 12 fev. 2016.

WHO. **Global and regional estimates of violence against women**: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Geneva, World Health Organization, 2013a. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85239/1/9789241564625_eng.pdf?ua=1>. Acesso em: 20 fev. 2017.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Violence against Women**: The Health Sector Responds. Geneva: World Health Organization, 2013b. Disponível em: < http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/82753/1/WHO_NMH_VIP_PVL_13>. Acesso em: 20 fev. 2017.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION **Violence against women**: intimate partner violence and sexual violence against women. Geneva: World Health Organization, 2014. Disponível em: <<http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-0030476481&partnerID=tZOtx3y1>>. Acesso em: 20 fev. 2017.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Plan of Action** : Health systems address violence against women and girls. Geneva: World Health Organization, 2016. Disponível em: <<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/251664/1/WHO-RHR-16.13-eng.pdf>>. Acesso em: 20 fev. 2017.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Plan of Action**: Health systems address violence against women and girls. Geneva: World Health Organization, 2016. Disponível em: < <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/251664/1/WHO-RHR-16.13-eng.pdf>>. Acesso em: 20 fev. 2017.

APÊNDICE A – PÁGINAS INICIAIS DO LIVRO

**FLÁVIA EMÍLIA CAVALCANTE VALENÇA FERNANDES ROSANA ALVES DE
MELO**

Organizadoras

AS DIVERSAS FACES DA VIOLÊNCIA:

UM PANORAMA SOBRE APRODUÇÃO CIENTÍFICA



Copyright © da Editora CRV Ltda.
Editor-chefe: Railson Moura
Diagramação e Capa: Editora CRV
Revisão: Os Autores

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)
 CATALOGAÇÃO NA FONTE

D618

As diversas faces da violência: um panorama sobre a produção científica / Flávia Emília Cavalcante Valença Fernandes, Rosana Alves de Melo (organizadoras) – Curitiba: CRV, 2018. 318 p.

Bibliografia
 ISBN 978-85-444-2798-9
 DOI 10.24824/ 978854442798.9

1. Medicina e saúde 2. Saúde coletiva 3. Violências 4. Vulnerabilidade 5. Acidentes I. Fernandes, Flávia Emília C. Valença II. Melo, Rosana Alves de III. Título IV. Série.

CDU 614

CDD 610
 614

Índice para catálogo sistemático
 1. Saúde coletiva 614

ESTA OBRA TAMBÉM ENCONTRA-SE DISPONÍVEL EM FORMATO DIGITAL.
 CONHEÇA E BAIXE NOSSO APLICATIVO!



2018

Foi feito o depósito legal conf. Lei 10.994 de 14/12/2004
 Proibida a reprodução parcial ou total desta obra sem autorização da Editora CRV
 Todos os direitos desta edição reservados pela: Editora CRV
 Tel.: (41) 3039-6418 - E-mail: sac@editoracrv.com.br
 Conheça os nossos lançamentos: www.editoracrv.com.br

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	13
--------------------	----

CAPÍTULO 1

GÊNERO X SEXUALIDADE: conhecendo a interface desses conceitos com a violência nas relações afetivas na adolescência	15
---	----

Rosana Alves de Melo

Lana Quele Pereira da Silva

Talita Cláudia Sá da Silva

Flávia Emília Cavalcante Valença Fernandes

Karina Perrelli Randau

CAPÍTULO 2

VIOÊNCIA NAS RELAÇÕES AFETIVAS: seus contextos e suas nuances	21
---	----

Rosana Alves de Melo

Flávia Emília Cavalcante Valença Fernandes

Talita Cláudia Sá da Silva

Marcelo Nascimento Lima

Karina Perrelli Randau

CAPÍTULO 3

OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE E OS FATORES AMBIENTAIS E SÓCIO ECONÔMICOS ASSOCIADOS A VIOÊNCIA	33
--	----

Flávia Emília Cavalcante Valença Fernandes

Rosana Alves de Melo

Arnaldo de França Caldas Júnior

Tatiane Almeida de Menezes

CAPÍTULO 4

CONTEXTUALIZAÇÃO DA VIOÊNCIA E VIOÊNCIA CONTRA A MULHER	41
---	----

Flávia Emília Cavalcante Valença Fernandes

Rosana Alves de Melo

Arnaldo de França Caldas Júnior

Tatiane Almeida de Menezes

CAPÍTULO 5
EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA LEGISLAÇÃO PROTETIVA
NO ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA
PERPETRADA CONTRA A MULHER53

Flávia Emília Cavalcante Valença Fernandes

Fortunato Fernandes de Alencar

Rosana Alves de Melo

Amaldo de França Caldas Júnior

Tatiane Almeida de Menezes

CAPÍTULO 6
ANÁLISE DOS ESTUDOS ACERCA DA MOTIVAÇÃO
DA VIOLÊNCIA PERPETRADA CONTRA MULHERES63

Flávia Emília Cavalcante Valença Fernandes

Rosana Alves de Melo

Amaldo de França Caldas Júnior

Tatiane Almeida de Menezes

CAPÍTULO 7
PREVALÊNCIA DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER
USUÁRIA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE.....71

Vitória de Barros Siqueira

Flávia Emília Cavalcante Valença Fernandes

Islanne Soares Leal

Rosana Alves de Melo

CAPÍTULO 8
VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA MULHERES USUÁRIAS
DA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE NA ZONA URBANA79

Flávia Emília Cavalcante Valença Fernandes

Thainara Kauanne Pacheco Almeida

Rosana Alves de Melo

Vitória de Barros Siqueira

CAPÍTULO 9
A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E SUAS DIVERSAS
FORMAS DE MANIFESTAÇÃO NA VISÃO
DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE89

Gessyka Mayara Soares Gomes

Rejane Cristiany Lins de França Pereira

Rosana Alves de Melo

Flávia Emília Cavalcante Valença Fernandes

CAPÍTULO 10	
MULHERES TRABALHADORAS RURAIS	
DO SUBMÉDIO VALE DO SÃO FRANCISCO:	
medo e situações de violência no ambiente de trabalho	101
<i>Vitória de Barros Siqueira</i>	
<i>Lúcia Marisy Souza Ribeiro de Oliveira</i>	

CAPÍTULO 11	
VIOLÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA:	
uma revisão sistemática	109
<i>Maria Elda Alves de Lacerda Campos</i>	
<i>Erika Daniela Guimarães Machado</i>	
<i>Isabela Maria Alencar dos Anjos</i>	
<i>Maria Eduarda Santos Carvalho</i>	
<i>Matheus Henrique Gonçalves Aguiar</i>	

CAPÍTULO 12	
VIOLÊNCIA NO NAMORO:	
conhecendo seu contexto e prevenção	125
<i>Rosana Alves de Melo</i>	
<i>Flávia Emilia Cavalcante Valença Fernandes</i>	
<i>Maíra Kely Amorim Nascimento</i>	
<i>Karina Perrelli Randau</i>	

CAPÍTULO 13	
CONTEXTO DAS SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA NAS	
RELAÇÕES DE NAMORO ENTRE ADOLESCENTES:	
revisão de literatura	137
<i>Lana Quele Pereira da Silva</i>	
<i>Talita Cláudia Sá da Silva</i>	
<i>Aislany Warlla Nunes Luna</i>	
<i>Flávia Emilia Cavalcante Valença Fernandes</i>	
<i>Rosana Alves de Melo</i>	

CAPÍTULO 14	
ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO E DIMINUIÇÃO	
DA VIOLÊNCIA NO NAMORO ENTRE ADOLESCENTES:	
uma revisão de literatura	151
<i>Lanuza dos Santos Brito</i>	
<i>Danielly Coelho de Melo</i>	
<i>Flávia Emilia Cavalcante Valença Fernandes</i>	
<i>Rosana Alves de Melo</i>	

CAPÍTULO 15
CONDUTA DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUANTO
A NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA À CRIANÇA E AO
ADOLESCENTE EM UNIDADES DE ATENDIMENTO
DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.....163

Anna Luíza Lopes Cavalcanti
Antonio Azoubel Antunes
Gabriela Granja Porto

CAPÍTULO 16
CONTEXTO DE VIOLÊNCIA AFETIVA
NA COMUNIDADE LGBT179

Marcelo Nascimento Lima
Mariana Pereira Gama
Rosana Alves de Melo
Flávia Emília Cavalcante Valença Fernandes
Karina Perrelli Randau

CAPÍTULO 17
HOMICÍDIO: fenômeno presente na melhor idade?191

Ana Patrícia da Silva Alves
Rislayne Gomes Ferreira
Flávia Emília Cavalcante Valença Fernandes
Rosana Alves de Melo

CAPÍTULO 18
TEORIA DA CONVERGÊNCIA DAS TAXAS
DE CRIMINALIDADE. DISCUSSÃO E EVIDÊNCIAS
PARA O ESTADO DE PERNAMBUCO203

Jobson Maurílio Alves dos Santos
Tatiane Almeida de Menezes
Andrews Augusto Diniz Barros
José Filipe Teixeira Carvalho
Cariane Ferraz da Silva

CAPÍTULO 19
JOVENS EM PRIVAÇÃO DE LIBERDADE
E A VULNERABILIDADE PARA IST/HIV/AIDS:
vivências e representações sociais.....217

Susanne Pinheiro Costa e Silva
Andressa de Macêdo Cardoso
Tatiana Carla Carvalho Amorim Guisande

CAPÍTULO 20**SEGURANÇA EM PRIMEIRO LUGAR:****como o ambiente seguro eleva o desempenho escolar233***Rodrigo Gomes de Arruda**Tatiane Almeida de Menezes***CAPÍTULO 21****INCIDÊNCIA DE TENTATIVAS DE SUICÍDIO EM POPULAÇÃO****JOVEM NO BRASIL ENTRE OS ANOS DE 2010 A 2014259***Tatiana Carla Carvalho Amorim Guisande**Maira Kely Amorim Nascimento**Rosana Alves de Melo**Flávia Emília Cavalcante Valença Fernandes***CAPÍTULO 22****A PERSPECTIVA DO SUICÍDIO NA POPULAÇÃO IDOSA****SEGUNDO CARACTERÍSTICAS REGIONAIS,****SOCIOECONÔMICAS E DEMOGRÁFICAS271***Rislayne Gomes Ferreira**Ana Patrícia da Silva Alves**Flávia Emília Cavalcante Valença Fernandes**Rosana Alves de Melo***CAPÍTULO 23****CARACTERIZAÇÃO DOS ACIDENTES****MOTOCICLÍSTICOS E SUAS VÍTIMAS****ATENDIDAS EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA.....281***Flávia Emília Cavalcante Valença Fernandes**Vanessa Amaral Oliveira**Odair Queiroz de Holanda**Rosana Alves de Melo***CAPÍTULO 24****CARACTERIZAÇÃO DOS ACIDENTES DE TRANSPORTE****TERRESTRE ATENDIDOS EM NÍVEL PRÉ-HOSPITALAR.....293***Joana D'arc Alves de Andrade**Flávia Emília Cavalcante Valença Fernandes**Rafael Alves Leandro**Rosana Alves de Melo*

CAPÍTULO 25	
ANOS POTENCIAIS DE VIDA PERDIDOS	
POR ACIDENTES DE TRANSPORTE TERRESTRE	
NA POPULAÇÃO FEMININA BRASILEIRA.....	303
<i>Luana Carvalho Amando Oliveira</i>	
<i>Rosana Alves de Melo</i>	
<i>Flávia Emília Cavalcante Valença Fernandes</i>	
 SOBRE AS AUTORAS	 317

ANEXO A – PARECER COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA COM SERES HUMANOS – ARTIGO 1 E ARTIGO 2



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER

Registro CEP/UPE: 012/10 Registro CAAE: 0012.0.097.000-10
Área de Conhecimento: Ciências da Saúde/Odontologia Grupo: III
Instituição de Origem: Faculdade de Odontologia de Pernambuco
Título: Caracterização das mulheres vitimas de homicídio ou suicídio do município de recife-PE.
Pesquisador (a) Responsável: Arnaldo de França Caldas Junior
Pesquisadores: Maria da Conceição A. de Oliveira

O plenário do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Pernambuco CEP/UPE, no exercício de suas atribuições legais e em consonância com as Resoluções do Conselho Nacional da Saúde, resolve considerar **“APROVADO”** o projeto referenciado no caput deste documento.

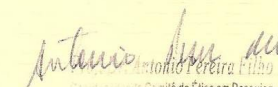
O CEP/UPE informa ao pesquisador que tem por obrigação:

- Comunicar toda e qualquer alteração do projeto e/ou do TCLE. Nestas circunstâncias, a inclusão de pacientes deve ser temporariamente suspensas até a resposta do Comitê, após análise das mudanças propostas;
- Comunicar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento do estudo;
- Apresentar relatório parcial e o final até 60 dias após o término da pesquisa.

O CEP/UPE agradece a oportunidade de poder contribuir na apreciação do referido projeto e encontra-se à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.

Certo de oportunamente poder contar com nova apreciação, reitero votos de sucesso.

Recife, 22 de março de 2010.


Antonio Pereira Filho
Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa
da Universidade de Pernambuco

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP/UPE
Av. Agamenon Magalhães, s/n Santo Amaro Recife – PE
CEP – 50100-010 – FONE: 3183.3775
E-mail: comitê.ética@upe.pe.gov.br

ANEXO B – COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DO ARTIGO 1

27/10/2018

E-mail de Universidade de Pernambuco - Ciência & Saúde Coletiva - Manuscript ID CSC-2018-2867



Flavia Fernandes <flavia.fernandes@upe.br>

Ciência & Saúde Coletiva - Manuscript ID CSC-2018-2867

1 mensagem

Ciência & Saúde Coletiva <onbehalf@manuscriptcentral.com>

11 de outubro de 2018 15:44

Responder a: danuziacienciaesaudecoletiva@gmail.com

Para: flavia.fernandes@upe.br

Cc: flavia.fernandes@upe.br, joebsonmaurilio@gmail.com, caldasjr@alldeia.com.br, tatianedemenezes@gmail.com

11-Oct-2018

Dear Mrs. Fernandes:

Your manuscript entitled "Fatores individuais e contextuais na determinação da violência letal contra a mulher" has been successfully submitted online and is presently being given full consideration for publication in the *Ciência & Saúde Coletiva*.

Your manuscript ID is CSC-2018-2867.

Please mention the above manuscript ID in all future correspondence or when calling the office for questions. If there are any changes in your street address or e-mail address, please log in to ScholarOne Manuscripts at <https://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo> and edit your user information as appropriate.

You can also view the status of your manuscript at any time by checking your Author Center after logging in to <https://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>.

Thank you for submitting your manuscript to the *Ciência & Saúde Coletiva*.

Sincerely,
Ciência & Saúde Coletiva Editorial Office