



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISA LEÔNIDAS & MARIA DEANE
MESTRADO MULTIDISCIPLINAR EM SAÚDE, SOCIEDADE E ENDEMIAS NA
AMAZÔNIA

VIOLÊNCIA CONTRA MULHERES: HOMICÍDIOS NO MUNICÍPIO DE BELÉM

ROSELENE BATISTA RODRIGUES

**BELÉM
2014**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISA LEÔNIDAS & MARIA DEANE
MESTRADO MULTIDISCIPLINAR EM SAÚDE, SOCIEDADE E ENDEMIAS NA
AMAZÔNIA

ROSELENE BATISTA RODRIGUES

VIOLÊNCIA CONTRA MULHERES: HOMICÍDIOS NO MUNICÍPIO DE BELÉM

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Multidisciplinar em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia da Fundação Osvaldo Cruz/Centro de Pesquisa Leônidas e Maria Deane, em convênio com a Universidade Federal do Pará e Universidade Federal do Amazonas, referente à linha de pesquisa Dinâmicas e Agravos das Doenças da Amazônia, para a obtenção do título de Mestre.
Orientação: Prof. Dr. João Farias Guerreiro
Coorientação: Prof^a. Dr^a. Vera Lucia de Azevedo Lima

BELÉM
2014

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
Biblioteca do Instituto de Ciências da Saúde – UFPA

Rodrigues, Roselene Batista.

Violência contra mulheres: Homicídios no Município de Belém / RoseleneBatista ; orientador,
Joao Farias Guerreiro.– 2014.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Pará, Instituto de Ciências Biológicas e
Universidade Federal do Amazonas, Programa de Mestrado Multidisciplinar em Saúde, Sociedade e
Endemias na Amazônia, Belém, 2014.

1. Violência contra a mulher. 2. Homicídios. 3. Belém (PA). I. Título.

CDD: 22. ed.: 362.88

Roselene Batista Rodrigues

VIOLÊNCIA CONTRA MULHERES: HOMICÍDIOS NO MUNICÍPIO DE BELÉM

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Multidisciplinar em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia da Fundação Osvaldo Cruz/Centro de Pesquisa Leônidas e Maria Deane, em convênio com a Universidade Federal do Pará e Universidade Federal do Amazonas, referente à linha de pesquisa: Dinâmicas e Agravos das Doenças da Amazônia, para a obtenção do título de Mestre.

Orientação: Prof. Dr. João Farias Guerreiro

Coorientação: Prof^a. Dr^a. Vera Lúcia de Azevedo Lima

Área de concentração: Determinantes Biossociais do Processo de Saúde e Doença na Amazônia.

Linha de Pesquisa: Dinâmica dos Agravos e das Doenças Prevalentes na Amazônia.

Aprovada em: ___ / ___ / ___.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr. João Farias Guerreiro
Presidente – Universidade Federal do Pará

Prof.^a Dra. Vera Lucia de Azevedo Lima
Membro – Universidade Federal do Pará

Prof.^a Dra. Jacira Nunes Carvalho
Membro – Universidade Federal do Pará

Prof.^a Dra. Mary Elizabete de Santana
Membro – Universidade Federal do Pará

Dedico esta realização a Deus Pai, filho e espírito santo, aos meus filhos Theylla e Abel Jr, que estiveram comigo em todos os momentos da realização deste trabalho.

AGRADECIMENTOS

A Deus, meu tudo, por habitar em minha vida, dando-me, a cada dia, saúde, força e sabedoria, para lutar pela realização deste sonho.

Aos meus pais, Maria e Bené (*in memoriam*), por todos os ensinamentos que me deixaram, indispensáveis para me fortalecer em todas as adversidades da vida.

Aos meus filhos; Theylla, minha companheira inseparável, e Abel, razões de meu viver.

À minha coorientadora Prof.^a. Dr.^a. Vera Lúcia de Azevedo Lima, pela paciência, dedicação e incentivo.

Ao meu orientador Prof. Dr. João Farias Guerreiro, à Prof.^a. Dr.^a. Jacira Nunes Carvalho, ao Dr. Sílvio Eder Dias da Silva, à Prof.^a Dr.^a. Mary Elisabete de Santana, por sua valiosíssima contribuição.

À Lilian, Louise e Luca (netos), Regina (irmã) e Lipe (sobrinho), pelo apoio e crença em mim.

Aos amigos da SESMA, Alex, enfermeira Layla e, a minha amiga querida, Liliana Conde, pela dedicação e ajuda.

À Prof.^a. Dr.^a. Márcia Bragança, pela confiança em mim depositada.

Às colegas de trabalho, Margarida, Kátia e dona Maria, por toda a ajuda e corporativismo.

Ao sistema de informação da Secretaria Municipal de Saúde (DEVES), em especial a servidora, Jecilane Pedroso, que me ajudou na obtenção dos dados.

A todos que acreditaram e me ajudaram na concretização deste momento ímpar.

Tudo é do Pai, toda a honra e toda glória é dele,
inclusive esta vitória alcançada em minha vida.
**Jesus, eu te amo, lava-me com teu sangue e
unge o meu coração.**

RESUMO

O presente estudo tem por objetivo analisar os óbitos por homicídios de mulheres residentes na região metropolitana de Belém no período 2006 a 2010, após a promulgação da Lei Maria da Penha. Este estudo do tipo descritivo com análise quantitativa, fundamentado na epidemiologia. Os dados foram obtidos do Sistema de Informação – SIM do Departamento de Epidemiologia e Vigilância à Saúde – DEVES, da Secretaria Municipal de Saúde. Os resultados do estudo revelam que os óbitos por homicídios de mulheres paraenses são de 80,7%; entre as 10 principais causas de morbidade e mortalidade, o homicídio ocupa a nona posição com 3,45%. Dentre os 585 óbitos ocorridos por causas externas (V01-Y84), 28,4% óbitos são por homicídios de mulheres (X85-Y09), assumindo a 3ª posição na ordenação das mortes por causas externas; 32,5% destas dos homicídios estão na faixa etária de 20 a 29 anos; 34,9% apresentam escolaridade de 04 a 07 anos; as donas de casa correspondem a 30,7% dos homicídios; 66,9% foram causados por disparo de arma de fogo ou por outra não especificada e o bairro onde há mais mulheres vítimas é o da Cabanagem, com 7,8%. Sendo assim, as mortes de mulheres por homicídios aumentaram em 7,2% entre os anos de 2006 a 2010 e que apesar da lei Maria da Penha não houve redução significativa. Fatos que comprovam a existência, na cidade de Belém, em pleno século XXI, de um representativo número de homicídios de mulheres em idade produtiva, gerando gastos e prejuízos ao setor público e privado, no que tange a serviços essenciais, como saúde e segurança.

Palavras- Chave: Violência contra a mulher. Óbitos. Homicídios.

ABSTRACT

This study has the objective of analyze the deaths for homicides of women residents in the metropolitan region of Belém, in the period 2006 to 2010, after the enactment of the Maria da Penha Law. This study is from the descriptive type with quantitative analysis, based on epidemiology. The data were obtained from the Sistema de Informação – SIM, through the database of the Departamento de Epidemiologia e Vigilância à Saúde – DEVES, from the Secretaria Municipal de Saúde.: The results of the study reveal that: the deaths from homicide of paraense women are 80.7%; their 10 leading causes of morbidity and mortality, the homicide occupies the ninth position with 3.45%. Among the 585 deaths by external causes (V01-Y84), 28.4% deaths are from homicides of women (X 85-Y09), assuming the third position in the ordering of deaths by external causes; 32.5% of these victims are between the ages of 20 to 29 years; 34.9% have low education level from 04 to 07 years; the housewives correspond to 30.7% of homicides; 66.9% were caused by shooting firearm or other unspecified cause and the neighborhood where there are more women victims is Cabanagem, with 7.8%. Finally, it reveals that the deaths of women by homicide increased by 7.2% between the years 2006 to 2010 and despite the Maria da Penha Law there was no significant reduction. Facts that prove the existence, in the city of Belém, in the 21st century, of a representative number of homicides of women in productive age, generating expenses and damage to public and private sector, with respect to essential services such as health and safety.

Keywords: Violence against women. Deaths. Homicide.

LISTA DE SIGLAS

Comissão de Análise de Projeto de Pesquisa – CAPP
Centro pela Justiça pelo Direito Internacional – CEJIL
Comitê Latino-Americano de Defesa dos Direitos da Mulher – CLADEM
Comitê Latino-Americano de Defesa dos Direitos da Mulher – CLADEM
Código Internacional de Doenças – CID
Conselho Nacional de Justiça – CNJ
Dados do Sistema Único de Saúde – DATASUS
Divisão Especializada de Atendimento à Mulher – DEAM
Dados do Departamento de Epidemiologia e Vigilância à Saúde – DEVES
Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará – ICS
Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA
Ministério da Saúde – MS
Organização Mundial da Saúde – OMS
Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS
Região Metropolitana de Belém – RMB
Secretaria de Segurança Pública – SEGUP
Secretaria de Saúde Municipal – SESMA
Sistema de Informações de Mortalidade – SIM
Secretaria Adjunta de Inteligência e Análise Criminal – SIAC
Sistema de Informação – SI
Unidade Federativa – UF

LISTA DE TABELAS

TABELA 1. Principais causas de mortes em mulheres residentes em Belém no período de 2006 a 2010.....	53
TABELA 2 – Óbitos por causas externas em mulheres residentes em Belém no período de 2006 a 2010.....	54
TABELA 3 – Óbitos por homicídios de mulheres residentes em Belém segundo a profissão/ocupação no período de 2006 a 2010.....	60
TABELA 4 – Óbitos por homicídios residentes em Belém segundo os meios utilizados pelo agressor em Belém no período de 2006 a 2010.....	61
TABELA 5 – Óbitos por homicídios de mulheres residentes em Belém segundo o bairro de ocorrência no período de 2006 a 2010.....	63

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – Óbitos por homicídios de mulheres residentes em Belém segundo a faixa etária no período de 2006 a 2010.....	55
FIGURA 2 – Óbitos por homicídios de mulheres residentes em Belém segundo o estado civil no período de 2006 a 2010.....	56
FIGURA 3 – Óbitos por homicídios de mulheres residentes em Belém segundo a escolaridade no período de 2006 a 2010.....	57
FIGURA 4 – Óbitos por homicídios de mulheres residentes em Belém segundo a naturalidade no período de 2006 a 2010.....	58
FIGURA 5 – Óbitos por homicídios de mulheres residentes em Belém segundo o ano de ocorrência no período de 2006 a 2010.....	64

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
1.1	Uma discussão sobre o tema	14
1.2	Justificativa	16
1.3	Problema de pesquisa	17
2	OBJETIVOS	18
2.1	Geral	18
2.2	Específico	18
3	REVISÃO DA LITERATURA	19
3.1	Violência contra a mulher: desafios, lutas e conquistas	19
3.2	Da violência ao homicídio: crimes contra as mulheres no Brasil e no Pará	22
3.3	Lei Maria da Penha: aspectos históricos e legais	26
3.4	Lei Maria da Penha: rumo a mudanças	36
3.5	Violência contra a mulher: questão de saúde pública	40
3.6	Violência contra a mulher versus enfermagem	42
4	METODOLOGIA	51
5	ANÁLISE E DISCUSSÕES DOS RESULTADOS	53
6	CONCLUSÃO	66
	REFERÊNCIAS	68
	APÊNDICES	73
	ANEXOS	75

1.INTRODUÇÃO

1.1 Uma discussão sobre o tema

O homicídio de mulheres no Brasil vem sendo divulgado diariamente pela mídia dada a relevância dos problemas causados à saúde e a violação dos Direitos Humanos. Por essa razão a violência contra a mulher foi reconhecida como um problema de saúde pública, posto que entre 10% a 50% de mulheres relatam terem sofridos abusos físicos de um parceiro, alguma vez em suas vidas Organização Mundial da Saúde – OMS (2002). Os crimes contra mulher são quase, exclusivamente, cometidos por homens, parceiros das vítimas, e, alguns delitos se caracterizam como abusos físicos durante as relações íntimas, quase sempre, acompanhados por agravos psicológicos e verbais.

A violência é considerada um problema universal (BABU; KAR, 2009), desencadeia danos físicos e psicológicos e se manifesta por meio de atos individuais ou coletivos, podendo resultar em doenças, sequelas e mortes das vítimas. Podemos dizer que este é um fenômeno complexo de múltiplas causas e com diversas consequências (VAIZ BONIFAZ, 2004). Dentre estas estão a ameaça a vida e alteração da saúde de inúmeras pessoas, posto que produz enfermidade e provoca a morte. Esta que, em muitos casos, traduz-se em uma realidade imediata, uma possibilidade próxima (NASCIMENTO, 2007).

Como causa de morte, a violência corresponde ao Capítulo XX da 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), denominado de causas externas de morbidade e mortalidade (V01-Y98). Neste capítulo estão incluídos: acidentes de transportes (V01-V99), suicídios (X60-X84), causas de intervenção indeterminada (Y10-T34), intervenções legais (X85-Y09) e os homicídios (X85-Y09) OMS (1995).

As consequências desse mal se tornam mais evidentes quando visualizamos as estatísticas dos eventos de violência doméstica que, segundo Saffiotti (2011), o Relatório Mundial da Violência e de Saúde registrou 91% dos casos em que a mulher é vítima de alguém de sua intimidade. Neste último ano, 2013, foram registrados 95 homicídios, cerca de um homicídio de mulher a cada trinta e seis horas.

No estado, pouco importa se elas são donas de casa, se trabalham fora, se são estudantes, se são mãe ou estão grávidas, adultas ou jovens, casadas, solteiras, separadas ou divorciadas, as mulheres paraenses aparecem entre as primeiras numa triste estatística, que coloca o Pará no topo da violência feminina, sobretudo em casos que resultem em homicídios. Esses acontecimentos são classificados como crimes hediondos e outros como delitos com requinte de crime passional, provocado pelo ciúme excessivo do companheiro da agredida.

É tão evidente o número de vítimas que o Relatório Mundial sobre Violência e Saúde (2008) revela o caráter endêmico desse cenário de violência doméstica, convertendo tais ocorrências em um problema de saúde pública em vários países. Isso ocorreu em virtude de serem muitos os desajustes de saúde causados pela violência contra a mulher, não apenas a ela, mas também a sua família. Fato que faz com que essas cidadãs percam anos de produtividade e tempo de vida.

Dependendo do tipo de agressão e da gravidade, as vítimas chegam a alterar a rotina de trabalho em função da falta, licença para tratamento de saúde e do comparecimento a delegacias. O pior é quando a vítima é atingida a ponto de não sobreviver aos ferimentos causados pela agressão.

Para os cofres públicos, o setor de saúde constitui uma encruzilhada para onde fluem todos os tipos de violência; são atendimentos de urgência e emergência, atenção especializada, internações, cirurgias, reabilitação física, psicológica e assistência social Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS (1996). Sobre gastos com os procedimentos em mulheres agredidas por seus companheiros, Saffioti (2011) alerta que esses poderiam ser destinados a outras áreas da saúde, nos quais o acometimento patológico fosse inevitável.

Com o objetivo de combater e prevenir essas ocorrências, a Lei Maria da Penha entrou em vigor em 07 de agosto de 2006, representando significativo avanço e esperança de segurança para as mulheres constantemente agredidas, sendo muito discutido o Art. 44, que estipula como pena para o agressor a detenção de três meses a três anos.

No entanto, segundo Waiselfisz (2012), em dez anos, com base no Banco de Dados do Sistema Único de Saúde – DATASUS, entre 1998 e 2008, foram assassinadas, no país, 42 mil mulheres, de forma que as taxas anuais no período são de 4,25 homicídios para cada 100 mil

mulheres no país. Esse número demonstra que o nível de assassinato feminino no Brasil está acima do padrão internacional.

Assim, podemos dizer que os números de casos de vítimas de agressões diversas formam um cenário preocupante, por gerar prejuízos a todos os setores e pessoas da sociedade. Os danos culminam em ocorrências de homicídios, que, a cada dia, acentuam-se, fazendo da sanção da Lei Maria da Penha um acontecimento de pouca relevância e efetivação, em virtude de significativo índice de homicídios de mulheres divulgados pelo *Mapa da violência* (2012).

1.2 Justificativa

Em razão deste cenário de violência contra a mulher, é relevante refletir e trazer à tona questões que permeiam esta temática. Nesse sentido, a pesquisa aqui proposta se justifica pela urgência de se buscar as causas e as soluções para um problema que afeta toda a sociedade, a violência contra a mulher. É imperiosa a realização de estudos e discussões teóricas que permitam não a resolução total dessa mazela, mas um caminho de reflexão que possibilite atuações mais sérias e embasadas de órgãos competentes do setor público, no combate a um problema que, ainda hoje, faz de Belém uma capital com grande percentual de violências domésticas.

Ao lado dessa questão social, esse estudo também surge como resultado de uma inquietação de uma profissional da saúde, acostumada, durante quatorze anos de atuação na área de enfermagem, a diagnósticos de violências domésticas sem solução. São situações durante as quais se observa desde uma total submissão da agredida, ao ponto de ela não poder nem procurar o Sistema de Saúde, a circunstâncias em que os próprios enfermeiros são ameaçados e agredidos pelos maridos e companheiros das vítimas.

Esse fato se mostrou presente mesmo após a sanção da Lei Maria da Penha, a qual estipula medidas mais duras aos agressores e protetivas às vítimas. O que permitiu um questionamento sobre a validade real desse recurso jurídico na prevenção, punição de casos de violência doméstica.

1.3 Problema de pesquisa

Segundo Waiselfisz (2012), o Brasil ocupa a 13ª posição em número de homicídios contra mulheres, em um ranking de 73 países. Os próprios números da Secretaria de Segurança Pública do Estado do Pará – SEGUP apontam que a violência contra a mulher apenas cresce no Estado. Colocação essa que pode ser percebida no próprio contexto atual, pois, nos três primeiros meses do ano passado, de acordo com o jornal impresso Diário do Pará, em sete de abril de 2013, já tinham sido registradas 46 mortes violentas de mulheres, 30 no interior e 16 na Região Metropolitana de Belém – RMB.

Situação preocupante que nos levou ao seguinte questionamento: As mulheres residentes em Belém vítimas de violências que foram acometidas de óbitos por homicídios no período de 2006 a 2010, mesmo após a promulgação da Lei Maria da Penha?

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Analisar os óbitos por homicídios de mulheres residentes no município de Belém no período 2006 a 2010, após a promulgação da Lei Maria da Penha.

2.2 Objetivos Específicos

Identificar a posição dos homicídios no conjunto das causas letais de mulheres residentes no município de Belém;

Apresentar o perfil de mulheres residentes no município de Belém vítimas de óbitos por homicídios;

Verificar a naturalidade das mulheres vítimas de homicídios ocorridos na região metropolitana de Belém;

Identificar a ocorrência de homicídios de mulheres por bairros na área metropolitana de Belém.

3 REVISÃO DA LITERATURA

Este capítulo traz questões pertinentes a aspectos que envolvem casos recorrentes de violência doméstica ou familiar, os quais podem terminar em homicídios. Fazemos isso refletindo sobre elementos conceituais e legais que envolvem a própria definição de violência, enquanto ato que fere os direitos humanos, a cidadania e a instituição familiar, afetando setores essenciais da sociedade, como a saúde.

3.1 Violência contra a mulher: Desafios, lutas e conquistas

Para falarmos sobre a violência contra a mulher, é necessário pensar um pouco a respeito do conceito de violência e de seu universo de plurissignificações, pois a violência contra alguém não se constituiu apenas em uma forma de atentar contra a sua integridade física, mas também contra os aspectos morais e psíquicos de uma pessoa.

Assim, violência pode ser definida como

um agente causador de dor a outrem, como forma de submeter alguém à sua vontade, ao seu domínio, impedido-o de reagir e realizar seus desejos e vontades. Destaque-se o entendimento de dor em seu sentido amplo, englobando-se todas as formas de se deixar marcar no plano físico, sexual, psicológico e espiritual (SILVA, 2011, p. 27).

No que se refere à violência contra mulher, está implícita uma questão de gênero no ato de agressão; violência de gênero que se caracterizaria pelo “objetivo de preservar a organização social de gênero, que se funda na hierarquia e na desigualdade dos lugares sociais atribuídos devido ao sexo, subalternizando o gênero feminino” (SILVA, 2011, p. 27).

Às mulheres é conferida a função de serem mães, esposas e zeladoras do lar, não podendo escapar destas atribuições, pois desde crianças são preparadas para essas tarefas. Esse cenário possibilita percebermos que a própria sociedade submete a mulher a um estado de violência, ao impor a ela certos protótipos (positivos ou negativos). Em outras situações

a mulher vive a situação de objeto da vontade de outrem, ora na condição de puta (símbolo da possibilidade de satisfação de prazer sexual do homem), ora de santa, no papel de dona de casa, mãe e esposa paciente e carinhosa (SILVA, 1992, p. 64).

Há, então, uma agressão contra a própria individualidade e o direito de escolha da mulher; algo que pode ferir tanto quanto as agressões físicas e sexuais.

Cabe lembrar, porém, que essas violências explícitas traduzem atitudes e comportamentos de caráter mais permanente que, mesmo com a ausência do ato agressivo propriamente dito, estão impregnados de conteúdo violento, de caráter simbólico, que vão desde a educação diferenciada a toda uma cultura sutil de depreciação da mulher (SILVA, 1992, p. 60)

Existiria, assim, um processo histórico durante o qual a figura da mulher estaria imersa a imposições estereotipadas de um machismo dominante. Visão que possibilitaria ver a mulher como um ser frágil que deve obedecer e estar sujeita a ordens de seus maridos, companheiros, pais e filhos; submissão que está no cerne e serve para justificar atos de violência, porquanto

A própria expressão ‘violência contra a mulher’ foi concebida por ser praticada contra pessoa do sexo feminino, apenas simplesmente pela sua condição de mulher. Essa expressão significa a intimidação da mulher pelo homem, que desempenha o papel de agressor, seu dominador e seu disciplinador (TELES; MELLO apud SILVA, 2011, p. 28)

Quando a mulher se volta contra essas determinações, é, por vezes, humilhada, agredida fisicamente, psicologicamente e moralmente por quem deveria ser seu companheiro, protetor e amigo, com quem escolheu dividir a sua vida e o seu lar. Nesse ato de insubordinação da mulher “vários elementos de ambiguidade se fazem presente — um dos principais é a culpa — que leva a mulher ser vista como o agente provocador da agressão” (SILVA, 1992, p. 67).

Essa quebra de expectativa e essa desconstrução da figura masculina no seio familiar geram sérios abalos à concepção de família que se espera socialmente, pois aquele que deveria ser o auxiliador e companheiro é aquele agredi física, psicológica e moralmente a mulher. Ao passo que os agressores são os de sua própria casa, de seu próprio convívio, a imagem, para a mulher, de sua casa como um ambiente doméstico acolhedor e seguro se transforma em um espaço de dor, traumas e sofrimentos, Silva (2011, p. 27).

As mulheres são as grandes vítimas da violência de gênero, fato esse que ocorre em sua maioria no espaço privado conhecido como doméstico, família – lar, local privilegiado para o exercício de atos violentos como forma de manter a relação hierárquica de poder e dominação.

Não é somente a saúde da mulher agredida que é afetada, contudo quem convive com ela sofre influência direta ou indiretamente; filhos, pais, amigos e outros familiares estão sujeitos aos efeitos desta violência, constituindo-se assim a violência contra a mulher uma violência doméstica. Esta que “representa toda a ação, ou omissão, que prejudique o bem-estar, a integridade física, psicológica ou a liberdade e o direito de pleno desenvolvimento de um membro da família” (LIMA, 2009, p. 29).

Entretanto, esse cenário de violência muitas vezes é mascarado em nome de uma falsa manutenção de uma família unida, pois se acredita que discussões entre casais são normais, e que o marido pode se descontrolar, praticando atos de agressão contra a mulher. Esse senso comum acaba por legitimar e possibilitar que diversos tipos de violências se propaguem e não sejam devidamente punidos, ocasionando sérias consequências.

Os efeitos disso podem culminar em casos de homicídios, uma vez que são negligenciados episódios de agressões explícitas e implícitas, por haver a alegação de senso comum de que: “Em briga de marido e mulher, ninguém mete a colher”.

A violência contra a mulher adquire um estado de descaso principalmente quando há a omissão de provas e testemunhos que atestem as agressões sentidas pela vítima, já que

o caso da violência contra a mulher que não é explícita ou não deixa marcas, embora previstas em lei como delito penal, esta não é facilmente comprovável, o que serve de justificativa à negação do registro. Além do fato de não haver provas materiais (lesões, por exemplo) nos casos de violência simbólica [moral e/ou psicológica] e até em algumas situações de agressão física (por exemplo, alguns agressores preferem atingir regiões que não deixam marcas visíveis, como a cabeça, cujos sinais são ocultados pelo cabelo), outro fator obstaculizante do encaminhamento legal é a dificuldade de se oferecerem *testemunhas oculares* (SILVA, 1992, p. 59).

É enganoso pensarmos que a violência contra a mulher seja um fato percebido somente entre aqueles pertencentes a classes mais baixas, que moram em bairros poucos estruturados e possuem pouca instrução. Ela atinge todas as classes; é sentida e praticada por “intelectuais” e por não alfabetizados. A violência não tem lugar ou “face”, ou fatores que diretamente a

determine, “a opressão e a violência contra a mulher atravessam as referências de classe e etnicidade [...] embora assumam feições particulares tendo em vista a condição de classe e/ou raça/etnia a que pertencem à mulher” (SILVA, 1992, p. 61).

Se as agressões assumem diversas facetas (implícitas e explícitas) e o perfil do agressor e da vítima sofrem variações, não há como, pois, restringir a violência contra a mulher a um grupo social. Afinal,

a violência doméstica apresenta-se como uma expressão da questão social de intensa preocupação para diversos grupos sociais, atingindo desde menos favorecidos até os mais afortunados economicamente, social e culturalmente (SILVA, 2011, p. 33).

Por essa razão a importância de um estudo preciso em uma determinada região, de modo a propiciar dados estatísticos que embasem políticas públicas de combate a violência doméstica ou familiar. Estas que não podem se restringir a determinadas classes sociais ou setores, porém devem alcançar uma maior abrangência, garantindo segurança e qualidade de vida a um representativo número de famílias.

3.2 Da violência ao homicídio: Crimes contra as mulheres no Brasil e no Pará

Como pode ser percebida a violência contra a mulher é uma das mazelas que afeta a sociedade de hoje e não pode ser negligenciada, pois se constitui atualmente como a causa de inúmeras mortes de mulheres, como revela o *Mapa da violência* (2012), divulgado por Waiselfisz (2012). Este mapa tem como base os dados fornecidos pelo Ministério da Saúde – MS, fundamentado em fontes primordiais do Sistema de Informações de Mortalidade (SIM), da Secretária de Vigilância em Saúde e dos capítulos da Classificação Internacional de doenças (CID) da Organização Mundial da Saúde (OMS).

Neste levantamento observamos que o registro total de homicídios passou de 49.992 para 52.260, com alterações significativas em poucas capitais, como no Rio de Janeiro. Também os homicídios femininos sofreram alteração: passaram de 4.297, na versão preliminar, para 4.465, também impactando em poucas áreas do país. (WASELFISZ, 2012). Esses dados demonstram que, apesar da Lei 11.340, Lei Maria da Penha, entrar em vigor em 2006, os

números de homicídio, enquanto atos intencionais de agressão que tem por consequência a mortes, ainda estão bem elevados, chegando ao número de 4,6 homicídios para cada 100 mil mulheres.

Outra questão também enfocada no *Mapa da violência* (2012) se refere aos instrumentos utilizados em homicídios de mulheres. Entre os principais meios empregados para desencadear mortes estariam as armas de fogo; alcançando o percentual de 49,2 por centos.

Em relação às Unidades Federativas, quando se analisa os homicídios femininos nas UFs, no ano de 2010, o Pará assume a quarta posição entre os estados da federação, com o índice de 6,1 homicídios para cada 100 mil mulheres. Ao ser avaliado o número de homicídios nas capitais brasileiras, Belém assume vigésima primeira posição com 4,9 homicídios a cada 100 mil mulheres.

O quadro se agrava quando é estudado o percentual de mortes nos municípios da Federação, porque Paragominas, no Pará, ocupa o primeiro lugar em taxas de homicídios de mulheres, já que possuem o percentual de 24,7 homicídios para cada 100 mil mulheres.

Como pode ser observado, o Pará apresenta, atualmente, um cenário preocupante de crimes praticados contra a mulher. Esse fato é ratificado, pois, segundo a matéria, *Mulheres assassinadas*, apresentada no jornal Diário do Pará, no dia sete de abril, houve

o assassinato de 54 mulheres em circunstâncias diversas, sendo o mês de janeiro último o mais violento com 20 assassinatos, seguido pelo mês de março com 18 mortes e fevereiro com 16 mortes violentas (DIÁRIO DO PARÁ, 2013).

Segundo a notícia esse número de morte, só em 2013, já chega a um aumento de 95 per centos em relação ao período de janeiro a março de 2012. Esses assassinatos vão desde crimes relacionados a “acertos de contas” a “crimes passionais”. Quadro que se intensifica ao analisarmos a situação da violência no interior do estado, de onde já foi divulgado um número expressivo de 32 assassinatos, segundo dados anunciados pela Coordenação de Estatística da Secretaria Adjunta de Inteligência e Análise Criminal – SIAC.

Para sistematizar e demonstrar a natureza dos homicídios ocorridos no estado do Pará, somente em 2013, o Diário do Pará realizou o seguinte levantamento:

Datas (2013)	Natureza da morte
2 de janeiro	Mulher identificada apenas por “Morena” foi encontrada morta dentro de uma vala na passagem N.S do Carmo em Ananindeua.
8 de janeiro	Zeilde Ferreira Teixeira de 19 anos foi estuprada e morta em um terreno no conjunto CDP no bairro de Val-de-Cans em Belém.
11 de janeiro	Leonete Socorro Araújo de 50 anos foi morta a tiros ao defender o filho que também morreu na Rua Padre Julio Maria em Icoraci.
23 de janeiro	Mulher identificada apenas por “Rose” foi assassinada a golpes de pernamanca na passagem Abaeté, bairro São José em Marituba.
24 de janeiro	Maria do Carmo Oliveira de 57 anos executada com quatro tiros na rua Agrinesp, bairro do Santos Dumont em Benevides.
31 de janeiro	Aldenira Sousa Barbosa de 19 anos assassinada a golpes de faca pelo companheiro na rua Pará, bairro do Palmares em Jacundá.
11 de fevereiro	Tatiane Solange de Almeida encontrada morta dentro de casa com sinais de espancamento no canal do Jacaré no Bairro do Telégrafo.
12 de fevereiro	Maria das Graças de 53 anos ao saber que o filho estava morto sofreu um infarto fulminante em sua residência em Icoaraci.
17 de fevereiro	Emanuelle Costa de Sousa de 25 anos morta a golpes de faca pela colega de prostituição na rua Prainha na Marambaia.
23 de fevereiro	Carla Priscila foi retirada do carro que estava com o esposo e o filho e morta a tiros na Cidade Nova VI em Ananindeua.
25 de fevereiro	Gisele Alves de 18 anos foi massacrada a facadas pelo ex-marido Silvano Sousa no município no Sul do Pará.
04 de março	Jaqueline Mangueira Vanderlei de 37 anos foi morta com 38 facadas na rua João Canuto no Parque Guajará no Tapanã.
09 de março	Maria Lucilene da Costa de 26 anos foi encontrada morta dentro de um barraco na rua Dom Pedro II no bairro da Pratinha.
09 de março	Jhatiane Nazaré Pereira de 28 anos foi executada com nove tiros dentro de casa na rua Belém no Bairro da Cabanagem.
10 de março	Josilene Pereira Machado de 23 anos, ao defender o namorado na rua São Francisco no bairro do Una, foi Morta a tiros.
12 de março	Ana Paula Pismel de 28 anos foi executada com um tiro dentro do carro na rua Areia Branca na Marambaia. O autor suicidou.
16 de março	Lucilene Silva dos Santos de 38 anos foi encontrada morta com um tiro na cabeça na Invasão Dorothy I na Ilha da Mosqueiro.
17 de março	Elizabete Rodrigues de 22 a “Bete” foi executada com seis tiros na passagem Ana Deusa no bairro do Cúrio em Belém.
18 de março	Valdirene Couto Meire de 38 anos foi morta a facada pelo ex-marido Maiksiley Ferreira Santos no centro de Uruará no Sul do Pará.
23 de março	Daniela Tamires dos Santos Costa de 18 anos foi morta com um tiro na cabeça na rua K3 no bairro do Cúrio em Belém.
29 de março	Ivone Rosa de Oliveira, 21 anos, foi encontrada morta a facadas na rua do Bosquinho, invasão Nova Vida em Ananindeua.

Fonte: Diário do Pará, Caderno Polícia, p. 05, de 07 abril de 2013.

Esse número e a natureza destas mortes, no Pará, no primeiro trimestre de 2013, apontam para um dado alarmante, o de que as mulheres estão morrendo pelos mais diversos

motivos, alguns banais, e em circunstâncias sem explicação coerente. Esse fato piora graças à impunidade dos envolvidos porque permite a ocorrência de outros crimes.

Como o caso do crime ocorrido no dia 2 de janeiro, ocasião em que a mulher, apenas identificada por “Morena”, foi encontrada morta em uma vala, cena capaz de traduzir a banalização de homicídios, porquanto corpos são abandonados em lugares abertos e à vista de todos.

Delitos hediondos também são presenciados, pois as vítimas são mortas das formas mais brutais. Isso pode ser exemplificado quando analisamos o crime ocorrido no dia 23 de janeiro de 2013, quando uma mulher foi morta a golpes de “pernamanca”. A fragilidade da mulher também revela a face de uma violência que traz sérios danos à saúde física e psicológica, qual seja a violência sexual; situação em que muitos agressores matam suas vítimas a fim de não serem identificados.

O amor exacerbado ao filho e ao companheiro também leva a mulher a ser morta das mais diversas formas, dentre os motivos se destaca: a tentativa de salvar e defender os filhos e os companheiros de serem alvos de mortes, e, na ocasião, tornam-se elas mesmas as vítimas. Como no caso ocorrido no dia 11 de janeiro, em que uma mãe, na vã tentativa de salvar o filho, enfrenta desarmada uma arma de fogo.

Há também casos de crimes passionais, praticados pelos próprios companheiros das vítimas, que se configura igualmente em causa de mortes entre as mulheres paraenses, conforme, demonstra os casos do dia 31 de janeiro e 25 de fevereiro. São vítimas de ciúmes e da não aceitação de um fim do relacionamento.

É interessante notarmos que, segundo demonstrado no *Mapa da violência* (2012), os crimes continuam sendo realizados, com maior incidência, por meio de armas de fogo e instrumentos cortantes, como faca, sendo, as vítimas, mulheres de diversas faixas etárias. De acordo com Lima (2009, p. 65): “das 46 notas analisadas, 20 (43,4%) foram inseridas na categoria assassinadas com crueldade, sendo que os conteúdos apresentavam diversas formas de violência, seja com o uso da arma de fogo, de faca, ou espancamento corporal”.

Fato que revela que as mulheres paraenses não estão apenas sendo mortas, mas submetidas a situações de verdadeiras torturas emocionais e físicas, culminantes em seus homicídios. Além disso, ao serem publicadas em jornal popular notícias como estas,

demonstram-se, a população, a gravidade e a crueldade dos atos cometidos contra a mulher paraense. Essa ação incentiva a todos a buscarem uma mudança, porque se trabalhar com uma representação social de um problema e se alerta para o real estado de fragilidade e insegurança de muitas mulheres. Assim “a mídia descreve o evento de maneira explícita, de modo compreensível para toda a população, e isto pode se constituir em formação de opinião da sociedade, contribuindo para sua educação” (LIMA, 2009, p. 68).

Essa mobilização não pode ficar apenas no campo midiático, já que é certo que tais fatos atentam contra os direitos humanos e própria cidadania, exigindo que se faça valer medidas legais que garantam o direito à vida, igualdade e liberdade a toda mulher. Essa exigência não pode ser feita sem conhecermos verdadeiramente as leis que protegem as vítimas de violência doméstica ou familiar. Por razão se faz necessário uma análise dos aspectos legais que embasam a prevenção e o combate a tais situações.

3.3 Lei Maria da Penha: Aspectos históricos e legais

A Constituição Federal (1988), em seu artigo 226, parágrafo oitavo, preconiza que “o Estado assegurará assistência à família na pessoa de cada um dos que a integram, criando mecanismos para coibir a violência no âmbito de suas relações”. Instrumento legal que revela a obrigação do Estado de manter a integridade física e mental de os sujeitos que fazem parte da instituição familiar.

Esse dever não se revela somente enquanto obrigação de o Estado em garantir a proteção a cada membro da instituição familiar, mas em possibilitar igualdade de direitos a todos. No mesmo artigo, em seu parágrafo quinto, fica estabelecida igualdade entre os gêneros, pois se declara que “os direitos e deveres referentes à sociedade conjugal são exercidos igualmente pelo homem e pela mulher” (BRASIL, 1988). Artigo que opera em consonância com a Declaração dos Direitos Humanos, pois na mesma também se expõe que tanto o homem quanto a mulher são livres para assumir a responsabilidade e decisões no se refere ao âmbito legal.

Paralelo a essa medida constitucional, convenções e assembleias com fins legais foram realizadas a fim de se discutir os atos, causas, consequências e medidas para o combate a

violência e a discriminação contra a mulher. Como a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher (1994), Documento que retoma o exposto pela Declaração dos Direitos Humanos, afirmando que, enquanto ser humano, a mulher merece ter reconhecido o gozo pelos direitos plenos e liberdades, para que possa se desenvolver enquanto ser social e ter garantido o seu exercício de cidadania.

A Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher é dividida em cinco capítulos, quais sejam: Capítulo I – Definição e âmbito de aplicação; Capítulo II – Direitos Protegidos; Capítulo III – Deveres do Estado e Capítulo IV – Mecanismos Interamericanos de Proteção; Capítulo V – Disposições Gerais.

No capítulo I, apresenta-se, antes dos aspectos e implicações legais da violência, o que, neste Documento, entende-se por violência contra a mulher, no artigo 1º e 2º:

Para os efeitos desta Convenção deve-se entender por violência contra a mulher qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público como no privado.

Artigo 2º

Entender-se-á que violência contra a mulher inclui violência física, sexual e psicológica:

- a. que tenha ocorrido dentro da família ou unidade doméstica ou em qualquer outra relação interpessoal, em que o agressor conviva ou haja convivido no mesmo domicílio que a mulher e que compreende, entre outros, estupro, violação, maus-tratos e abuso sexual;
- b. que tenha ocorrido na comunidade e seja perpetrada por qualquer pessoa e que compreende, entre outros, violação, abuso sexual, tortura, maus tratos de pessoas, tráfico de mulheres, prostituição forçada, seqüestro (*sic*) e assédio sexual no lugar de trabalho, bem como em instituições educacionais, estabelecimentos de saúde ou qualquer outro lugar, e
- c. que seja perpetrada ou tolerada pelo Estado ou seus agentes, onde quer que ocorra (BRASIL, 1994).

Percebemos que a violência contra a mulher já é tratada como um fenômeno que não aparece restrito ao âmbito público, mas também privado, ou seja, considera-se, para efeitos de medidas combativas, a autoria de atos violentos por familiares e cônjuges das vítimas. A Convenção declara então que deverá haver proteção à mulher contra os de sua própria casa, rompendo com uma visão de que possíveis desentendimentos e brigas entre casais, no ambiente doméstico, seriam um assunto cabível somente a eles.

No capítulo II, expõem-se os direitos de pleitear acusação contra o Estado, no caso em que algum tipo de violência tenha sido tolerado ou praticado por este, isto é, à mulher é assegurado o pleno direito a ter liberdade e a segurança até contra as ações abusivas do próprio poder público, assim como outros direitos de abrangência local, regional, nacional e internacional, garantidos em pela Convenção, em seu Artigo 4º:

- a. o direito a que se respeite sua vida;
- b. o direito a que se respeite sua integridade física, psíquica e moral;
- c. o direito à liberdade e à segurança pessoais;
- d. o direito a não ser submetida a torturas;
- e. o direito a que se respeite a dignidade inerente a sua pessoa e que se proteja sua família;
- f. o direito à igualdade de proteção perante a lei e da lei;
- g. o direito a um recurso simples e rápido diante dos tribunais competentes, que a ampare contra atos que violem seus direitos;
- h. o direito à liberdade de associação;
- i. o direito à liberdade de professar a religião e as próprias crenças, de acordo com a lei;
- j. o direito de ter igualdade de acesso às funções públicas de seu país e a participar nos assuntos públicos, incluindo a tomada de decisões (BRASIL, 1994).

A Convenção igualmente, em seu capítulo III, apresenta as atribuições dos Estados na prevenção, investigação e punição de casos de violência contra a mulher. Para tanto é importante que haja o zelo prioritariamente a fim de que os poderes públicos apresentem, entre suas funções, o dever de possibilitar total respeito e garantia de direitos às mulheres no âmbito das repartições públicas. Para isso “os Estados condenam todas as formas de violência contra a mulher e concordam em adotar, por todos os meios apropriados e sem demora, políticas orientadas a prevenir, punir e erradicar a dita violência” (BRASIL, 1994).

O capítulo IV da presente Convenção ratifica a obrigatoriedade dos Estados de garantir e buscar informação sobre as formas de prevenção, punição e erradicação de casos de violência contra a mulher, cultivando um canal aberto de diálogo com a Corte Interamericana de Direitos Humanos, possibilitando que o cidadão possa apresentar denúncias junto a Comissão de Direitos Humanos.

Essa ação de caráter legal não é a única que entrou em vigor, antes mesmo deste acordo, outros surgiram com o propósito de buscar a eliminação da violência contra a mulher, entre estas se destacam a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação

contra a Mulher, assinada pelo Brasil, em Nova York, no dia 31 de março de 1981. Pacto este promulgado pela República Federativa do Brasil, por meio do Decreto nº 4.377, de 13 de setembro de 2002. Ato normativo composto de cinco partes e trinta artigos, os quais esclarecem e reafirmam o caráter de igualdades de direitos entre homens e mulheres, tal como proposto pela Declaração Universal dos Direitos Humanos.

Ratificamos, por meio deste Decreto, que a discriminação contra a mulher não se constitui apenas em ações de agressões físicas e verbais, mas em toda atitude que viole o princípio de igualdade e liberdade garantido a todos os seres humanos, já que

a discriminação contra a mulher viola os princípios da igualdade de direitos e do respeito da dignidade humana, dificulta a participação da mulher, nas mesmas condições que o homem, na vida política, social, econômica e cultural de seu país, constitui um obstáculo ao aumento do bem-estar da sociedade e da família e dificulta o pleno desenvolvimento das potencialidades da mulher para prestar serviço a seu país e à humanidade (BRASIL, 2002).

Isso significa que a violência contra a mulher não é exclusivamente uma questão de gênero, mas um entrave a possibilidade de desenvolvimento social, econômico e político de um país e desrespeito a dignidade humana. Nesse sentido, é essencial que desenvolvamos a compreensão de que “participação máxima da mulher, em igualdade de condições com o homem, em todos os campos, é indispensável para o desenvolvimento pleno e completo de um país, o bem-estar do mundo e a causa da paz” (BRASIL, 2002). Essa compreensão sobre a importância da mulher no processo de crescimento e qualidade de todos os setores de uma sociedade não se pauta exclusivamente no papel que a cidadã apresenta enquanto mão de obra, mas também enquanto mãe, em sua função de educar seus filhos.

Por meio desse Decreto compreendemos também que a discriminação contra a mulher é também ato de restrição ou exclusão de direitos, pois

Artigo 1º

Para os fins da presente Convenção, a expressão “discriminação contra a mulher” significará toda a distinção, exclusão ou restrição baseada no sexo e que tenha por objeto ou resultado prejudicar ou anular o reconhecimento, gozo ou exercício pela mulher, independentemente de seu estado civil, com base na igualdade do homem e da mulher, dos direitos humanos e liberdades fundamentais nos campos políticos, econômico, social, cultural e civil ou em qualquer outro campo (BRASIL, 2002).

Como podemos perceber, quando se trata de violência contra mulher, há muitas ações e leis que almejam coibir atos de violência, porém sem muita eficácia, como a Lei nº. 7.353/85 e a Lei 9.099/95. Mas em 7 de agosto de 2006, entrou em vigor a Lei nº. 11.340/2006, que tinha como objetivo coibir de maneira mais efetiva a violência doméstica; trata-se da Lei Maria da Penha. Esta lei foi denominada assim em homenagem a uma das vítimas, Maria da Penha Maia Fernandes. Esta mulher vivenciou, durante vinte anos, agressões constantes e duas tentativas de assassinato por parte de seu próprio marido, sem que fossem atendidas de fato suas denúncias.

Tal cenário de impunidade chocou a opinião pública, mobilizando instituições relacionadas à luta pela defesa dos direitos humanos, quais sejam: o Centro pela Justiça pelo Direito Internacional – CEJIL e o Comitê Latino-Americano de Defesa dos Direitos da Mulher – CLADEM denunciassesem o caso à Comissão Interamericana de Direitos Humanos da Organização dos Estados Americanos. Ação que culminou em punições ao Estado brasileiro, com o pagamento de multa à vítima e sanção da Lei 11.340/2006.

É importante enfatizarmos que não é apenas um caso isolado que pressionou os poderes Federais, Estaduais e Municipais para a promulgação da Lei Maria da Penha 11.340/2006. Como visto, ela nasce de mobilização nacional e internacional por medidas de prevenção, punição e erradicação de casos de violência contra a mulher, movimentos manifestos pela, entre outros atos, Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher.

É baseada nessa Convenção que, em seu artigo 1º, a Lei Maria da Penha anuncia os objetivos de sua criação, quais seriam: coibir e prevenir a violência doméstica e familiar contra a mulher por meio do estabelecimento de medidas necessárias para a assistência e proteção às vítimas da violência, já que

Art. 1º Esta Lei cria mecanismos para coibir e prevenir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Violência contra a Mulher, da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher e de outros tratados internacionais ratificados pela República Federativa do Brasil; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; e estabelece medidas de assistência e proteção às mulheres em situação de violência doméstica e familiar (BRASIL, 2006).

Esclarecemos que esta Lei não se torna inconstitucional, na medida em que estabelece tratamento diferenciado às mulheres vítimas de violência, pois favorece a necessidade de atendimento desigual aos desiguais, os quais, por alguma condição, encontram-se carentes de acolhimento distinto em virtude de características orgânicas ou físicas, ou de uma situação específica na qual se encontre. Entretanto, “entendemos que não se pode generalizar a situação fática simplesmente, abrangendo todo o nosso imenso País, pois, com certeza, relatos há no sentido de violência de mulher contra homens em geral, sendo todos iguais perante” (RODRIGUES, 2007, p.88).

Nesse sentido, não vemos a Lei Maria da Penha simplesmente como defesa da mulher contra toda e qualquer ação agressora do homem, mas como medida legal que garante o livre exercício de cidadania e a plena saúde familiar. Afinal, não se está discutindo uma mera rivalidade entre gêneros, contudo um mal que afeta todas as instituições e serviços de natureza social e pública.

Importa destacarmos que violência doméstica ou familiar possui esse grau de abrangência também por não ser um tipo de violência praticada apenas pelo marido ou parceiro das vítimas, mas por outras pessoas que pertençam ao convívio da acometida, mesmo que não habitem a mesma residência, contudo que estabeleçam relações interpessoais com as agredidas. Nesse sentido, são considerados os casos em que os agressores estão:

- I - no âmbito da unidade doméstica, compreendida como o espaço de convívio permanente de pessoas, com ou sem vínculo familiar, inclusive as esporadicamente agregadas;
- II - no âmbito da família, compreendida como a comunidade formada por indivíduos que são ou se consideram aparentados, unidos por laços naturais, por afinidade ou por vontade expressa;
- III - em qualquer relação íntima de afeto, na qual o agressor conviva ou tenha convivido com a ofendida, independentemente de coabitação (BRASIL, 2006, art. 5º).

A Lei também confere legitimidade às uniões homoafetivas, pois compreende igualmente como violência doméstica a agressão realizada pela companheira da vítima, quando afirma, em seu artigo 5º, que “[a]s relações pessoais enunciadas neste artigo independem de orientação sexual” (BRASIL, 2006).

Assim como não há um perfil único do agressor, os tipos de violência que podem ser praticados contra as mulheres também são variados. Em seu artigo 7º, a Lei Maria da Penha traz um detalhamento das formas de violência que visa combater, quais sejam: “I - a violência física [...] II - a violência psicológica [...] III - a violência sexual [...] IV - a violência patrimonial [...] V - a violência moral” (BRASIL, 2006).

Outra questão abordada na Lei se refere à dependência emocional e econômica da vítima em relação ao seu agressor. Fato favorecedor de que muitas mulheres retirassem as queixas nas delegacias contra os seus maridos e se conformassem com o cotidiano de violências. A Lei Maria da Penha, ao considerar essa realidade, sanciona medidas de proteção à vítima, não só no que se refere a sua integridade física, mas também a sua condição econômica, na ausência de seu antigo mantenedor, conforme observado nos artigos 23:

Art. 23. Poderá o juiz, quando necessário, sem prejuízo de outras medidas:
I - encaminhar a ofendida e seus dependentes a programa oficial ou comunitário de proteção ou de atendimento;
II - determinar a recondução da ofendida e a de seus dependentes ao respectivo domicílio, após afastamento do agressor;
III - determinar o afastamento da ofendida do lar, sem prejuízo dos direitos relativos a bens, guarda dos filhos e alimentos;
IV - determinar a separação de corpos (BRASIL, 2006).

No que tange à questão tutelar, o fato de a mulher ser a agredida e o homem se constituir em agressor não garante a guarda obrigatória dos filhos a ela, pois o que permanece, nessas situações, é o interesse e o bem-estar do menor. No que se refere às crianças e aos jovens continua a ser então o dever do Estado e da família o de propiciar a eles condições de saúde física e mental, como previsto no art. 227 da Constituição Federal (1988):

É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (BRASIL, 1988).

Salientamos que vítima não terá os seus direitos patrimoniais ou trabalhistas suspensos, em virtude de se ausentar de seu local de trabalho ou de sua casa, por mais que tenha vínculo efetivo em órgão público ou tenha passado uma procuração ao seu agressor, porquanto

Art. 24. Para a proteção patrimonial dos bens da sociedade conjugal ou daqueles de propriedade particular da mulher, o juiz poderá determinar, liminarmente, as seguintes medidas, entre outras:

I - restituição de bens indevidamente subtraídos pelo agressor à ofendida;

III - suspensão das procurações conferidas pela ofendida ao agressor;

IV - prestação de caução provisória, mediante depósito judicial, por perdas e danos materiais decorrentes da prática de violência doméstica e familiar contra a ofendida (BRASIL, 2006).

No caso em que a agredida for profissional atuante em determinado setor público ou privado, é garantida a sua instabilidade por até seis meses no cargo, sendo o Juiz da Vara Criminal responsável por tal determinação, como observa Rodrigues (2011, p. 95)

O Juiz poderá, caso, ainda, determinar a inclusão da mulher, nessa situação, em cadastro de programas assistenciais do governo federal, estadual e municipal e, para preservar a integridade física e psicológica da mulher, poderá conceder-lhe prioridade em remoção quando servidora pública, seja funcionária da Administração direta ou indireta, também, no âmbito da iniciativa privada, regida pela CLT, poderá, o Juiz, manter o vínculo trabalhista da mulher-vítima, por até seis meses, quando houver necessidade de seu afastamento do local de trabalho.

E como um problema de caráter social que interfere na vida de todos, a violência doméstica, durante a criação da Lei Maria da Penha, até a criação dos Juizados Especiais específicos (Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher – JUFAMs), ficou a cargo das Varas Criminais, sendo estas responsáveis por possibilitar a preferência de atendimento a tais casos, conforme prever o art. 33:

Art. 33. Enquanto não estruturados os Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher, as varas criminais acumularão as competências cível e criminal para conhecer e julgar as causas decorrentes da prática de violência doméstica e familiar contra a mulher, observadas as previsões do Título IV desta Lei, subsidiada pela legislação processual pertinente.

Parágrafo único. Será garantido o direito de preferência, nas varas criminais, para o processo e o julgamento das causas referidas no caput. (BRASIL, 2006)

É considerado também pela presente Lei que todo esse processo assim como a violência em si podem trazer sérios danos emocionais às vítimas. Por essa razão inclui-se a necessidade de se ter uma equipe multidisciplinar no tratamento às agredidas. O que abarcar desde enfermeiros e clínicos a psicólogos e assistentes sociais, como previsto no art. 29:

Art. 29. Os Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher que vierem a ser criados poderão contar com uma equipe de atendimento multidisciplinar, a ser integrada por profissionais especializados nas áreas psicossocial, jurídica e de saúde (BRASIL, 2006).

Esse dado faz da Lei Maria da Penha uma iniciativa que chama os vários profissionais e a sociedade como um todo a se mobilizar no combate a violência doméstica, rompendo-se novamente com uma visão que tende a simplificar ou tornar privado os casos de atentados contra as mulheres.

A Lei Maria da Penha surge como uma medida interventiva que pretende agir de modo mais efetivo nos casos de violência doméstica ou familiar, mesmo que as penas para atos de violência já estivessem previstas no Código Penal brasileiro (1940), estas ainda não garantiam a proteção e a segurança de fato, por meio de medidas protetivas às mulheres vítimas de violências diversas.

Tais ações de proteção podem ser visualizadas na Lei quando, por meio de ser artigo 22º, são conferidas as seguintes penalidades ao agressor:

- I - suspensão da posse ou restrição do porte de armas, com comunicação ao órgão competente, nos termos da Lei no 10.826, de 22 de dezembro de 2003;
- II - afastamento do lar, domicílio ou local de convivência com a ofendida;
- III - proibição de determinadas condutas, entre as quais:
 - a) aproximação da ofendida, de seus familiares e das testemunhas, fixando limite mínimo de distância entre estes e o agressor;
 - b) contato com a ofendida, seus familiares e testemunhas por qualquer meio de comunicação;
 - c) freqüentação de determinados lugares a fim de preservar a integridade física e psicológica da ofendida;
- IV - restrição ou suspensão de visitas aos dependentes menores, ouvida a equipe de atendimento multidisciplinar ou serviço similar;
- V - prestação de alimentos provisionais ou provisórios. (BRASIL, 2006)

E ao se levarmos em consideração o aspecto emocional e afetivo a que muitas mulheres estão sujeitas, possibilitando que peçam a revogação da pena de seu agressor e os eventos em ofensores pagavam suas fianças em dinheiro ou serviços comunitários e saíam da cadeia, cometendo os mesmos crimes de outrora. Agora a Lei traz essa impossibilidade de anulação da acusação e penas mais “duras”, afirmando que

Art. 17. É vedada a aplicação, nos casos de violência doméstica e familiar contra a mulher, de penas de cesta básica ou outras de prestação pecuniária, bem como a substituição de pena que implique o pagamento isolado de multa (BRASIL, 2006).

Enfatizamos que essas medidas não anulam as penalidades previstas no Código Penal a atos de violências, pois se trata de atitudes que atentam contra os Direitos Humanos Fundamentais. Sendo o descumprimento de uma das punições conferidas ao agressor constituído crime de desobediência previsto pelo artigo 330, do Código Penal (1940) quando se afirma que “desobedecer a ordem legal de funcionário público: Pena – detenção, de 15 (quinze) dias a 6 meses, e multa” (BRASIL, 1940).

Aliás, o Código Penal (1940) também vem sofrendo algumas alterações em virtude da sanção da Lei Maria da Penha, como a inserção de um novo inciso ao parágrafo nono, do artigo 121, baseado no Projeto de Lei (PLS 292/2013) que “prever uma forma qualificada de homicídio: o feminicídio, crime praticado contra a mulher por razões de gênero, cuja pena é de reclusão de 12 a 30 anos” (OLIVEIRA, 2014, p.2).

Então se a Lei Maria da Penha juntamente com demais medidas legais se propuseram enquanto importantes mecanismos de prevenção e punição de casos de violência doméstica e familiar, haveria de fato um decréscimo dos índices de mulheres agredidas e mortas?

Soares (2008) aponta uma perspectiva positiva sobre esse fato, destacando dados fornecidos pelo Balanço do Conselho Nacional de Justiça – CNJ, de 2011. Nestes, aparecem números representativos de prisões efetuadas em todo o Brasil, ou seja, 9.715 prisões em flagrante realizadas, datadas do dia em que a Lei entrou em vigor até 2010. Além disso foram feitas 1.577 prisões preventivas, 331.796 processos tramitados, 111 mil julgados, 70 mil medidas de proteção.

Mas sobram ainda hoje dúvidas sobre a efetividade de fato da Lei Maria da Penha, no que se refere ao combate a situações de violência doméstica ou familiar, porquanto são notórios ainda hoje inúmeros casos que terminam em óbitos das vítimas.

3.4 Lei Maria da Penha: Rumo a mudanças

Quando estudamos a validade de uma lei para determinada situação para a qual foi sancionada, importa refletir sobre como o cenário social, econômico e político de um determinado contexto se modificou a partir do momento em que entrou em vigor a lei e como os grupos sociais e culturais assimilam essa sanção. Isso é crucial, pois não apenas devemos pensar tais leis, mas questionarmos se realmente há o seu cumprimento.

Quando a Lei Maria da Penha entrou em vigor a Lei nº. 11.340/2006, tinha como objetivo coibir de maneira mais efetiva a violência. No entanto será que de fato essa lei conseguiu coibir casos de violência contra a mulher ou, pelo menos, amenizar seus efeitos? O *Mapa da Violência*, demonstrado anteriormente, aponta que não.

Em seu artigo 1º, a Lei Maria da Penha anuncia os objetivos de sua criação, quais seriam: coibir e prevenir a violência doméstica e familiar contra a mulher, por meio do estabelecimento de medidas necessárias para a assistência e proteção às vítimas da violência.

Embora a violência física contra mulher continua sendo uma constante, que alcança números preocupantes, como demonstra a matéria publicada pelo Diário do Pará online no dia 15 de fevereiro de 2011.

De acordo com Maisa Gomes, coordenadora da Referência Técnica de Mortalidade por Acidentes e Violências da SESMA, os dados usados na pesquisa foram coletados em 3 locais de Belém: Casa da Mulher, Santa Casa e Unidade Municipal de Saúde da Sacramenta. Entre elas, os maiores números de notificação aconteceram na Santa Casa, sendo que em 2009 foram registrados 652 casos de violência e em 2010 essa a quantidade aumentou para 1.005 casos (DIÁRIO DO PARÁ, 2011).¹

¹DIÁRIO. Aumenta casos de violência contra a mulher. Disponível em: <http://www.diarioonline.com.br/noticia-135370-.html>. Data de acesso: 20 de fevereiro de 2012.

Conforme é possível percebermos a área da saúde ainda recebe maior número dos casos de agressões contra as mulheres, refletindo em impactos financeiros para o setor público, pois é necessário mais contratações de médicos e enfermeiras, e aumento de leitos em hospitais. Quando as vítimas não sobrevivem às agressões, passam a ser casos que intitulam as manchetes de jornais, como o acontecimento ocorrido no dia 21 de julho de 2012², ocasião em que uma mulher, moradora de rua, foi morta a tiros.

Esses episódios se multiplicam em razão de inúmeros fatores, entre eles se destacam o fato de as mulheres agredidas não denunciarem ou retirarem as queixas contra os seus agressores, por não vê-los como potenciais assassinos ou por se conformarem com estado de submissão extrema; e o pequeno número de Delegacias da Mulher para a resolução dos casos de violência doméstica. Como relata a delegada, Alessandra Jorge, da Divisão Especializada de Atendimento à Mulher – DEAM, à equipe do jornal Diário do Pará, ao falar sobre os crimes passionais:

Nele há uma condição histórica, própria do fenômeno da cultura patriarcal e conservadora que é passado de geração em geração. [...] A violência é propagada. As crianças assistem essa violência dentro de casa. Temos que parar de ver a violência contra a mulher como uma paisagem, como se isso fizesse parte da vida doméstica de um casal. Devemos desnormalizar a violência (JORGE apud DIÁRIO DO PARÁ, 2013).³

Além dos casos de violência física, há os de violência psicológica, difíceis de serem comprovados e denunciados, mas que são constantes na grande Belém, pois não é raro se vê cenas de humilhações contra a mulher em plena via pública. Fato que ratifica a pouca eficácia da Lei Maria da Penha em eventos em que há a violência psicológica, embora estejam estabelecidas, em Lei, punições para quem a prática.

Outro ato de violência contra a mulher que não pode ser negligenciado se refere à violência sexual que pouco ou quase nenhum combate tem sofrido por meio da Lei Maria da Penha. Chega-se ao extremo de o agressor culpar a própria vítima pela violência e a submeter a constantes ameaças. Em outros casos as mulheres são feitas escravas por quadrilhas

² DIÁRIO DO PARÁ. <http://diario.do.para.br/N-168716-suspeito-de-ter-matado-mulher-ja-esta-na-cadeia.html>. Acesso: 23 de abril de 2013.

³ DIÁRIO DO PARÁ. <http://diario.do.para.br/N-166958-violencia-contra-mulher-e-muito-cruel.html>. Acesso: 23 de abril de 2013.

especializadas por tráfico de mulheres, como demonstra a matéria publicada pelo Diário do Pará online⁴, sobre uma mulher que foi mantida escrava em uma boate no Suriname por 6 anos.

Episódios que contradizem os direitos das mulheres expressos na Lei Maria da Penha, na qual é garantida a obrigatoriedade à proteção e à preservação da saúde física e mental de todas as mulheres. Como pode ser observado no Art. 2º da presente Lei 11.340/2006:

Art. 2º Toda mulher, independentemente de classe, raça, etnia, orientação sexual, renda, cultura, nível educacional, idade e religião, goza dos direitos fundamentais inerentes ao ser humano, sendo-lhe asseguradas as oportunidades e facilidades para viver sem violência, preservar sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual e social (BRASIL, 2006).

Há também um desrespeito a Lei citada quando há omissão de quem assiste a agressão, mas não esboçar nenhuma reação em prol de ajudar a vítima, posto que sob a alegação de que em “briga de marido e mulher ninguém mete a colher”, acabam por descumprir a Lei. A obrigatoriedade do ato de denúncia se acentua a partir do momento em que existe a Central de Atendimento à Mulher – 180 (Ligação Gratuita Nacional – Serviço 24 horas), sendo aquele que comete a negligência cúmplice do agressor, pois

Art. 5º Para os efeitos desta Lei, configura violência doméstica e familiar contra a mulher qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial (BRASIL, 2006).

Outra questão esbarra no cumprimento da Lei, o preconceito em relação aos homossexuais. Em seu parágrafo único, o art. 5º da Lei Maria da Penha deixa claro que “as relações pessoais enunciadas neste artigo independem de orientação sexual.” (BRASIL, 2006). Dentre as agressões praticadas e sofridas entre pessoas do mesmo sexo, podemos citar o ocorrido, no dia 23 de fevereiro de 2013, em Icoaraci, ocasião em que houve o esfaqueamento de uma mulher por sua ex-companheira⁵.

⁴DIÁRIO DO PARÁ. Paraense “escrava do sexo” é resgatada. Disponível em: <http://www.diariodopara.com.br/impressao.php?idnot=79076>. Acesso em: 23 de abril de 2013.

⁵ DIÁRIO DO PARÁ. Briga de ex-namoradas acaba em facada em Icoaraci. <http://www.diariodopara.com.br/impressao.php?idnot=93289>. Acesso em: 23 de abril de 2013.

Outra face da violência contra a mulher refere-se à violência patrimonial, entendida, no Art. 7º, como:

IV - a violência patrimonial, entendida como qualquer conduta que configure retenção, subtração, destruição parcial ou total de seus objetos, instrumentos de trabalho, documentos pessoais, bens, valores e direitos ou recursos econômicos, incluindo os destinados a satisfazer suas necessidades (BRASIL, 2006).

A desinformação é um dos entraves para o cumprimento da Lei, porquanto as vítimas desconhecem que a lei garante a elas, gratuitamente, o acompanhamento de um advogado, como previsto no Art. 28.

Art. 28. É garantido a toda mulher em situação de violência doméstica e familiar o acesso aos serviços de Defensoria Pública ou de Assistência Judiciária Gratuita, nos termos da lei, em sede policial e judicial, mediante atendimento específico e humanizado (BRASIL, 2006).

Além de ter a sua disposição um defensor público, a vítima está amparada por medidas de proteção, conforme prever o Art. 22, da Lei Maria da Penha. No entanto, estas parecem poucos eficazes, porque, mesmo sob a proteção do Estado, mulheres são mortas ou agredidas. Algo que gera uma desconfiança e pouca credibilidade ao artigo citado. Segundo demonstra os dados levantados pelo Ministério Público, do estado do Rio Grande do Sul,

No Rio Grande do Sul, em 2012, morreram 93 mulheres vítimas de violência doméstica. Dessas, 15 tinham solicitado medida protetiva. São mais de duas mulheres mortas por semana no RGS, 40% com idade entre 20 e 30, 70% dentro de casa, 55% à noite. Dos 90 autores, 40 foram presos, 29 estão em liberdade, 20 cometeram suicídio e um está foragido (MINISTÉRIO PÚBLICO, 2013).⁶

Como podemos observar o cumprimento das sanções previstas na Lei Maria da Penha não depende apenas do documento escrito, mas principalmente tanto de um esclarecimento das

⁶ MINISTÉRIO PÚBLICO DO RIO GRANDE DO SUL. Painéis abordam panorama da violência contra a mulher no RS e no Brasil. Disponível em: <http://www.mp.rs.gov.br/noticias/id31363.htm>. Acesso em: 13 de abril de 2013.

vítimas sobre os seus direitos quanto daqueles que observam as cenas de violência sobre a sua obrigação de ajudar a combater um cenário tão agravante de violências e mortes de mulheres. Afinal, não basta o Estado sancionar uma lei, é necessário que se faça valer, por meio de mecanismo legais cada artigo, promovendo fiscalizações e efetivas medidas de proteção a saúde física e mental da mulher, já que o contexto de violência doméstica já se constitui em uma questão de saúde pública.

3.5 Violência contra a mulher: Questão de saúde pública

Este estado de intimidação provocaria na mulher sérios danos a sua saúde física e mental, porquanto, além dos frutos de agressões sentidas e percebidas no corpo, a apreensão e temor teriam consequências orgânicas desencadeadoras de outros tipos de doenças. Essa circunstância seria promotora de óbitos entre as mulheres, uma vez que a violência “representa um risco maior para a realização do processo vital humano: ameaça a vida altera a saúde, produz enfermidade e provoca a morte como realidade ou como possibilidade próxima” (AGUDELO apud NUNES, 2012, p. 32).

Os danos e os custos das agressões são sentidos por todos na sociedade, posto que as vítimas da violência ocupem leitos e necessitem de profissionais especializados para tratar seus prejuízos físicos e psicológicos, exigindo as verbas para esses tratamentos, que poderiam ser destinadas a outros setores.

Além de afetar a qualidade de vida das vítimas, constituir sério problema de saúde e consistir em violência contra a mulher torna-se um enorme obstáculo para o desenvolvimento social e econômico, gerando elevados custos financeiros, não somente para vítima como também para a sociedade (NUNES, 2012, p. 37).

Ao lado de questões relacionadas ao custo da violência para os cofres públicos, há também uma violência contra os valores sob os quais se fundamentam os Direitos Humanos, uma vez que, ao se banalizar cenas de violência no ambiente familiar, acaba-se por legitimar uma situação que vai de encontro ao direito à vida, em seu sentido pleno. Por essa razão é lícito

igualmente afirmarmos que se está diante de um problema de saúde pública, muitas vezes velado ou desprezado, visto que:

uma das violações dos direitos humanos mais praticadas e menos reconhecida no mundo, é a violência contra a mulher que, por afetar a integridade corporal, o estado psíquico e emocional da vítima, assim com o seu senso de segurança, caracteriza-se como problema de saúde pública (PORTO, 2004, p. 31).

Os dados encontrados nos relatórios divulgados, 1993 e 2002, pela Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS, apontam que a violência contra a mulher não pode ser mais entendida como uma questão que compete somente ao agressor e à vítima, posto ter atingido um caráter endêmico, tamanho seja o percentual de graves vítimas.

As sequelas se manifestam em forma desde problemas físicos e não mortais a problemas sexuais e reprodutivos. No quadro abaixo se encontram detalhadas alguns desses efeitos analisados por Nunes (2012) e apontados por Williams, Maldonado, Padovani (2008):

Problemas físicos (Lesões não fatais)	Cortes; contusões; cefaléia; cegueira; dores abdominais e nas costas; disfunções da articulação têmpora mandibular, distúrbios gastrointestinais; ossos fraturados; dentes quebrados; redução ou perda total da capacidade sensitiva e/ou motora; etc.
Morte	Suicídio; ferimentos graves e homicídios intencionais.
Comportamentos de riscos	Uso não controlado de remédios psiquiátricos, consumo abusivo de álcool e drogas e vitimação.
Problemas mentais e emocionais	Ansiedade; depressão; distúrbios do estresse pós-traumático (alto nível de ansiedade e depressão); dificuldade de sono; distúrbios alimentares; baixa autoestima; medo; isolamento; não somente pensamentos suicidas, mas, também, tentativas de suicídio.
Problemas sexuais e reprodutivos	Infeções sexualmente transmissíveis, incluindo HIV/ AIDS; disfunções sexuais; precipitações de vários problemas ginecológicos, como dor pélvica crônica e relações doloridas; e gravidez não planejada e/ou indesejada.

Fonte: Williams, Maldonado, Padovani, Word Health Organization, 2008 apud NUNES, 2012, p. 32-33.

Diante do quadro de seus efeitos, é possível percebermos que bem mais do que desentendimentos conjugais, a violência contra a mulher se configura como ato que fere o direito primordial de qualquer cidadão, qual seja o direito à qualidade de vida. E, por mais que não se seja o agressor, virar as costas e legar este problema somente às famílias que convivem

nesta situação e ao governo, é ser cúmplice de um estado de negligência no qual a violência contra a mulher ainda se encontra, porquanto “quando a violência é presenciada por alguém, há a cumplicidade, a omissão” (SILVA, 1992, p. 67). E, no caso de saúde pública, não há como não sentir direta ou indiretamente os efeitos dessa violência.

As consequências da violência são experimentadas, em maior grau, quando as ocorrências terminam em mortes das vítimas, assassinadas por seus próprios parceiros. Situação que não se constitui uma exceção. De acordo com Daltoso (2009, p. 35)

No Brasil, já na década de 90, havia um número estimado de 300.000 mil mulheres que relataram terem sido agredidas fisicamente por seus maridos ou companheiros a cada ano. Mais da metade, de todas as mulheres assassinadas no Brasil foram mortas por seus parceiros íntimos.

Nesse período o número de vítimas já era representativo, atualmente, apesar da Lei Maria da Penha, ele somente vem aumentando, tanto pelo que é relatado pelo *Mapa da violência* (2012), quanto pelas matérias mostradas pelo *Diário do Pará*. O que repercute principalmente nos índices de atendimento nas Unidades de Saúde a casos de violência doméstica ou familiar, exigindo cada vez maior e melhor preparação dos profissionais da saúde para agirem em tais situações.

3.6 Violência contra a mulher versus enfermagem

Quando abordamos violência doméstica, não podemos considerá-la como um problema isolado, ou seja, que atinja apenas um seguimento, um indivíduo. Conforme foi visto, a violência é uma questão de saúde pública, em virtude dos danos sociais que causa, no se que refere a abalos a estruturas de instituições socialmente constituídas e a setores da sociedade, como econômico, educacional e político.

Nesse capítulo, analisar-se-e-mos justamente como a violência contra a mulher afeta o setor da saúde e, conseqüentemente, o trabalho de seus profissionais. Fazemos isso compreendendo que não é apenas a mulher agredida a principal vítima da violência doméstica, mas os que convivem direta ou indiretamente com ela, os quais sofrem as diversas consequências desse problema social.

Todavia, antes de mencionarmos esses agravos, é necessário esclarecermos o que entendemos por saúde nesse estudo. Para isso aludimos ao trabalho da pesquisadora Alessandra de Cássia Leite (2012). Esta, ao citar o conceito de saúde assumido pela Organização Mundial da Saúde, aponta uma definição que vai além de um estado de ausência total de doenças físicas ou enfermidades, direcionando a um quadro de perfeito equilíbrio entre as dimensões físicas, mentais e sociais.

Este que é não apenas proporcionado por outros, mas pela própria pessoa, pelo modo como presta atenção, cuidado e respeita a si mesmo e a outrem.

Saúde seria então:

uma situação constituída pelos cuidados que a pessoa dispensa para si mesmo e para outros, pela capacidade de tomada de decisão a respeito de sua vida e pela capacidade de manter sobre o controle/vigia cada momento de sua vida (LEITE, 2012, p. 39).

A perda da saúde significaria uma quebra desse equilíbrio e um desajuste da pessoa perante a vida social, psíquica e emocional, ou seja, um dano à qualidade de vida manifesta na relação entre o organismo e o ambiente.

No que se refere à violência doméstica, Leite (2012) acentua que seus prejuízos muitas vezes não são percebidos diretamente, por terem um caráter subjetivo revelado por meio da vergonha sentida pela vítima diante do fato de ter a sua intimidade exposta. O sentimento de culpa pelo que está vivenciando e a tristeza frente à gravidade e à dificuldade de sair daquela situação de violência.

Essa situação gera altos custos para o Estado, refletindo decisivamente nas verbas destinadas ao setor de saúde. Como pontua Leite (2012), esse serviço público ainda sofre com sérios *déficits*, como: a falta de qualificação dos profissionais e precariedade de notificações de violências doméstica – instrumento essencial para que se venha criar políticas públicas – já que “a notificação dos casos [...] auxilia no dimensionamento epidemiológico, auxiliando na criação de políticas públicas para a prevenção da situação e permitindo que a situação seja conhecida pela sociedade” (LEITE, 2012, p. 41).

A autora igualmente destaca que os profissionais de saúde ainda carecem de qualificação para atuar nesses casos, pois devem intervir no atendimento às vítimas e na

notificação de casos, permitindo que o combate a violência alcance a esfera criminal. Ação que se converte atos de natureza preventiva e punitiva.

Outro elemento que particulariza o profissional de saúde, no atendimento/tratamento de vítimas de violência doméstica, é o enfoque dado ao problema. Segundo Daltoso (2009), enquanto o profissional de saúde centra os seus esforços no cuidado às vítimas, os do setor jurídico/policial se voltam para o agressor.

No entanto, a autora destaca que, em ambos os casos, ainda falta preparo para atuar na interação com as vítimas e na intervenção em casos de violência doméstica, visto que

nota-se que tanto na saúde quanto no campo jurídico-policial, permanecem desajustes quanto às linguagens utilizadas, de um lado, pela mulher que vivencia a situação e, de outro, pelo profissional a quem recorre (DALTOSO, 2009, p. 36).

O cenário que vemos atualmente são de profissionais de saúde com receio ou medo na hora do atendimento a casos de violência doméstica, pois acreditam que ou estão diante de situações relacionadas à vida íntima da pessoa agredida, ou temem ameaças e retaliações de agressores. Afinal,

o efeito disseminando dessa situação não ocorre somente organização prática do setor saúde e para a pessoa que está vivenciando a situação [...].Essa situação pode gerar complicações até mesmo para os profissionais que atuam nesse setor, pelo medo, ameaça, danos físicos e psicológicos que estes profissionais estão vivenciando ou podem vivenciar (LEITE, 2012, p. 41).

Sabemos que a Lei 10.778, de 24 de novembro de 2003, torna obrigatória, em postos de saúde, o registro de casos de violência doméstica. Porém Daltoso (2009) afirma que o posicionamento de muitos profissionais de saúde é de se distanciarem do problema, não se envolvendo nem na prevenção, nem no diagnóstico.

Esclarecemos que o grau de envolvimento do profissional de saúde, no que se refere ao atendimento/ tratamento, não termina quando este presta assistência medicamentosa, mas também quando participa da elaboração do plano para a prevenção primária, secundária e terciária da violência doméstica, posto que

o setor saúde tem como um dos seus objetivos, quando o assunto é atendimento/tratamento da pessoa em situação de violência, elaborar planos para a prevenção primária, secundária e terciária, promovendo também, assim, a saúde das pessoas. Estando, essa temática, inerentemente, ligada à área da saúde, por participar das questões e relações sociais de um modo geral (LEITE, 2012, p. 41).

E dentre os profissionais de saúde de maior participação no atendimento a vítimas de violência doméstica está a equipe de enfermagem, pois, conforme sinaliza Daltoso (2009), são estes que estão em maior número nos hospitais trabalhando; são os que acolhem e, muitas vezes, recebem primeiramente as queixas das agredidas.

O que torna o papel desses profissionais de suma importância para a prevenção, o diagnóstico e a notificações de casos de violências à autoridade competentes para punir os agressores. Nesse sentido, podemos afirmar que

o profissional enfermeiro, enquanto coordenador da equipe de enfermagem e figura ativa no acolhimento dos pacientes, é peça chave na identificação das mulheres que vivem na situação de violência. Eles matem com os usuários do serviço de saúde uma relação de vínculo e confiança, que facilitam a abordagem desse tema, assim como o seu melhor desfecho, uma vez que esse profissional funciona também como mediador do paciente com outros profissionais e outros serviços (DALTOSO, 2009, p. 41).

Nesse ínterim, autora enfatiza também a importância da dimensão humana encontrada no serviço de enfermagem, visualizada nas atividades baseadas no respeito, cuidado e amor ao próximo. O que promove, em alguns casos, o cultivo de um vínculo de confiança entre a paciente vítima de violência doméstica e o enfermeiro (a).

Essa segurança, de acordo com Oliveira (2007), pode advir também de uma identificação entre paciente e enfermeiro, pois, na maioria dos casos, tem-se uma equipe de enfermagem constituída por mulheres, que são as mais solicitadas pelas pacientes em casos de violência doméstica. Essa identificação também pode provir do fato de a própria profissional de saúde ser vítima ou ter sofrido violência, permitindo que essa enfermeira não apenas preste cuidados, mas se sinta ou intimamente envolvida na situação relatada pela paciente, ou incapaz de atendê-las por se encontrar em igual estado ou pior.

Enquanto problema de saúde pública, então, não há como negar a relevância de uma formação específica do profissional de saúde voltada para mazelas decorrentes da violência

doméstica. Instrução essa que, em virtude das consequências desse problema social, exige do profissional de saúde não apenas uma formação que contemple os conhecimentos de sua área, mas urge cada vez mais por um diálogo interdisciplinar, em busca de soluções para uma moléstia que tem afetado vários setores sociais.

Essa talvez seja a maior dificuldade do profissional de saúde, o de não vê a violência doméstica apenas como um problema de caráter biológico ou/e psicológico, porém social e familiar. Isso ocorre porque os enfermeiros não possuem instrumentos que permitam uma análise mais aprofundada das evidências de violência doméstica. É nesse sentido que Oliveira (2007, p. 22) destaca que:

Os profissionais tratam sinais e sintomas como a dor, os hematomas, os problemas sexuais e reprodutivos, a ansiedade, depressão e outros, dissociando sua análise e conduta dos contextos familiar e social do indivíduo, para os quais não possuem instrumentos sistemáticos de atuação.

Esse fato pôde ser comprovado pelos pesquisadores Lettiere; Nakano; Rodrigues (2007), quando realizaram uma pesquisa de campo, no hospital Maternidade do Complexo Aeroporto-Mater, por meio de entrevistas com 12 profissionais de saúde sobre as suas formas de atuar e de perceber situações de violência doméstica.

Esse estudo evidenciou que os profissionais de saúde encaram essa situação sob duas vertentes: compreendem-na sob uma perspectiva biológica ou/e psicológica. Em seguida reduzem e fragmentam a sua atuação profissional no atendimento à vítima.

Quanto ao primeiro caso, os profissionais se preocupam em tratar os traumas físicos, mas quando não atingem os resultados esperados, repassam o problema para outras especialidades clínicas. Fazem isso com a finalidade de atuarem nas consequências da violência doméstica, havendo pouca preocupação em se questionarem sobre as causas porque

o profissional da saúde cria uma fragmentação da ação e do objeto de trabalho, neste caso o indivíduo, reduzindo a abordagem da saúde/ doença aos saberes estritamente biomédicos (LETTIERE; NAKANO; RODRIGUES, 2007, p. 470).

Não podemos afirmar que isso se ocorra de forma intencional, todavia pela própria fragilidade, escassa estrutura dos hospitais e insuficiente preparo dos profissionais de saúde. São enfermeiros que possuem insuficiente tempo para ouvir e atender as vítimas de violência, ausência de trato para lidar com assuntos delicados que possam invadir a intimidade da paciente, constrangendo-a, e precárias ferramentas de ação efetivas na resolução desses casos. Lettiere; Nakano; Rodrigues (2007) enfatizam essa situação, ao afirmarem que

os profissionais de saúde não questionam a mulher diante de uma suspeita de violência por vários motivos, tais como falta de tempo e recursos, falta de intimidade com o assunto, temor de gerar constrangimento, despreparo para atuar e frustração, pois se sentem impotentes para resolver a situação (LETTIERE; NAKANO; RODRIGUES, 2007, p. 471).

No que se refere à segunda ocorrência, há uma perda da preocupação de atender e tratar cada caso de violência doméstica, como particularidade, pois se busca enquadrar os sintomas apresentados pelas vítimas em protocolos institucionais, que estipulam a característica e a ação em cada episódio de violência. Tais instrumentos se tornam essenciais aos profissionais de saúde, que, ao não possuí-los, acabam perdidos frente a determinadas situações.

Lettiere; Nakano; Rodrigues (2007) alegam que esta dependência de um elemento técnico para tratar casos de violência doméstica transforma as ações desses profissionais em técnicas instrumentais de cuidado.

Além disso, os autores enfatizam que há a necessidade também de se manter uma equipe sistêmica e multiprofissional nos hospitais, para a qual todos devem estar preparados para agirem em casos de atendimento a vítimas de violência doméstica. Assim, na falta de um profissional, esse serviço não ficará prejudicado.

É pensando nisso que a organização a Organização Mundial da Saúde – OMS tem levantado propostas de treinamento contínuo de profissionais de saúde para atuar em casos de violência doméstica, conforme apresenta Oliveira (2007, p. 19):

o entendimento da violência de gênero e a importância de uma abordagem apropriada às mulheres com história prévia ou atual de violência, têm se tornado competências também dos profissionais de saúde. Nessa dimensão, são incentivadas, pela OMS, a elaboração e implementação de protocolos integrados a treinamentos específicos de profissionais de saúde.

Na mesma linha, a Organização Panamericana de Saúde – OPS (2001 apud OLIVEIRA, 2007) criou medidas interventivas no diagnóstico, tratamento e atendimento das vítimas de violência doméstica, por meio do “Programa Mulher, Saúde e Desenvolvimento”. Ações baseadas nos seguintes atos:

estímulo à detecção e acolhimento dos casos, obtenção de registro detalhado [...], valorização do relato da mulher e postura ética e de não julgamento, encaminhamento adequado, valorização da segurança pessoal da mulher, ações de prevenção e promoção da saúde e estímulo à introdução do tema no currículo dos profissionais de saúde (OLIVEIRA, 2007, p. 20).

Os aspectos apresentados acima demonstram que realmente há programas e documentos, no setor da saúde, voltados para atuação em casos de violência doméstica, no entanto há uma larga distância entre o proposto e o que realmente ocorre nas diversas instituições de saúde existentes no Brasil.

Isso acontece em virtude de tais ações não alcançarem um significativo número de profissionais de saúde, ou seja, podemos falar que existem propostas, mas falta que estas atinjam, por meio de formações e incentivos, o profissional que acompanha, durante longos períodos, as vítimas de violência doméstica. Afinal é o enfermeiro que deve comunicar a autoridades competentes, diagnosticar e prestar atendimentos antes do agravamento da situação, já que

Os serviços de saúde são importantes na detecção do problema, porque têm, em tese, uma cobertura e contato com as mulheres, podendo reconhecer e acolher o caso antes de incidentes mais graves (LETTIERE; NAKANO; RODRIGUES, 2007, p. 468).

Daí a insistência de enfocarmos o treinamento do profissional de saúde, no combate a violência doméstica, porque temos a convicção de que o diagnóstico de violência muitas vezes não ocorre de modo de direto, posto que, por vergonha ou por culpa, a vítima não relata a agressão sofrida, cabendo ao profissional de saúde diagnosticar.

Oliveira (2007) chega afirmar que essa falta de formação e compreensão da importância do relato de violência desmotiva profissionais de saúde a não preencherem os prontuários,

relatando os casos de violência, ou o façam de modo incorreto. Esse fato reflete negativamente em ações que poderiam ser implementadas no combate a violência doméstica.

Como exemplo dessa realidade, Oliveira (2007) cita dados estatísticos de preenchimento de prontuários referentes a episódios de violência doméstica, no estado de São Paulo:

Em São Paulo, um estudo realizado em serviço de atenção primária revelou que 57,0% das mulheres atendidas reportaram algum episódio de violência física na vida; contudo, apenas 10,0 % dos casos estavam devidamente registrados em prontuário (OLIVEIRA, 2007, p. 21).

Essa falta de registro, pelos profissionais de saúde, de casos de violência doméstica traz sérias consequências, pois, diante de um ato de omissão, acabam tornando-se cúmplice de um problema, que somente tende a aumentar, trazendo prejuízos financeiros e sociais a todos. Como relatam os autores Lettiere; Nakano; Rodrigues (2007, p. 468), ao afirmarem que

a não identificação da situação de violência pelos profissionais de saúde contribui para perpetuar o ciclo de violência, diminuindo a eficácia e a efetividade dos serviços de saúde, como também consumindo recursos financeiros.

Esse cenário de certo descaso promove a vulgarização da violência doméstica, como se esta fosse mais uma entre tantas outras situações de violência vivenciada no contexto atual, que também não devem ser banalizadas. Ao ocorrer esse desprezo, comete-se outro tipo de violência contra a mulher, porquanto se negligenciam o direito à denúncia e à intervenção efetiva. Diante disso, o sistema de saúde acaba por cometer uma violência psicológica contra a mulher que padece de todo tipo de agressão.

Viera, Padoin, Landerdahl e Paula (2011, p. 364), em concordância com o que institui o Sistema Único de Saúde, declaram que o paciente deve receber “atendimento integral e humanizado balizado pela escuta, vínculo e responsabilização, no entanto percebem-se lacunas a serem superadas”. Essas lacunas refletem negativamente em valores financeiros aos cofres públicos, qualidade de vida dos pacientes e efetividade dos trabalhos realizados pelos profissionais de saúde no atendimento às vítimas de violência doméstica.

4 METODOLOGIA

O estudo é do tipo descritivo com análise quantitativa, fundamentado na epidemiologia. Nele são incluídos os homicídios de mulheres residentes no município de Belém, no período de 2006 a 2010, após a promulgação da Lei Maria da Penha.

Os dados foram obtidos do Sistema de Informação – SIM, por meio do Banco de Dados do Departamento de Epidemiologia e Vigilância à Saúde – DEVES, da Secretaria Municipal de Saúde, do município de Belém – SESMA, acessada no site: <http://tabnet.datasus.gov.br>. Em sete de maio de 2014.

Para a coleta de dados foi definido um protocolo de pesquisa a partir do atestado de óbito (documento padronizado nacionalmente que fornece dados pessoais da vítima), com as seguintes variáveis; números de óbitos, idade, faixa etária, estado civil, escolaridade, naturalidade, profissão/ocupação, instrumento que ocasionou a morte e local onde ocorreu o crime (bairro).

As informações foram agrupadas e aplicadas às denominações dos Capítulos da 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID 10), em que se destacou o Capítulo XX referente às causas Externas de Morbidade e Mortalidade (V01-Y98), subdividas em Acidentes de Transportes (V01-X99), Acidentais (W00-X59), Suicídios (X60-X84), Intervenções Legais (Y35-Y36) e Complicações de Assistências Médicas e Cirúrgicas (Y40-Y84).

Os homicídios foram classificados segundo a causa básica, agrupados por números de óbitos, idade, faixa etária, estado civil, escolaridade, naturalidade, profissão/ocupação, instrumento que ocasionou a morte e local onde ocorreu o crime (bairro). Após a sistematização dos dados, foram calculadas com o suporte do programa *Microsoft Office Excel* 2003, por meio da estatística descritiva, com apresentação de gráficos e tabelas. Foi utilizado o teste Qui-quadrado com nível de significância de 5%.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará – ICS, por meio do Parecer Consubstanciado nº 442.052/2013.

O acesso ao banco de dados foi autorizado pela Comissão de Análise de Projeto de Pesquisa – CAPP (SESMA), após apresentação dos seguintes documentos; Ofício emitido pela IES ao Gab. do Secretário, Declaração de Aceite do Orientador, cópia do Projeto de Pesquisa, Curriculum do orientador e pesquisador, cópia da RG do pesquisador, Protocolo do CEP, cópia

da folha de rosto (plataforma Brasil) após Carta de Apresentação da pesquisadora a Diretora do DEVES.

5 RESULTADOS E ANÁLISE DOS DADOS

Os homicídios agrupados e aplicados às denominações dos Capítulos da 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID 10), em que se destacou o Capítulo XX referente às causas Externas de Morbidade e Mortalidade (V01-Y98), subdividas em Acidentes de Transportes (V01-X99), Traumatismos Acidentais (W00-X59), Suicídios (X60-X84), Intervenções Legais (Y35-Y36) e Complicações de Assistências Médicas e Cirúrgicas (Y40-Y84), revelam as 16.958 mortes de mulheres, ocorridas no período de 2006 a 2010.

Tabela 1 – Principais causas de mortes em mulheres residentes em Belém no período de 2006 a 2010. Belém/PA, 2014. Belém/PA, 2014.

Causa (Cap CID10)	Ano					Total	%	Posição
	2006	2007	2008	2009	2010			
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	185	174	229	186	198	972	5,73	7ª
II. Neoplasias (tumores)	609	600	643	652	630	3134	18,48	2ª
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	27	25	20	23	24	119	0,70	14ª
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	187	255	220	238	240	1140	6,72	5ª
V. Transtornos mentais e comportamentais	4	3	8	11	3	29	0,17	17ª
VI. Doenças do sistema nervoso	67	56	53	66	63	305	1,80	11ª
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	2	0	1	0	0	3	0,02	18ª
IX. Doenças do aparelho circulatório	764	862	909	934	883	4352	25,66	1ª
X. Doenças do aparelho respiratório	452	503	494	499	510	2458	14,49	3ª
XI. Doenças do aparelho digestivo	130	127	176	152	158	743	4,38	8ª
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	19	16	16	14	13	78	0,46	15ª
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	28	28	29	26	32	143	0,84	13ª
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	70	53	79	83	83	368	2,17	10ª
XV. Gravidez parto e puerpério	10	15	7	9	6	47	0,28	16ª
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	237	213	225	230	186	1091	6,43	6ª
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	50	48	39	46	39	222	1,31	12ª
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	208	202	251	259	249	1169	6,89	4ª
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	123	96	118	121	127	585	3,45	9ª
Total	3172	3276	3517	3549	3444	16958	100,00	----

Fonte: SIM/DIAES/DEVS/SESMA

Dentre as 10 principais causas de óbitos, encontram-se as Causas Externas de morbidade e mortalidade com 585 óbitos, ocupando a nona posição com 3,45%. As duas primeiras causas foram as doenças do aparelho circulatório e as neoplasias com 25,66% e 18,48%, respectivamente. Os dados do estudo revelam que embora ainda seja representativo o percentual de vítimas de doenças como neoplasias e as do aparelho circulatório, não podemos negar o representativo número de mortes por feminicídios.

Além disso, o agravamento das enfermidades relatadas também pode ser atribuído à própria vergonha ou impedimento do agressor de que a vítima frequente uma Unidade de Saúde, já que não são raros casos de homens que impedem suas mulheres de irem ao médico (LETTIERE; NAKANO; RODRIGUES, 2007).

Entre os 585 óbitos, apresentados na Tabela 02, ocorridos por causas externas (V01-Y84), 166 que representam 28,4% tiveram como causa os homicídios (X85-Y09), ocupando a 3ª posição. Evidência que corrobora com observado no Relatório Mundial da Saúde, exposto por Saffotti (2011) e pela Organização Mundial da Saúde (2002), constatando-se que as mulheres ainda estão perdendo a vida por atos de brutalidade cometidos por homens de sua intimidade e as políticas pública de combate e prevenção a violência doméstica não estão sendo eficazes quando se trata de impedir tais óbitos.

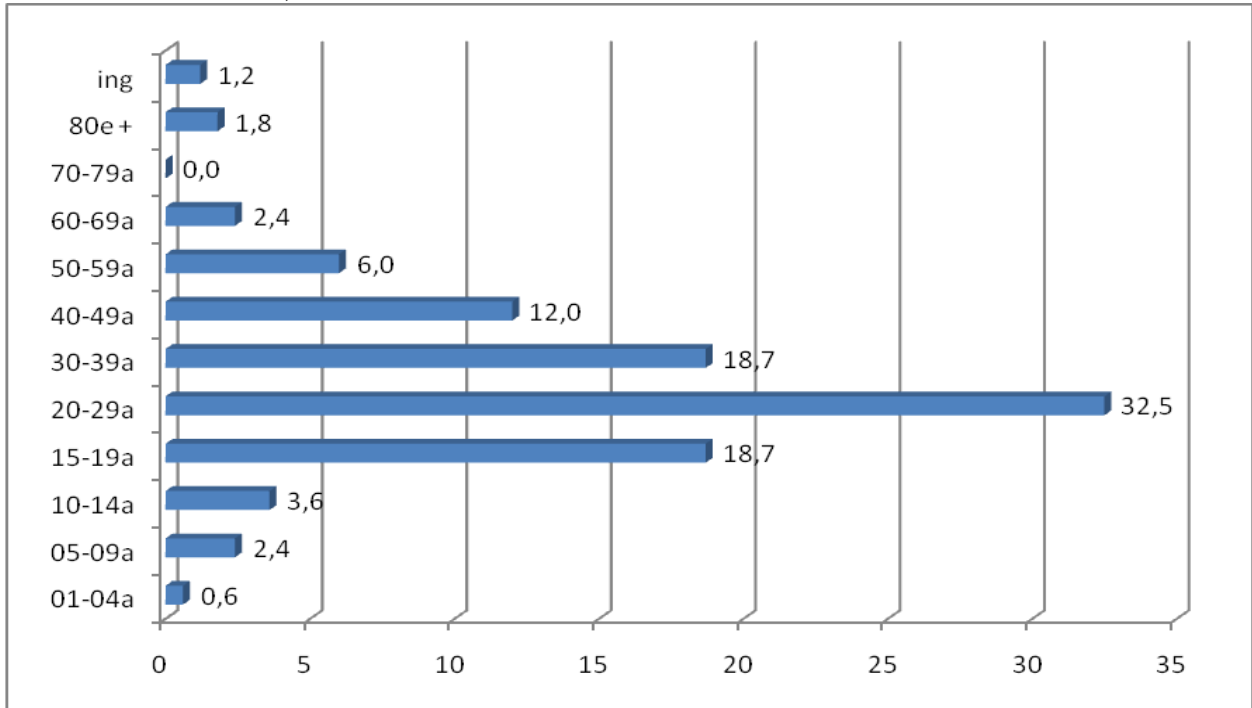
Tabela 2 – Óbitos por causas externas em mulheres residentes em Belém no período de 2006 a 2010. Belém/PA, 2014. Belém/PA, 2014.

Código	Causas Externas	Óbitos		
		nº	%	Posição
W00 -X59	Traumatismos Acidentais	192	32,8	1ª
V01-V99	Acidentes de Transportes	175	29,9	2ª
X85-Y09	Homicídios (agressões)	166	28,4	3ª
X60-X84	Suicídios	29	5,0	4ª
Y10-Y34	Intenções indeterminadas	12	2,1	5ª
Y40-Y84	Comp de Assit. Médica e Cirúrgica	11	1,9	6ª
Total		585	100,0	----

Fonte: SIM/DIAES/DEVS/SESMA

Dos 166 óbitos por homicídios de mulheres, 32,5% foram na faixa etária de 20 a 29 anos, ao somarmos os óbitos de mulheres das faixas etárias 15 a 19 anos, 20 a 29 anos, 30 a 39 anos e 40 a 49 anos, percebemos que 81,9% das mulheres estavam na idade produtiva (Figura 1). Com relação ao estado civil das mulheres vítimas de homicídios, 83,7% eram solteiras (Figura 2).

Figura 1 – Óbitos por homicídios de mulheres residentes em Belém segundo a faixa etária no período de 2006 a 2010. Belém/PA, 2014.



Fonte: SIM/DIAES/DEVS/SESMA

Como podemos perceber os óbitos por homicídios de mulheres atingiram todas as faixas etárias, das mais jovens as mais idosas, demonstrando que essa situação abrange todos os períodos do ciclo vital da vítima, não se restringindo apenas àquelas mais jovens, ou mais idosas, posto que a violência doméstica não escolhe classe social, religião, cultura ou etnia para se manifestar (SILVA, 2011).

A prevalência de mulheres vítimas de óbitos por homicídios na faixa etária de 20 a 29 anos condiz com as características da população em geral, apresentadas por estudos realizados por diversos pesquisadores (OSIS; RODRIGUES, 2012), os quais apontam que existem maior incidência e visibilidade do problema na referida faixa etária.

Cabe destacarmos que essas mulheres se encontram, potencialmente, em plena capacidade produtiva, no que se refere à formação de família e ao desempenho de atividades profissionais, além de poderem apresentar significativas contribuições para o setor da educação e da economia de seu Estado (LIMA, 2009).

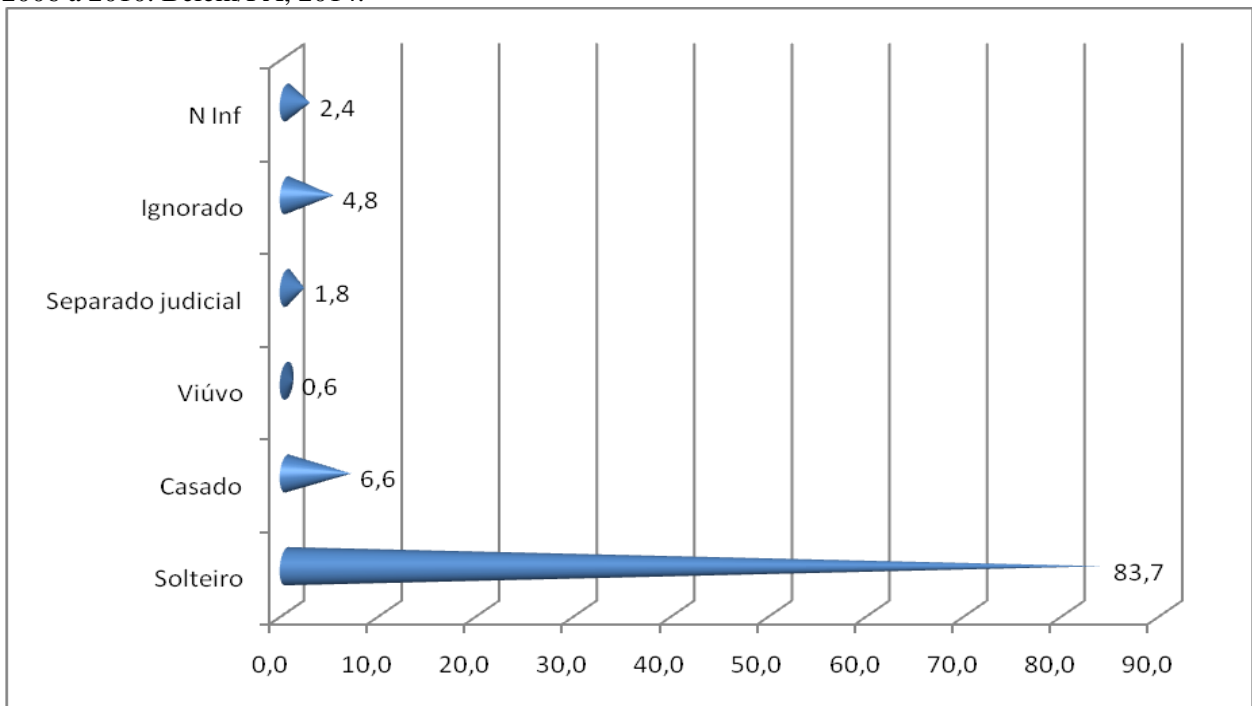
Em 1990, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) levantou dados sobre a violências doméstica, revelando que a maior incidência de agressões físicas cometidas contra

mulheres se situava nas idades de 18 a 29 anos (28,7%) e 30 a 40 anos (25,3%) (SAFFIOTI, 1997).

Em 1998, Guerra já afirmava que, em virtude dos padrões culturais brasileiros, nessas idades, o corpo feminino é belo e sedutor. O que pode provocar, no sexo masculino, quando mantém uma relação afetiva com uma mulher, nessa faixa etária, sentimentos de inseguranças e ciúme, que incitam o homem a práticas violentas.

Ao aplicar o cálculo do indicador de Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP), sendo este o mecanismo que calcula o prejuízo social da morte, Lima (2009) destaca que dentre as 15.523 mortes de mulheres paraoaras, o APVP encontrou uma perda de 5.459 de mulheres, em Belém, no o período de 2003 a 2007.

Figura 2 – Óbitos por homicídios de mulheres residentes em Belém segundo o estado civil no período de 2006 a 2010. Belém/PA, 2014.



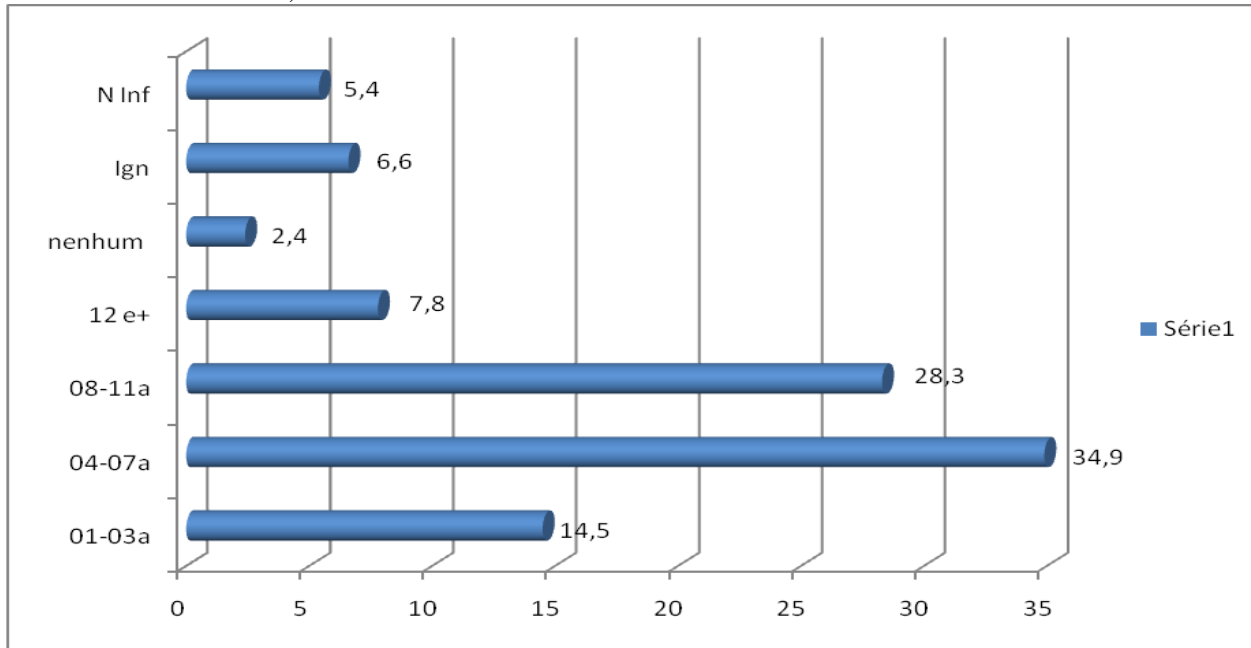
Fonte: SIM/DIAES/DEVS/SESMA

O fato de a grande parte das mulheres vítimas de homicídios serem solteiras aponta a mudança de comportamento do sexo feminino, em virtude, entre outras razões, de está assumindo profissões e ocupações antes exercidas por homens. Essa tentativa de autonomia se revela em estudos, em vários países, que mostram que um terço das mulheres tentava obter a separação,

porém foram assassinadas antes de conquistarem esse direito. Essa tentativa de divórcio ocorria, especialmente, nos três meses que antecediam o crime (MENEGHEL; HIRAKATA, 2011).

Uma revisão da base de dados realizada por Frank (2010), no período de 2004 a 2007, contraria os resultados deste estudo e mostra que a maior parte das pesquisas revela que as principais vítimas de violência doméstica são mulheres casadas ou em união estável. Algo que poderia ser facilmente esperado em se tratando de feminicídios. Contudo o fato de as mulheres solteiras serem as principais vítimas dos casos de violência se justifica em razão de, na maioria das vezes, os agressores não aceitarem o fim dos relacionamentos.

Figura 3 – Óbitos por homicídios de mulheres residentes em Belém segundo a escolaridade no período de 2006 a 2010. Belém/PA, 2014.



Fonte: SIM/DIAES/DEVS/SESMA

Na Figura 3, observamos que os dados de homicídios de mulheres são reveladores do fato de que a maioria das vítimas possuía entre 08 a 11 anos de estudos, correspondendo a 28,3%; 01 a 03 anos, a 14,5%; 12 anos a mais de estudos, a 7,8%. Entretanto, a maior frequência foi a de mulheres com escolaridade entre 04 a 07 anos, que totalizou 34,9%.

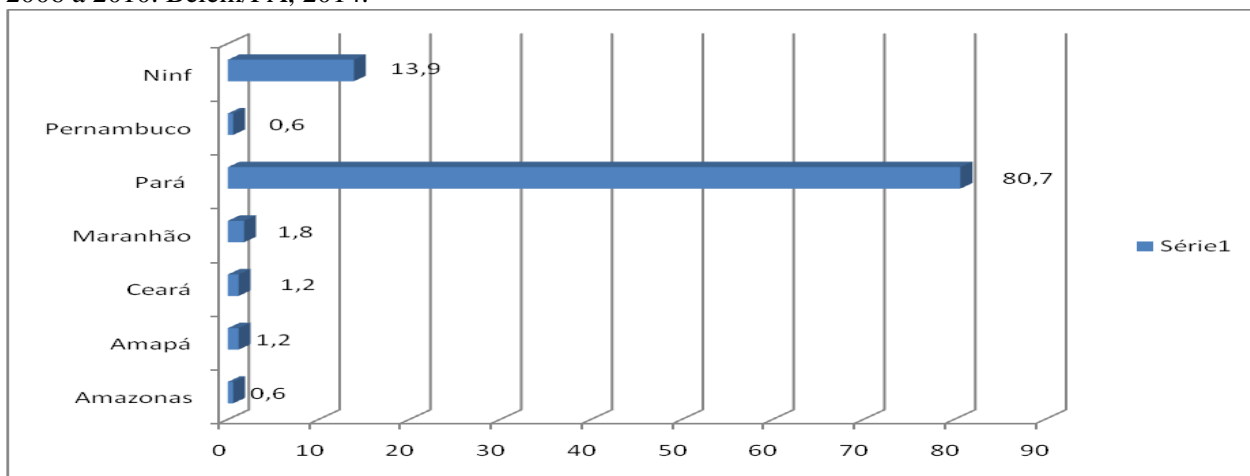
O fato de as mulheres mortas vítimas de homicídios terem entre 04 a 07 anos de estudos, com uma taxa de 34,9%, relaciona-se diretamente com as suas prematuras mortes, pois, ao falecerem ainda muito jovens, não puderam prosseguir os estudos.

Todavia este dado não é inânime, existindo mulheres com representativo grau de instrução sendo vítimas de violência doméstica, em consonância com o que declara Sant'Anna (2003). Porém Adeodato *et al.* (2005) acrescentam que a escolaridade da mulher agredida está na média de seis anos de estudo. O fato que levou estes autores concluírem que o esclarecimento da mulher leva a menor tolerância à violência, ou seja, quanto mais a mulher procura qualificação profissional, mais chance tem de encontrar trabalho remunerado, melhorando, portanto, a autoestima e independência, desprendendo-se de vínculos de risco.

De acordo com a pesquisa de Garcia *et al.* (2013), a maior parte das mulheres vítimas dos diversos tipos de homicídios ocorridos no Brasil tinham baixa escolaridade, ocasião em que 48% das mulheres com 15 ou mais anos de idade tinham até 8 anos de estudo. Entretanto, não se podem fazer comparações estatísticas, pois, apesar de ser uma variável não tão determinante para a problemática aqui apresentada, a referida pesquisa não divulgou dados numericamente que permitam uma análise detalhada.

Os óbitos por homicídios ocorreram em mulheres naturais de vários estados, apresentados na Figura 4, Pernambuco e Amazonas com 0,6%, Maranhão com 1,8%, Ceará e Amapá com 1,2% e a maior ocorrência foi em mulheres naturais do Estado do Pará com 80,7%.

Figura 4 – Óbitos por homicídios de mulheres residentes em Belém segundo a naturalidade no período de 2006 a 2010. Belém/PA, 2014.



Fonte: SIM/DIAES/DEVS/SESMA

Segundo o *Mapa da violência* (2012) (Homicídios de Mulheres no Brasil), em 1980 e 2010, passados 30 anos, no país, foram assassinadas acima de 92 mil mulheres, sendo que, só na última década, 43,7 mil. Em relação aos dados internacionais, nos períodos entre 2006 e 2010, o

Brasil ocupou a sétima posição no contexto dos 84 países, com uma taxa de 4,4 homicídios em cada 100 mil mulheres (WAISELFISF, 2012).

O Estado do Pará se encontra com uma taxa de feminicídios de 6,81 por 100 mil mulheres entre 2009-2011, e está em 10^a colocação no *ranker* das taxas de feminicídios das Unidades da Federação Brasileiras, no mesmo período. Bem acima da média nacional de 5,82 feminicídios por 100 mil mulheres (IPEA, 2013).

No Brasil, em 2006, foi realizado um estudo considerando os 200 municípios com maior número de homicídios da população total, e Belém ocupou o 15^o lugar, com 34,7% dos homicídios (WAISELFISF, 2007). Segundo Carvalho *et al.* (2012), dentre as capitais do Norte, a única que possui um número de mortes maior que 50 por 100 mil habitantes é Belém (Pará), entre todos os tipos de homicídios, seja qual for o homicida e a vítima.

Na Tabela 3, os dados revelam que os homicídios ocorreram em 25% de mulheres estudantes e em 30,7% das donas de casas, assim como em mulheres com outras ocupações/profissões, 4,2% comerciantes atacadistas, 3,6% representantes comerciais autônomas; 1,8% empregadas domésticas nos serviços gerais, manicure, servente de obras, desempregada crônica; 1,2% contadora, assistente administrativa, costureira na confecção em série, faxineira; 0,6% enfermeira, empresária de espetáculo, artista, técnico e auxiliar de enfermagem entre outras ocupações.

Essa informação sobre o nível de escolaridade é importante para a correlação com a ocupação da vítima, as quais eram, em sua maioria, Donas de Casa. A dependência financeira é tida como uma das principais causas de aumento de violência no âmbito familiar. Isso se reflete principalmente em razão de a grande parte das mulheres em situação de violência está em uma circunstância de falta de emprego, sendo obrigadas a se subordinar às vontades do homem. O que leva a crer que a mulher não deve ser totalmente dependente do homem em relações às condições financeiras para poder manter os filhos e a si mesma (JONG *et al.*, 2008).

Outro fator a ser considerado como a causa de homicídios femininos é a mudança dos papéis tradicionais na sociedade, justificado pelo fato dos resultados apresentarem um percentual significativo de mulheres estudantes e trabalhadoras em outras profissões geradoras de renda.

Tabela 3 – Óbitos por homicídios de mulheres residentes em Belém segundo a profissão/ocupação no período de 2006 a 2010. Belém/PA, 2014.

Ocupação	Óbitos	
	nº	%
Comerciante atacadista	7	4,2
Enfermeiro	1	0,6
Contadora	2	1,2
Empresária de espetáculo	1	0,6
Artista (artes visuais)	1	0,6
Técnica de enfermagem	1	0,6
Auxiliar de enfermagem	1	0,6
Representante comercial autônoma	6	3,6
Auxiliar de escritório, em geral	1	0,6
Assistente administrativa	2	1,2
Operadora de cobrança bancária	1	0,6
Atendente comercial (agência postal)	1	0,6
Operador de caixa	1	0,6
Cobrador de transportes coletivos (exceto trem)	1	0,6
Empregada doméstica nos serviços gerais	3	1,8
Empregado doméstico diarista	1	0,6
Faxineira	2	1,2
Cabeleireira	1	0,6
Manicure	3	1,8
Lavador de roupas	1	0,6
Guarda-civil municipal	1	0,6
Vendedora de comércio varejista	1	0,6
Promotora de vendas	1	0,6
Atendente de farmácia – balconista	1	0,6
Feirante	1	0,6
Servente de obras	3	1,8
Costureira de peças sob encomenda	1	0,6
Costureira na confecção em série	2	1,2
Estudante	43	25,9
Dona de Casa	51	30,7
Aposentada/Pensionista	1	0,6
Desempregada crônica ou cuja habitação habitual	3	1,8
Não informada	19	11,4
Total	166	100,0

Fonte: SIM/DIAES/DEVS/SESMA

A entrada maciça das mulheres no mercado de trabalho formal possibilita que muitas alcancem sua independência econômica, fazendo com que os homens, ao perderem seu papel de provedor e de chefe familiar, muitas vezes reajam de modo agressivo. Isso pode aumentar o

número de situações de violência entre os gêneros, inclusive os casos fatais, fazendo com que estas situações sejam potencialmente geradoras de conflitos (MENEGHEL; HIRAKATA, 2011).

Autores, como Giffin (2002), relacionam as reações violentas masculinas ao desemprego, o que resulta em desestruturação da própria identidade dos homens, refletindo violentamente em suas parceiras. O desemprego masculino torna-se um dos maiores fatores de risco para o feminicídio. Este autor cita ainda que o poder do macho, na sociedade contemporânea, foi deslocado da rua para a casa e depois para o corpo.

Os dados apresentados, na Tabela 4, revelam que os homicídios foram perpetrados, em 66,9%, por meio do disparo de arma de fogo ou das agressões por outras, não especificadas, seguida, em 23,5%, com objetos cortantes ou penetrantes.

Tabela 4 – Óbitos por homicídios residentes em Belém segundo os meios utilizados pelo agressor em Belém no período de 2006 a 2010. Belém/PA, 2014.

Códigos	Meios utilizados	Óbitos	
		nº	%
X91	Agressão enforcamento estrangulamento sufocação	6	3,6
X93	Agressão disparo de arma de fogo de mão	1	0,6
X95	Agressão disparo outra arma de fogo ou NE	111	66,9
X99	Agressão objeto cortante ou penetrante	39	23,5
Y00	Agressão p/meio de um objeto contundente	2	1,2
Y05	Agressão sexual p/meio de força física	1	0,6
Y08	Agressão p/outros meios especificados	1	0,6
Y09	Agressão p/meios NE	5	3,0
Total		166	100,0

Fonte: SIM/DIAES/DEVS/SESMA

A arma de fogo foi analisada, por vários autores, a exemplo de Lima (2009), como sendo o principal instrumento utilizado para provocar a morte por homicídios. As altas proporções do uso de arma de fogo para realizar as agressões são reconhecidamente o meio mais provável de resultar em morte do que qualquer outro.

Os dados apresentados acima revelam a evolução das mortes por homicídios, utilizando as armas de fogo e o crescimento da violência. A presença em casa e a aquisição de armas de fogo são fatores de risco para os homicídios (LIMA, 2009).

Os homicídios por arma de fogo atingem 54,2% das mulheres no Brasil, em dados sobre óbitos por causas externas, os homicídios por arma de fogo são os mais incidentes no Brasil e em 13 de suas capitais. Isso se deveria à precariedade de controle e registro de armas de fogo no país, dificultando sua contabilização. Estima-se que o número de armas ilegais seja alto e que estas sejam utilizadas principalmente no crime, repercutindo na mortalidade observada (PERES; SANTOS, 2005).

Outro instrumento muito comum de violência contra a mulher com desfecho em morte é por meio do uso de objetos cortantes ou penetrantes. O estudo de Reis *et al.* (2004), que analisaram crimes cometidos contra a mulher notificados pela Delegacia de Defesa Pública de Ribeirão Preto, São Paulo, constaram o emprego de facas (14,3%) e revólveres (10,7%) como os tipos de armas brancas e de fogo mais utilizadas pelos agressores, sendo elevada a ocorrência de morbidade por lesões com estes instrumentos.

Os dados de Cardoso (1996) ratificam essa situação ao apontar que mais de 40% das agressões registradas cometidas contra a mulher, no Brasil, envolviam golpes, bofetadas, amarração, pancadas, estrangulamento e até mesmo queimadura dos seios e da genitália, revelando que a mulher é vitimada nas mais diversas formas de tortura. Assinalam ainda que os agressores se utilizam principalmente de objetos corto-contundentes, que podem resultar em homicídios e lesões graves (DAY *et al.*, 2003).

A pesquisa realizada pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA, no Brasil, revelou que 50% dos feminicídios envolveram o uso de armas de fogo e 34%, de instrumento perfurante, cortante ou contundente. Enforcamento ou sufocação foi registrado em 6% dos óbitos. Maus tratos – incluindo agressão por meio de força corporal, força física, violência sexual, negligência, abandono e outras síndromes de maus tratos (abuso sexual, crueldade mental e tortura) – foram registrados em 3% dos óbitos (IPEA, 2013).

Tabela 5 – Óbitos por homicídios de mulheres residentes em Belém segundo o bairro de ocorrência no período de 2006 a 2010. Belém/PA, 2014.

Bairro	nº	%
0000002 CANUDOS	2	1,2
0000005 CREMAÇÃO	4	2,4
0000006 GUAMÁ	5	3,0
0000007 JURUNAS	5	3,0
0000015 SÃO BRÁS	2	1,2
0000019 CAMPINA	1	0,6
0000020 UMARIZAL	1	0,6
0000030 BENGUI	6	3,6
0000033 CABANAGEM	13	7,8
0000058 PARQUE VERDE	3	1,8
0000062 PRATINHA	3	1,8
0000067 TAPANÃ	6	3,6
0000068 TENONÉ	2	1,2
0000071 VAL-DE-CANS	2	1,2
0000008 MARAMBAIA	7	4,2
0000037 CASTANHEIRA	1	0,6
0000052 MONTESE	4	2,4
0000025 AGULHA	1	0,6
0000034 CAMPINA DE COARACI	1	0,6
0000055 PARACURI	2	1,2
0000059 PONTA GROSSA	2	1,2
0000012 PEDREIRA	5	3,0
0000014 SACRAMENTA	3	1,8
0000017 TELEGRAFO	1	0,6
0000029 BARREIRO	1	0,6
0000004 CONDOR	2	1,2
0000032 BRASILIA	1	0,6
0000035 CARANANDUBA	1	0,6
0000072 VILA	2	1,2
SEM ESPECIFICACAO	76	45,8
Não classificados	1	0,6
Total	166	100,0

Fonte: SIM/DIAES/DEVS/SESMA

Verificamos, na Tabela 5, que o bairro da região metropolitana de Belém onde houve mais ocorrências de óbitos por homicídios foi o da Cabanagem, com 7,8%; seguido do Bairro da Marambaia, com 4,2%; Guamá e Jurunas, com 3,0% respectivamente. Cabe ressaltar que 45,8 % dos registros não especificavam os bairros.

Junto às secretarias executivas de Defesa Social e de Justiça do Estado do Pará, o Conselho Estadual de Polícia Criminal e Penitenciária do Pará, realizou um levantamento no ano de 2005 e classificou os Bairros do Guamá, Marambaia, Jurunas, Campina e São Brás entre os

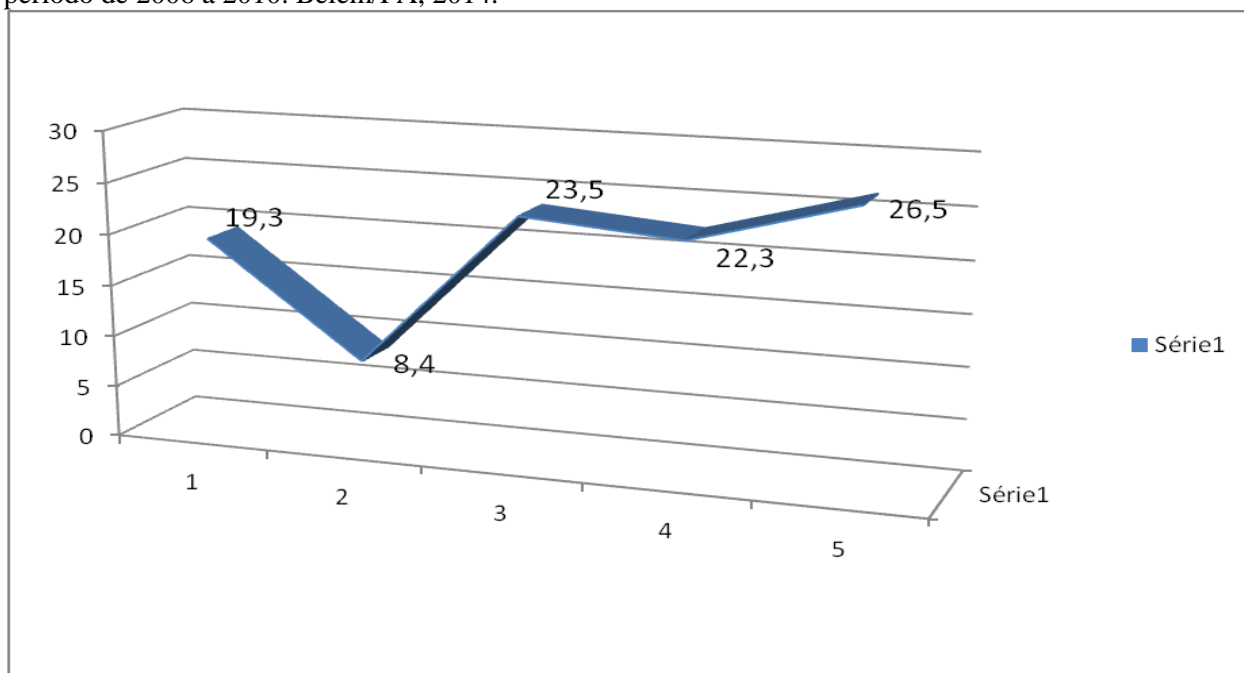
mais violentos de Belém, e os bairros Cidade Nova, Condor, Sacramento, Telégrafo e Paar, como os bairros mais violentos da grande Belém.

Segundo Carvalho *et al.* (2012), dentre as capitais do Norte, a única que possui um número de mortes maior que 50 por 100 mil habitantes é Belém (Pará), entre todos os tipos de homicídios, seja qual for o homicida e a vítima. Essa afirmação faz concordância com os homicídios específicos da mulher paraense, ocasionados pelo seu parceiro íntimo, e divulgados pela mídia impressa paraense.

A figura 5 mostra uma variação relevante na frequência dos homicídios de mulheres residentes em Belém, no período de 2006 a 2010. Ao compararmos os anos 2006 e 2010, percebemos que houve um aumento de 7,2%, e, em 2007, uma redução 8,4%, comparado aos anos de 2006, 2008, 2009 e 2010.

O que demonstra que apesar dos direitos à proteção, previsto na Lei, na prática isto ainda não foi conquistado, pois ainda se matam crianças, adolescentes, mulheres jovens e adultas e idosas são vítimas de seus algozes nas ruas e em suas casas (LIMA, 2009).

Figura 5 - Óbitos por homicídios de mulheres residentes em Belém segundo o ano de ocorrência no período de 2006 a 2010. Belém/PA, 2014.



Fonte: SIM/DIAES/DEVS/SESMA

Em análise realizada por Sampaio (2014), em notas de jornais que narravam os homicídios de mulheres por parceiro íntimo, foi percebido um aumento do número de casos, logo após a implantação da Lei 11.340/06.

Isso expõe ao descrédito a Lei Maria da Penha junto à sociedade, uma vez que embora essa medida legal chegue a modificar o Código Penal, ainda não se vê de forma efetiva ações para solucionar o problema da violência doméstica. Embora, no mesmo estudo houvesse o resultado de que, em quase metade dos casos (43,27%), fora noticiado a aplicação da Lei como medida punitiva, fornecendo o conhecimento de que ela está voltada para os casos de Violência Contra a Mulher.

Mas devemos mostrar que, nos casos de homicídios, ela só se aplica para agravar a punição do homicida, pois seu principal objetivo está em dá soluções para os casos de mulheres em situação de violência. E, como nos casos do ápice da violência, em que a mulher já foi morta por seu parceiro, o sentido de proteção não cabe, passando a existir apenas o sentido punitivo ao homem homicida de sua parceira íntima (MEDRADO; MÉLLO, 2008; RAMOS, 2012; BIANCHINI, 2013).

CONCLUSÃO

Dentre as causas de óbitos por homicídios, o estudo revelou que entre as 10 principais causas de óbitos encontram-se as causas externas de morbidade e mortalidade, ocupando a nona posição com 3,45%. Contudo não podemos dizer que essa seja uma informação animadora, pois este é apenas o resultado de casos de violências domésticas com históricos de agressões não punidas ou que sofreram descaso.

Entre os 585 óbitos ocorridos por causas externas (V01-Y84), 166 óbitos que representam 28,4% tiveram como causa os homicídios (X85-Y09), e estes ocupam a 3ª posição, dos quais, 32,5% foram cometidos contra mulheres na faixa etária de 20 a 29 anos, a maior frequência foi de mulheres com escolaridade de 04 a 07 anos, que totalizou 34,9%. Esses dados revelam que a violência doméstica leva todo ano uma parcela de cidadãs em plena idade produtiva, capazes de ser úteis a sociedade, assumindo postos de trabalho e cooperando para educação de novos cidadãos.

Quando nos voltamos para a realidade de um determinado estado e examinamos o perfil dessas mulheres vítimas de óbitos por homicídios, podemos visualizar o impacto preciso desta situação, no Pará, por exemplo, 80,7% dos casos de óbitos foram de mulheres paraenses. As donas de casas foram acometidas em 30,7% dos homicídios, 66,9% dos homicídios foram por disparo de arma de fogo ou não especificadas. O bairro da região metropolitana de Belém onde houve mais mulheres vítimas de óbitos por homicídios foi o da Cabanagem com 7,8%.

No período do estudo, os homicídios de mulheres aumentaram entre os anos de 2006 a 2010 de 7,2%. Logo, verificamos um relevante crescimento dos óbitos por homicídios de mulheres vítimas de violência, mesmo após a promulgação da Lei Maria da Penha.

Todavia, percebemos que esse dado não é resultado apenas de uma má qualidade do atendimento jurídico, muito menos da falta de iniciativas das vítimas, mas de uma deficiência de articulação entre os diversos setores da sociedade com a finalidade de solucionar este problema.

Isso ocorre porque pensamos que enquanto a dificuldade não chega às nossas casas ou não faz parte do nosso convívio, ela não nos afeta. Contudo, entendendo que somos uma

sociedade compartilhadora de serviços públicos e privados direta ou indiretamente, não há como não sermos atingidos pelos efeitos da violência, seja qual for a sua natureza.

Dentre estas consequências se destaca o número abusivo de gastos gerados ao Sistema Único de Saúde – SUS durante o tratamento e atendimento das vítimas de violência doméstica. São despesas que vão desde o auxílio medicamentoso e criação de novos leitos a formação e treinamento de profissionais para atuar em tais circunstâncias.

São constatações que endossam cada vez mais a tese de que a Lei Maria da Penha juntamente a demais setores da sociedade brasileira precisam se mobilizar com a finalidade de propor mudanças e soluções para problema que afeta não somente um estado, ou país, mas a própria definição tida de direito à vida.

REFERÊNCIAS

ADEDATO, V.G.; CARVALHO, R.R; SIQUEIRA, VN.; F.G.M. **Qualidade de vida e depressão em mulheres vítimas de seus parceiros**. Rev. Saúde Pública. v. 39, n.108-13. 2005.

BRASIL. DEC 4.377/2002, de 13 de setembro de 2002. Promulga a convenção sobre a eliminação de todas as formas de discriminação contra a mulher, de 1979, e revoga o decreto nº 89.460, de 20 de março de 1984. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 de setembro de 2002.

BRASIL. Lei nº 10.778 de 24 de novembro de 2003. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 25 nov. 2003.

BRASIL. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Lei Maria da Penha. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de todas as formas de Discriminação contra as mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a mulher altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e da outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 8 ago. 2006a.

BABU BV, KAR SK. **Domestic violence against women in eastern India: a population-based study on prevalence and related issues**. BMC Public Health, 2009.

BIANCHINI, A. **Lei Maria da Penha: Lei 11.340/2006: aspectos assistenciais, protetivos e criminais da violência de gênero**. Coleção saberes monográficos. Editora: Saraiva – São Paulo, 2013

CARVALHO, D. W.; FREIRE, M. T. ; VILAR, G. **Mídia e violência: um olhar sobre o Brasil**. Revista Panamericana Salud Publica [online]. 2012 a, vol.31, n.5, pp. 435-438. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v31n5/a12v31n5.pdf>. Acessado em 30 de outubro de 2013.

CARDOSO, N.M.B. **Mulheres em situação de violência conjugal: incidência, conceitos, fatores associados e consequências da violência**. Barbarói. p.69-80, 1996.

BRASIL. **Convenção interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher** - Convenção de Belém do Pará, 1994.

DALTOSO, Daniela. **A percepção de enfermeiras da rede básica de saúde acerca da violência contra a mulher**. 2009. Dissertação (Mestrado em Ciências). Pós Graduação em Enfermagem em Saúde Pública. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

DIÁRIO DO PARÁ. **Aumenta casos de violência contra a mulher**. Disponível em: <http://www.diarioonline.com.br/noticia-135370-.html>. Data de acesso: 20 de fevereiro de 2012.

FRANK, S., V.P. *et al.* **Violência doméstica e suas diferentes manifestações**. Rev. Psiquiatra Rio Gd Sul. v.25, suppl 1, p.9-21, 2003.

FRANK, S., COELHO, E. B. S., BOING, A. **Perfil dos estudos sobre violência contra a mulher por parceiro íntimo: 2003 a 2007**. Rev. Panam. Salud pública _ Pan AM. J. public health ;27(5):376-381, maio 2010. ilus, tab.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). **Violência contra a mulher: feminicídios no Brasil, 2013**. Disponível em: <www.ipea.gov.br/portal>. Acesso em 19 de Junho de 2013.

JONG, L.C.; SADALA, M.L.A.; TANAKA, A.C.D.A. **Desistindo da denuncia ao agressor: relato de mulheres vítimas de violência doméstica**. Rev Esc Enferm USP. v. 42, n.4, p:744-51, 2008.

GARCIA, M. V., RIBEIRO, L. A., JORGE, M. T., PEREIRA, G. R., RESENDE, A. P. **Caracterização dos casos de violência contra a mulher atendidos em três serviços na cidade de Uberlândia, Minas Gerais, Brasil**. CAD. Saúde pública _ Rep. Public health ;24(11):2551-2563, nov. 2008.

GARCIA, L. P.; FREITAS, L. R. S. de; SILVA, G. D. M. da; HOFELMANN, D. A. **Violência contra a mulher: feminicídios no Brasil**. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – Ipea. 2013. Acessado em 07 de outubro de 2013.

GIFFIN, K. **Pobreza, desigualdade e equidade em saúde: considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal**. Cad Saúde Pública. v.18, supl:103-12, 2002.

GUERRA, C.C. **Descortinando o poder e a violência nas relações de gênero: Uberlândia-MG [Dissertação de Mestrado]**. São Paulo: Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo; 1998.

LATTIERE, Angelina; NAKANO, Ana Márcia Spanó; RODRIGUES, Daniela Taysa. **Violência conta mulher: a visibilidade do problema para um grupo de profissionais de saúde**. Rev. Esc. Enferm. USP. 2007. Disponível em: www.scielo.br/reeuso. Acesso em: 13 de abril de 2014.

LEITE, Alessandra de Cássia. **Mulheres em situação de violência doméstica: O ponto de vista dos profissionais de Unidades Básicas de Saúde.** 2012. Dissertação. (Mestrado em Enfermagem). Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2012.

LIMA, Vera Lúcia de Azevedo. **Violência contra mulheres “Paroaras”:** contribuição para enfermagem. 2009. (Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis/Santa Catarina.

MEDRADO, B.; MÉLLO, R. P. Posicionamentos críticos e éticos sobre a violência contra a mulher. *Revista Psicologia & Sociedade*; 20. Edição Especial; 2008, p. 78-90

MENECHEL, S.N.; HIRAKATA, V.N. **Femícidios:** homicídios no Brasil. *Ver. Saúde Pública*. V. 4, n.3, p.564-574, 2011.

MINAYO, M.C.S. **Seis características de mortes violentas no Brasil.** *R. bras. Est. Pop.*; Rio de Janeiro v.26, n.1, p.135-140, jan-jun. 2009.

MINISTÉRIO PÚBLICO DO RIO GRANDE DO SUL. Painéis abordam panorama da violência contra a mulher no RS e no Brasil. Disponível em: <http://www.mp.rs.gov.br/noticias/id31363.htm>. Acesso em: 13 de abril de 2013.

NUNES, Patrícia Tonissi Migliato. **A violência contra a mulher e o atendimento prestado às vítimas:** a perspectiva do policial civil. 2012. (psicologia). Universidade Federal de São Carlos. São Carlos/ São Paulo.

OLIVEIRA, Ane Rodrigues de. **Violência de gênero contra mulheres profissionais de um hospital geral do município de São Paulo.** 2007. Dissertação (Mestrado em Ciências). Pós Graduação em Medicina Preventiva, São Paulo, 2007.

OLIVEIRA, Fábio Dantas de. **Feminicídio:** uma nova modalidade de homicídio qualificado. Publicado em: 04/2014. Disponível em: <http://jus.com.br/artigos/27546/feminicidio-nova-modalidade-de-homicidio-qualificado>. Acesso: 23 de abril de 2013.

OSIS, M. J.O; DUARTE, G.A; FOLANDES. A. **Violência entre usuárias de unidade de saúde:** Prevalência, Perspectiva e conduta de gestores e profissionais. *Rev. Saúde Pública* 2012, 46(2): 351-358.

RAMOS, M. D. **Reflexões sobre o processo histórico-discursivo do uso da legítima defesa da honra no Brasil e a construção das mulheres.** *Rev. Estud. Fem.* [online]. 2012, vol.20,

n.1, pp. 53-73. Disponível em : <http://www.scielo.br/pdf/ref/v20n1/a04v20n1.pdf>. Acesso: 23 de abril de 2013.

PERES, MFT; SANTOS, PC. **Mortalidade por homicídios no Brasil na década de 90: o papel das armas de fogo.** Rev. Saúde Pública, 39 (1):58-66, 2005. Disponível em: <http://www.sciello.br/pdf/rsp/v39n1/08.pdf>. Acesso em: 25 set. 2010.

REIS, R.N; MARTIN, C.C.S.; FERRIANI, M.G.C. **Mulheres vítimas de violência sexual: meios coercitivos e produtos de lesões não-genitais.** Cad. Saúde Pública. v. 20, n.465-73. 2004.

RODRIGUES, RI; CERQUEIRA, DRC; LOBAO, WJA; CARVALHO, AXY. **Os custos da violência para o sistema público de saúde no Brasil: informações disponíveis e possibilidades de estimação.** Cad. Saúde Pública, 25(1):29-36, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n1/03.pdf>. Acesso em: 20 mai. 2010.

SAFFIOTI, H.I.B. **No fio da navalha: Violência contra crianças e adolescentes no Brasil atual.** In: Quem Mandou Nascer Mulher? Estudos sobre Crianças e Adolescentes Pobres no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Record/Rosa dos Tempos. p.135-211, 1997.

SANT' ANNA, M.E. Violência doméstica. Med Soc 2003: 16:25-8.

SAMPAIO, D.L. O homem homicida de parceiras íntimas narrado pela mídia impressa regional. (Dissertação de Mestrado) Programa de Pós – Graduação em Enfermagem Universidade Federal do Pará. Belém, 2014.

SILVA, Carla da. **Uma realidade em preto e branco: as mulheres vítimas de violência doméstica.** 2011. (Serviço Social). Pontifícia Universidade de São Paulo. São Paulo/ São Paulo.

SILVA, Marlise Vinagre. **Violência contra a mulher: Quem mete a colher?** São Paulo: Cortez, 1992.

SOUSA, L. **Segundo a policia, o aumento da violência é proporcional ao crescimento urbano, mas parte da comunidade reagi e procura mudar a imagem negativa do bairro.** O Liberal. Belém, 05. DEZ. 2005. Caderno Policial.

WASELFISZ, J.J. **Mapa da violência 2012 – Atualização: Homicídio de mulheres no Brasil.** 2012. Disponível em: <mapadaviolencia.org.br/pdf2012/MapaViolencia2012_atual_mulheres.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2013.

VAIZ BONIFAZ, R. G., & NAKANO, M. S. **La violencia intrafamiliar, el uso de drogas en la pareja, desde la perspectiva de la mujer maltratada** [Special issue]. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 12, 2004. 433-438.

VIEIRA, Letícia Becker; PADOIN, Stela Maris de Mello; LANDERDAHL, Maria Celeste; PAULA, Cristiane Cardoso de. **Modelo de atenção à saúde das mulheres em situação de violência: revisão integrativa**. Disponível em: www.ufpel.edu.br/revistas. Acesso: 23 de abril de 2013.

APÊNDICE

APÊNDICE A – PROTOCOLO DE PESQUISA

Nº protocolo: _____

1- Idade: _____ **Faixa etária:** _____

2- Estado civil: 1()Solteira; 2()Casada/União consensual
3()Separada; 4()Viúva.

3- Escolaridade: 1 Analfabeto ()
2 Ensino Fundamental () Completo () Incompleto
3 Ensino Médio () Completo () Incompleto
4 Ensino Superior () Completo () Incompleto

4- Naturalidade: _____

5- Emprego: 1() Formal; 2() Informal.

6- Profissão/Ocupação: _____

7-Instrumento que ocasionou a morte: _____

8- Local onde ocorreu o crime (Bairro) _____

ANEXOS