

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO GESTÃO E ECONOMIA DA SAÚDE**

**ANA LÚCIA GUERRA ALBUQUERQUE MAGALHÃES**

**IMPACTO DA LEI MARIA DA PENHA NA VIOLÊNCIA CONTRA A  
MULHER NO RECIFE E REGIÃO METROPOLITANA: UMA ANÁLISE  
DE TENDÊNCIA TEMPORAL**

**RECIFE  
2016**

ANA LÚCIA GUERRA ALBUQUERQUE MAGALHÃES

IMPACTO DA LEI MARIA DA PENHA NA VIOLÊNCIA CONTRA A  
MULHER NO RECIFE E REGIÃO METROPOLITANA: UMA ANÁLISE  
DE TENDÊNCIA TEMPORAL.

Dissertação de Mestrado apresentada ao  
Programa de Pós-Graduação em Gestão e  
Economia da Saúde da Universidade Federal de  
Pernambuco, para a obtenção do Título de Mestre  
em Gestão e Economia da Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Arnaldo de França Caldas Jr.  
Co-orientadora: Prof.<sup>a</sup> Flávia Emília Cavalcante V. Fernandes

RECIFE  
2016

Catálogo na Fonte  
Bibliotecária Ângela de Fátima Correia Simões, CRB4-773

M188i Magalhães, Ana Lúcia Guerra Albuquerque  
Impacto da Lei Maria da Penha na violência contra a mulher no Recife e Região Metropolitana: uma análise de tendência temporal / Ana Lúcia Guerra Albuquerque Magalhães, 2016.  
44 folhas : il. 30 cm.

Orientador: Prof. Dr. Arnaldo de França Caldas Júnior e co-orientadora profª. Flávia Emília Cavalcante V. Fernandes.

Dissertação (Mestrado em Gestão e Economia da Saúde) – Universidade Federal de Pernambuco, CCSA, 2016.

Inclui referências.

1. Violência contra a mulher. 2. Homicídio. 3. Direito das mulheres. 4. Crime contra as mulheres. I. Caldas Júnior, Arnaldo de França (Orientador). II. Fernandes, Flávia Emília Cavalcante V. III. Título.

332 CDD (22.ed.)

UFPE (CSA 2016 –032)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS  
DEPARTAMENTO DE ECONOMIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO GESTÃO E ECONOMIA DA SAÚDE

PARECER DA COMISSÃO EXAMINADORA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO DO  
MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO E ECONOMIA DA SAÚDE DE:

Ana Lúcia Guerra Albuquerque Magalhães

A Comissão Examinadora composta pelos professores abaixo, sob a presidência do primeiro, considera o Candidato Ana Lúcia Guerra Albuquerque Magalhães **APROVADO**.

Recife, 04 de março de 2016.

-----  
Prof. Dr. Moacyr Jesus Barreto de Melo Rego  
Examinador Interno/UFPE

-----  
Profa. Dr<sup>a</sup>. Adriana Falangola Benjamin Bezerra  
Examinador Interno/UFPE

-----  
Prof. Dr. Reginaldo Inojosa Carneiro Campello  
Examinador Externo/UPE

Dedico esse trabalho ao meu amado pai e sogro, que me deixaram como herança exemplos de honestidade, respeito e serenidade. Eternas lembranças.

“Essa é que é a verdade”.

Ivanildo de Aquino Albuquerque

“Insistente, persistente e nunca desistente”.

Denizal Magalhães

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, por ter sido meu suporte em todos os momentos, me enchendo de força e coragem para superar as dificuldades, mostrando o caminho nas horas incertas e suprimindo todas as minhas necessidades.

À minha família, a quem aprendi a amar ainda mais, pelo carinho, paciência e incentivo, nesse período tão difícil da minha vida, porém enriquecedor para meu caráter e sentimento. A minha irmã Fabiana, pela colaboração quando se fez necessário e minha amada mãe, Conchita, pelas suas orações e cuidado.

A Tais e Guilherme, filhos da promessa. Hoje sei que ser mãe deles é muito mais que amar de forma incondicional, é também ser amada e ter ao meu lado apoio nos momentos mais críticos.

Ao meu orientador Prof. Dr<sup>o</sup> Arnaldo Caldas Jr., pela confiança ao transmitir seus conhecimentos, atitude dos verdadeiros mestres. E em algumas horas ter sido conselheiro, ajudando a seguir em frente e focar no meu objetivo: concluir o mestrado.

À minha co-orientadora e amiga Flávia Fernandes, por sua disponibilidade e carinho, por acreditar no futuro deste projeto e contribuir para sua conclusão. Sua participação foi fundamental para a realização deste trabalho.

Às pessoas que acreditaram em mim, incentivando nos meus estudos e especialmente na participação desse mestrado.

Dizer obrigada, às vezes, não é suficiente para agradecer a tão amáveis e gentis pessoas que nos momentos das nossas vidas, aqueles mais difíceis, nos estendem a mão amiga e nos oferece amparo.

*“Qualquer tolo pode fazer coisas maiores,  
mais complexas e mais violentas. É  
preciso um toque de gênio - e muita  
coragem - para avançar na direção  
oposta.”*

*Albert Einstein*

## RESUMO

A Lei nº.11.340/06, conhecida como Lei Maria da Penha, representa um marco no combate à violência contra a mulher no aspecto formal. Este artigo se propõe a analisar a tendência histórica temporal de mulheres vítimas de morte violenta, no Município do Recife e Região Metropolitana, ocorridas no período entre 2000 a 2012, e verificar se a Lei Maria da Penha demonstrou impacto na redução desses homicídios. Foi realizado um estudo de série temporal para o período de 2000 a 2012, tendo como unidade de análise os municípios de abrangência do Instituto de Medicina Legal Antônio Percivo Cunha. As informações foram digitadas em planilha de Excel, para a formação de um banco de dados e transferidos ao programa Stata 12. Para a análise dos dados, foram elaboradas tabelas com as distribuições de frequências dos óbitos por causa morte, local de residência, raça, tipo de instrumento, local topográfico do corpo, faixa etária, média de idade e Anos Potenciais de Vida Perdidos. Realizou-se análise do modelo de regressão logística multivariada. Observou-se que, dos óbitos de mulheres registrados depois da Lei, 41.84% foram de homicídios, 41,31% moravam no Recife, 87.64% eram não brancas e a média de idade ficou em 30,61 anos. Os resultados da análise de regressão logística identificaram as chances de ocorrência dos homicídios após a lei (OR = 0,75), média da idade (OR = 0,97), raça (OR =0,58) e local de residência da vítima (OR= 1,17). Conclui-se que houve uma redução dos óbitos de mulheres por homicídios depois da promulgação da Lei.

**Palavras-chave:** Violência contra a mulher. Lei Maria da Penha, Homicídio.

## ABSTRACT

The law No. 06/11,340, known as the Maria da Penha Law, represents a milestone in combating violence against women in the formal aspect. This article aims to analyze the history of women victims of violent deaths in the municipality of Recife and its metropolitan region occurred between 2000 and 2012, and also verify if the Maria da Penha Law has proved to cause real impact in reducing these homicides. An study of time series for the period of 2000 to 2012 was realized, having the municipalities in the scope of Forensic Medicine Institute Antonio Persivo Cunha as units of analysis. The information were typed in Excel spreadsheet, to the formation of a database and transferred to Stata program. For the analysis of data, tables were elaborated to show the frequency distributions of deaths divided by cause of death, place of residence, race, type of instrument, topographic location of the body age group, average and APVP. We performed a multivariable logistic regression model. RESULTS: We identified that deaths of women registered after the law presented the following rates: 41.84% were homicides, 41.31% lived in Recife, 87.64% were non-white and the average age was 30.61 years. The results of the logistic regression analysis identified the murders of after the instauration of the law (OR = 0,75), age average (OR = 0,97), race and ethnicity (OR = 0,58) and local of residence of the victim (OR = 1,17). It was concluded that there was a reduction of women homicide deaths after the promulgation of the Law.

Keywords: Violence against women, Maria da Penha Law, Homicide.

## LISTA DE TABELAS

- Tabela 1**-Distribuição de frequência e percentual da causa do óbito, por causa morte segundo localização de residência da vítima no período de 2000 a 2012, antes e após a implantação da Lei Maria da Penha. . Recife, 2016. ....27
- Tabela 2**-Distribuição de frequência e percentual segundo raça, tipo de instrumento, local topográfico do corpo em todo período, antes e depois da Lei Maria da Penha. Recife, 2016. ....28
- Tabela 3**-Distribuição da média da idade, APVP1 e APVP2, dos homicídios em todo período, antes e depois da Lei Maria da Penha. Recife, 2016. ....30
- Tabela 4**-Análise de Regressão logística binária entre os fatores Período depois da lei, idade, raça e local de residência da vítima. Recife, 2016. ....30

## LISTA DE ABREVIATURA

APVP	Anos Potenciais de Vida Perdidos
IMLAPC	Instituto de Medicina Legal Antônio Persivo Cunha
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
CID	Classificação Internacional de Doenças
SINAN	Sistema Nacional de Notificação dos Agravos Notificáveis
CNJ	Conselho Nacional de Justiça
DEAM	Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher
FNI	Ficha de Notificação/Investigação Individual
PIB	Produto Interno Produto
ONU	Organização das Nações Unidas

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	11
<b>2 OBJETIVOS</b>	13
2.1 Geral.	13
2.2 Específicos	13
<b>3 REVISÃO DE LITERATURA</b>	14
3.1 Violência	14
3.1.1 Violência e Saúde	18
3.1.2 Impacto Econômico da Violência	20
<b>4 METODOLOGIA</b>	23
4.1 Considerações Éticas	23
4.2 Descrição da Área de estudo	23
4.3 Desenho do Estudo	23
4.4 Fonte dos dados	23
4.5 Coleta de Dados	24
4.6 Cálculo dos Anos Potenciais de Vida Perdidos	25
4.7 Análise Estatística dos Dados	25
<b>5 RESULTADOS</b>	26
<b>6 DISCUSSÃO</b>	31
<b>7 CONCLUSÃO</b>	34
<b>REFERÊNCIAS</b>	35
<b>ANEXO</b>	40

## 1 INTRODUÇÃO

A violência contra mulheres representa uma grave violação dos direitos humanos, deixando sequelas físicas e emocionais em suas vítimas, levando-as, em alguns casos, a morte. Trata-se de um fenômeno complexo, com características próprias, requerendo ações interdisciplinares (SANTOS, 2011; FONSECA, 2012.). O conhecimento sobre sua dinâmica se faz necessário, pelo impacto que causa na perda da qualidade de vida tanto da vítima, como também dos seus familiares e da sociedade (ACOSTA, 2013).

A posição de vítima ou agressor decorre da interação de diversos fatores, geralmente associados a problemas sociais, como: a baixa escolaridade, as desigualdades sociais e o uso de drogas, aumentando o risco das mulheres virem a se tornar uma vítima (NETTO, 2014).

Esse tipo de violência além dos problemas para a saúde de suas vítimas, ainda causa elevado custos econômicos, representados pelos gastos com a assistência a saúde e jurídicas, até perdas de produtividade, com impacto no desenvolvimento e na economia do país. E por ser mais sistemática e repetitiva da que acomete os homens, gera uma recorrência aos serviços de saúde, causando um aumento dos gastos públicos (PITANGUY, 2013).

Com o objetivo de coibir e prevenir a violência doméstica e familiar, bem como punir os agressores, foi criada a Lei Maria da Penha (BRASIL, 2006). A Lei sancionada em 07 de agosto de 2006, entrando em vigor no dia 22 de setembro do mesmo ano, é considerada um marco legal no combate à violência contra a mulher. Ela estabelece o novo conceito de violência doméstica e familiar, como qualquer ação ou omissão baseada no gênero que cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial à mulher, passando a ser considerada uma violação aos direitos humanos. (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2013).

Segundo dados fornecidos pela Organização Mundial de Saúde, o Brasil ocupa uma indesejável 5ª posição, em relação a esse tipo de violência, evidenciando altos índices, quando comparados aos encontrados na maior parte dos países do mundo. Pernambuco ocupa a 15ª posição no ranking nacional de violência contra a mulher. Em cada 100 mil mulheres, 5,5 são assassinadas por ano no Estado,

embora se observe uma queda de 15,6%, entre 2003 e 2013. A cidade do Recife ocupa a 21ª posição no ranking das capitais e apresenta uma taxa de homicídios de 5,5 a cada 100 mil mulheres por ano. Se analisados os dados de 2006 até 2013, quando a Lei Maria da Penha foi sancionada, o Recife e Pernambuco registraram reduções, com quedas de 46,6% e 22,3%, respectivamente, divergindo da realidade do país, segundo dados do Mapa da Violência de 2015 (WAISELFISZ, 2015).

A realização de investimentos na prevenção primária desse tipo de violência trará benefícios à saúde física e mental das vítimas, evitando danos econômicos e no desenvolvimento individual e social (WHO, 2012).

Estudos realizados sobre a violência contra a mulher, contribuíram de forma significativa no desenvolvimento social e científico, diante do alto índice de prevalência e das graves consequências à saúde e ao sistema econômico ainda presentes na sociedade. Tratando-se de um problema social, deve ser combatida com a elaboração de políticas públicas (LIMA, 2013).

Ainda existe uma carência de estudos referentes à avaliação quantitativa do impacto da Lei Maria da Penha na violência contra mulher. Segundo Garcia et al (2013), analisando a evolução temporal dos homicídios de mulheres no Brasil e nas macrorregiões, concluiu que não houve impacto, ou seja, não houve diminuição das taxas anuais de mortalidade, quando comparado os períodos antes e depois da vigência da Lei utilizando uma metodologia sem considerar abordagens quantitativas, mais indicadas para lidar com avaliação causal. Recentemente o Instituto de Pesquisa e Econômica Aplicada (IPEA) realizou um estudo sobre a efetividade da Lei Maria da Penha obtendo resultados indicativos que a Lei fez diminuir em cerca de 10% a taxa de homicídio contra as mulheres dentro das residências, embora não tenha ocorrido de maneira uniforme no país, adotando uma estratégia de identificação com base no modelo de diferenças em diferenças para captar o efeito da Lei Maria da Penha sobre os homicídios (CERQUEIRA et al, 2015).

Desta forma, o objetivo desta pesquisa foi analisar a tendência histórica temporal de mulheres vítimas de morte violenta, no Município do Recife e Região Metropolitana, ocorridos no período entre 2000 a 2012, e verificar se a Lei Maria da Penha demonstrou impacto na redução desses homicídios.

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 Objetivo Geral

Analisar a tendência histórica temporal de mulheres vítimas de morte violenta, no Município do Recife e Região Metropolitana, ocorridos no período entre 2000 a 2012, e os fatores que contribuíram para aumentar o risco de virem a óbito, em decorrência da violência, antes e depois da Lei Maria da Penha.

### 2.2 Objetivos Específicos

- Determinar a frequência dos óbitos de mulheres por causas externas (homicídio, suicídio e acidentes) em residentes no Recife e Região Metropolitana-PE.
- Caracterizar os tipos de morte violenta contra a mulher, no período do estudo.
- Caracterizar as mulheres vítimas de homicídio quanto à idade, raça/cor, procedência, tipo de instrumento, local topográfico do corpo.
- Calcular os Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP) de mulheres vítimas de homicídio.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 Violência

A violência é um fenômeno observado desde o início da constituição da humanidade, porém precisa ser analisada em toda sua complexidade, para enfrentarem-se suas consequências. Há diversas formas de violência, cada uma delas com características próprias que as difere uma das outras. (AMARAL, 2013).

Embora a violência contra as mulheres possa ser observada desde os primórdios da história humana, só a partir da década de 1980 surge à consciência de que esse tipo de violência cometida não é um problema privado, passando a ser vista como uma questão que necessita ser enfrentada, com elaboração conceitual e metodológica própria e criação de políticas públicas específicas (VILLELA, 2011).

A definição de “violência contra a mulher” mais utilizada atualmente foi expressa na Conferência de Beijing, sendo citada por Sônia Rovinski (2004), como:

*“Qualquer ato de violência que tem por base o gênero e que resulta ou pode resultar em dano ou sofrimento de natureza física, sexual ou psicológica, incluindo ameaças, a coerção ou a privação arbitrária da liberdade, quer se produzam na vida pública ou privada” (Rovinski, 2004).*

A institucionalização das demandas feministas nesta área inicia com a criação das delegacias da mulher, em meados dos anos 80; seguido pelo surgimento dos Juizados Especiais Criminais, em meados dos anos 90, culminando com o advento da Lei 11.340, de 7 de agosto de 2006, a chamada Lei “Maria da Penha” (SANTOS, 2010).

As Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher (DEAM), estruturadas pelos governos estaduais a partir de 1985, tendo como pioneiro o Estado de São Paulo, constituíram-se até recentemente, na principal, senão muitas vezes a única, política pública no enfrentamento à violência contra mulheres. Essa política pública trouxe mudanças na agenda feminista, com a priorização da abordagem da criminalização, além do desenvolvimento de outras estratégias no campo da psicologia e da saúde pública. Os Juizados Especiais Criminais representaram um movimento institucional de resignificação das penas dos delitos

considerados de “menor potencial ofensivo”, o que provocou uma série de protestos feministas contra a “descriminalização” (BRESSAN, 2013).

A partir da década de 90, essa forma de violência começou a também ser definida como violência de gênero, tendo como referencial a violência entre as relações sociais desiguais de poder entre homens e mulheres, (SANTANA, 2013). A partir dessa nova nomenclatura, como definição da violência contra a mulher, pode-se falar de um contexto além dos determinismos biológico, o que é muito importante, porque muitas vezes a posição de vítima e de agressor entre os sexos ocorre como consequência de uma construção da sociedade (SANTOS, 2014).

Em relação à violência contra a mulher, ela tem representado um fenômeno mundial que atinge todas as classes sociais, razão pelas quais vários países têm buscado aplicar medidas preventivas e de controle na tentativa coibir essas ações. Como resultado dessa atuação, a violência contra a mulher começou a ser tratada como um problema a ser combatido por meio de políticas públicas. Essa situação da violência provocou um empenho dos movimentos sociais no sentido de obter uma revisão jurídica junto às instituições do sistema de justiça criminal, sendo criada a Lei n. 11.340/2006 (AMARAL, 2013).

A Lei 11.340/2006, conhecida como Lei Maria da Penha, é considerada como um marco legal no combate à violência contra a mulher no Brasil, tendo introduzido modificações dentro do ordenamento jurídico brasileiro, criou mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Ela surge para atender a complexidade e a demanda do chamado fenômeno da violência doméstica ao prever mecanismos de prevenção, assistência às vítimas, políticas públicas e punição mais rigorosa para os agressores (BRESSAN, 2013; CERQUEIRA et al, 2015).

Em 9 de março de 2015, entrou em vigor, a Lei 13.104/15, que prevê o feminicídio como circunstância qualificadora do crime de homicídio e o inclui no rol dos crimes hediondos. A Lei o tipifica como um crime praticado contra a mulher em razão do gênero, ou seja, pelo fato de serem mulheres, seja em decorrência de violência doméstica e familiar, seja por menosprezo ou discriminação à condição de mulher (CABENETTE, 2015).

Segundo o documento Mapa da Violência 2015, a arma de fogo continua sendo o principal instrumento dos homicídios, tanto femininos quanto

masculinos, só que em proporção diversa. Nos masculinos, representam quase três quartos dos incidentes, enquanto nos femininos pouco mais da metade. Já outros meios além das armas, que exigem contato direto, como utilização de objetos cortantes, penetrantes, contundentes, sufocação etc., são mais expressivos quando se trata de violência contra a mulher, indicando maior presença de crimes de ódio ou por motivos banais. Outro indicador diferencial dos homicídios de mulheres é o local onde ocorre a agressão. Quase a metade dos homicídios masculinos acontece na rua, com pouco peso do domicílio. Já nos femininos, mesmo considerando que 31,2% acontecem na rua, o domicílio da vítima é um local relevante para o óbito das vítimas (27,1%), indicando a alta domesticidade dos homicídios de mulheres. Entre 2003 e 2013, as taxas de homicídios femininos nos Estados brasileiros cresceram 8,8%, enquanto nas capitais foi observada uma queda de 5,8%, evidenciado um fenômeno já observado em mapas anteriores: a interiorização da violência, num processo de deslocamento da violência letal dos municípios de grande porte para municípios de porte médio (WAISELFISZ, 2015).

No Brasil, no período de 2001 a 2011, estima-se que ocorreram mais de 50 mil feminicídios, o que equivale a, aproximadamente, 5.000 mortes por ano. Acredita-se que grande parte destes óbitos foi decorrente de violência doméstica e familiar contra a mulher, uma vez que aproximadamente um terço deles tiveram o domicílio como local de ocorrência (GARCIA *et al*, 2013).

Entre 2003 e 2013, o número de vítimas do sexo feminino passou de 3.937 para 4.762 óbitos, um incremento de 21,0% na década. Essas 4.762 mortes em 2013 representam 13 homicídios femininos diários. Levando em consideração o crescimento da população feminina, que nesse período passou de 89,8 para 99,8 milhões (crescimento de 11,1%), vemos que a taxa nacional de homicídio, que em 2003 era de 4,4 por 100 mil mulheres, passa para 4,8 em 2013, crescimento de 8,8% na década. (WAISELFISZ, 2015).

O Mapa da Violência 2013 revela que mulheres com idade entre 15 e 24 anos foram as principais vítimas de homicídio na última década. O estudo, realizado aponta que, de 2001 a 2011, o índice de homicídios de mulheres aumentou 17,2%, com a morte de mais de 48 mil brasileiras nesse período. Só em 2011 mais de 4,5 mil mulheres foram assassinadas no país. Desse total, a taxa de mortes entre as mulheres jovens foi de 7,1 por grupo de 100 mil, enquanto na população não jovem,

com idades abaixo de 15 e acima dos 24 anos, o índice foi de 4,1. (WASELFISZ, 2013)

Estima-se que ocorreram, em média, 5.664 mortes de mulheres por causas violentas a cada ano, 472 a cada mês, 15,52 a cada dia, ou uma a cada hora e meia. As regiões Nordeste, Centro-Oeste e Norte apresentaram as taxas de feminicídios mais elevadas, respectivamente, 6,90, 6,86 e 6,42 óbitos por 100.000 mulheres. As Unidades Federativas (UF) com maiores taxas foram: Espírito Santo (11,24), Bahia (9,08), Alagoas (8,84), Roraima (8,51) e Pernambuco (7,81). Por sua vez, taxas mais baixas foram observadas nos estados do Piauí (2,71), Santa Catarina (3,28) e São Paulo (3,74). Mulheres jovens foram as principais vítimas: 31% estavam na faixa etária de 20 a 29 anos e 23% de 30 a 39 anos. Mais da metade dos óbitos (54%) foi de mulheres de 20 a 39 anos (GARCIA et al., 2013).

De acordo com estudo realizado pelo IPEA (2013), o Brasil registrou, entre 2009 e 2011, 16,9 mil feminicídios. O número indica uma taxa de 5,82 casos para cada 100 mil mulheres. Entre 2001 e 2006, a taxa de mortalidade por 100 mil mulheres foi de 5,28. Já de 2007 a 2011, o número foi de 5,22. Conforme destaca o estudo, em 2007 houve uma ligeira queda, imediatamente após a vigência da Lei (GARCIA et al., 2013).

Levantamento realizado pelo Instituto Avante Brasil aponta que, em 2012 61% dos óbitos foram de mulheres negras (61%), principais vítimas em todas as regiões, à exceção da região Sul. Merece destaque a elevada proporção de óbitos de mulheres negras nas regiões Nordeste (87%), Norte (83%) e Centro-Oeste (68%). A maior parte das vítimas tinha baixa escolaridade, 48% daquelas com 15 ou mais anos de idade tinham até oito anos de estudo. Também indica que 50% dos feminicídios envolveram o uso de armas de fogo e 34%, 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; 29% dos feminicídios ocorreram no domicílio, 31% em via pública e 25% em hospital ou outro (GARCIA et al., 2013).

O estudo das características sociodemográficas das mulheres em situação de violência justifica-se pelo aumento da visibilidade sobre a temática, no intuito de conscientizar a sociedade sobre a situação da violência de gênero,

subsidiar a formulação de políticas públicas e estimular a notificação dos casos no âmbito individual e institucional. (MOURA, 2012)

A violência contra a mulher trás como consequência a perda da Qualidade de Vida, aumento nos custos com assistência à saúde, e o absenteísmo na escola e no trabalho, além de ser considerada como uma das causas de desestruturação pessoal, familiar e social. (BRASIL, 2011)

### 3.1.1 Violência e Saúde

É necessária uma análise, no campo da saúde, do impacto que a violência causa na sociedade e nos seus serviços, seja em relação à assistência oferecida como aos custos provenientes das ações preventivas, assistenciais ou de promoção de políticas públicas. Nesse sentido torna-se importante objeto da Saúde Coletiva, devido à atuação dos profissionais da saúde no seu enfrentamento. Para isso se faz essencial uma integração de setor saúde com outros setores sociais (SALCEDO, 2011)

A violência trata-se de um problema de saúde, uma vez que causa traumas físicos, emocionais e sociais, levando os profissionais de saúde que entram em contato com a vítima, a um envolvimento, seja pela necessidade de tratamento dos seus efeitos físicos e psicológicos, ou para o desenvolvimento de ações preventivas, ficando os mesmos responsáveis pela notificação dos casos de violência assistida (MINAYO, 2006).

Além das consequências para a saúde física e mental dos indivíduos a violência representa um custo econômico para a sociedade, devido aos gastos realizados nos serviços de saúde. Na década de 90, a violência contra mulheres entra na pauta de propostas do campo da saúde. Em 1996, a Organização Mundial da Saúde (OMS) reconheceu a violência contra mulheres como um problema mundial de saúde pública. No Brasil, desde 1989, com a criação do primeiro serviço de atendimento a mulheres vítimas de violência sexual, passa-se a priorizar a normatização da assistência e projetos estaduais e municipais de ampliação das redes de atendimento (KISS, 2011).

Nessa época, com a criação do primeiro serviço de atendimento a mulheres vítimas de violência, o Brasil começa a dar prioridade a normatização da assistência e projetos estaduais e municipais de ampliação das redes de

atendimento (KISS,2011). Desde 2003, são considerados de notificação compulsória todos os casos de violência contra a mulher (BRASIL, 2003) Em 2009, o Sistema Nacional de Notificação dos Agravos Notificáveis (SINAN) incluiu na listagem de doenças e agravos de notificação compulsória a violência doméstica, sexual e/ou outras violências. Sendo assim, torna-se obrigatório o registro em Ficha de Notificação/Investigação Individual (FNI) de Violência Doméstica, Sexual e/ou Outras, todo e qualquer atendimento, suspeito ou confirmado de violência, quer seja em serviços de atenção primária ou hospitalar. Com isso o Ministério da Saúde pretendia dimensionar a magnitude do problema, caracterizar as circunstâncias da violência, o perfil da vítima e do agressor além de produzir evidências das políticas e de atuações governamentais (MARTINS, 2010).

Segundo dados registrados no SINAM (Sistema Nacional de Notificação dos Agravos Notificáveis), em 2014 o SUS atendeu 223.796 vítimas de diversos tipos de violência. Duas em cada três dessas vítimas de violência (147.691) foram mulheres que precisaram de atenção médica por violências domésticas, sexuais e/ou outras. Isto é: a cada dia de 2014, 405 mulheres demandaram atendimento em uma unidade de saúde, por alguma violência sofrida.

Mesmo sendo a violência de gênero um problema com alta incidência de ocorrência e danoso para a saúde física e mental das mulheres, os serviços de saúde e de segurança pública, ainda apresentam dificuldade em identificar e prestar a assistência necessária, o que acaba causando um subnotificação. Embora isso ainda não seja uma realidade, esses serviços precisam estar preparados para lidar com essa situação, através de profissionais aptos a reconhecer e ajudar às vítimas das agressões, com tratamentos adequados, inclusive, a assistência psicológica (VILLELA, 2011).

Isso indica a necessária de uma rede de atenção à saúde da mulher, integrada por profissionais e gestores, programas, estratégias e ações voltados a fornecer proteção e assistência adequada às necessidades das vítimas, com unidade de saúde capacitadas na produção de informações, gerando dados que possam promover a melhor compreensão desse fenômeno nas diversas regiões do país, contribuindo para a elaboração de efetivas políticas no enfrentamento da violência contra as mulheres (SANTOS, 2014).

Os indicadores de saúde foram desenvolvidos para facilitar a quantificação e a avaliação das informações produzidas com tal finalidade e

representam uma medida indireta da saúde coletiva estimando a probabilidade da ocorrência ou não de determinado evento. Mensurar o estado de saúde de uma determinada população é, portanto, uma necessidade para que sejam feitos diagnósticos, realizadas intervenções e avaliados os impactos das mesmas nesta população. Paradoxalmente, a avaliação do nível de vida de uma população é efetuada através da quantificação dos óbitos, ou seja, utilizam-se os dados de óbitos em vez de número de casos, devido à dificuldade de se obterem dados de registros de pessoas com doenças específicas (ROUQUARYOL; ALMEIDA FILHO, 2003).

### 3.1.2 Impacto Econômico da Violência

O Anuário Brasileiro de Segurança Pública, lançado em 2014, mostra que a violência custa para o Brasil o equivalente a 5,4% do Produto Interno Produto (PIB). No ano de 2013, o montante atingiu R\$ 258 bilhões. A maior parte deste valor, R\$ 114 bilhões, é resultado justamente da perda de capital humano. As pessoas vítimas da violência, em geral, morrem de forma prematura, e deixam de produzir e de consumir, o que, do ponto de vista econômico, representa perdas.

A violência contra a mulher apresenta enormes custos, desde gastos com saúde e despesas legais às perdas de produtividade, impactando os orçamentos nacionais e o desenvolvimento global.

O preço pago pela violência de gênero no Brasil, é alto demais. Em 31 anos (1980 a 2011), 96.612 mulheres foram assassinadas no país segundo o Mapa da Violência 2013. O impacto financeiro também é elevado. Segundo estimativa da Organização das Nações Unidas (ONU), 10,5% do Produto Interno Bruto (PIB) o equivalente a R\$ 508,2 bilhões, em 2013 ficaram comprometidos com custo relativos com a violência.

Um novo estudo do Instituto Europeu da Igualdade de Gênero (EIGE, 2014) vem mostrar que, além do seu custo humano, a violência de gênero também causa um elevado impacto econômico na União Europeia, estimando que os países-membros gastem mais de 109 milhões de euros por ano. Os custos monetários da violência contra as mulheres passam por cuidados médicos, serviços sociais, processos judiciais e mesmo perdas econômicas diretamente derivadas da violência que, segundo o EIGE, afetam a vítima, a sua família imediata, a sociedade e a economia. Os 109 milhões de euros por ano em custos com a violência contra as

mulheres, que representam cerca de 0,8% do PIB da União Europeia, representam uma estimativa, uma vez que não são contabilizados, por exemplo, os custos para os filhos das vítimas ou para as suas famílias. .

Além das consequências para a saúde física e mental dos indivíduos, a violência representa um custo econômico para a sociedade, representados pelos gastos com serviços de saúde (em média elas necessitam recorrer mais vezes a cuidados médicos e a consultas na área da saúde mental, e são mais frequentemente sujeitas a internamentos e cirurgias que pessoas que não são vítimas de violência), serviços sociais, policiais e legais e à perda de produtividade das vítimas (FILIPE, 2013).

Embora seja difícil ter estimativas precisas, o custo da violência para o mundo se traduz em bilhões de dólares de despesas anuais com cuidados de saúde, acrescidos de outros bilhões relativos às economias dos países, em termos de dias não trabalhados, imposição e cumprimento da lei e investimentos perdido. Além dos gastos financeiros, a violência provoca um custo humano traduzido em dor e sofrimento, que não pode ser calculado e que, na verdade, encontra-se invisível (DA SILVA, 2012).

Segundo os dados do Institute for Economics and Peace a violência custou, em 2012, cerca de 9,46 trilhões de dólares, equivalente a 11% do produto interno bruto global, duas vezes mais que o valor da produção agrícola mundial.

De acordo com estudo encomendado pelo Centro de Consenso de Copenhagen aos pesquisadores Anke Hoeffler, da Universidade de Oxford, e James Fearon, da Universidade Stanford sobre o custo da violência no mundo, o peso que a violação dos direitos humanos das mulheres traz para toda a sociedade gera um custo de U\$ 176,42 bi para as sociedades – cifras que são comparáveis aos de uma guerra civil.

Mulheres em situação de violência tendem a utilizar, com maior frequência, serviços de saúde, e como consequência do uso repetitivo e ineficaz, pelo baixo poder resolutivo da assistência, um maior custo ao Sistema de Saúde. Além disso, essas mulheres tendem a cuidar menos de si e dos outros (LEAL 2011). Pode-se observar um número elevado de procedimentos em relação a internações hospitalares, utilização dos medicamentos, consultas clínicas, inclusive na área de saúde mental e odontológica.

Embora as causas externas não configurem entre as primeiras causas de óbitos femininos, as consequências não fatais sofridas pelas mulheres são bastante graves porque representam custos significativos e uma demanda considerável para o setor saúde, com manifestações que não se restringem apenas aos traumas e as lesões que expressão agressões sofridas, mas a todo o seu perfil de saúde-doença. (OKABE, 2009)

Isso nos mostra o quanto à violência contra a mulher interfere no sistema econômico da sociedade, sendo um reflexo da questão social que deve ser combatida elaboração de políticas públicas efetivas, sendo imprescindível que a sociedade se conscientize da gravidade desse problema.

## 4 MÉTODOS

### 4.1 Considerações éticas

Foi garantida a confidencialidade das fontes de informação, sem identificação de qualquer sujeito participante no estudo, de qualquer profissional ou instituição de saúde envolvida. Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética de Pesquisa em Seres Humanos da UFPE e foi aprovado (CAAE: 0012.0.097.000-10).

### 4.2 Descrição de área de estudo

O material de estudo constituiu a totalidade dos óbitos por causas não naturais ou externas, como os suicídios, acidentes e homicídios com intencionalidade registrada (homicídio doloso) ocorridos no período compreendido entre 2000 e 2012, cujas necropsias tenham sido feitas na sede do IMLAPC. A área estudada foram os municípios que encaminharam os corpos ao IMLAPC, na cidade de Recife, localizada na região Nordeste do Brasil, com uma população estimada pelo censo do ano de 2010 em 8.796.448 habitantes (IBGE, 2011).

### 4.3 Desenho do estudo

Foi realizado um estudo de série temporal para o período de 2000 a 2012, tendo como unidade de análise os municípios de abrangência do Instituto de Medicina Legal Antônio Persivo Cunha (IMLAPC).

### 4.4 Fonte dos dados

Os atestados de óbitos constituíram a principal fonte de todas as estatísticas de mortalidade. No Instituto de Medicina Legal é realizada perícia em todos os corpos vítimas de morte violenta ou morte suspeita. Como determina o Código de Processo Penal, em seu artigo 159: “O exame de corpo de delito e outras perícias serão realizados por perito oficial, portador de diploma de curso superior” (LEI N. 11.690, 2008). Ou seja, todos os corpos que dão entrada no IML vítimas de morte violenta ou suspeita são periciados mediante solicitação (ofício) de autoridade.

Quando o corpo dá entrada no IML ganha um registro, são anotados dados antropológicos (gênero e raça) e coletadas às impressões digitais para confronto de corpos sem identificação. Depois, o mesmo é submetido à necropsia segundo técnica habitual, sendo investigados, nesse momento, a “causa da morte” e o “instrumento ou meio que produziu”. Todos esses dados são registrados num livro de entrada e saída dos corpos, para liberação mediante assinatura de parentes.

Para sua análise, considerou-se, de um lado, o fato de o evento ter ocorrido na abrangência de cobertura do IMLAPC e, de outro, o da procedência do corpo se localizar nessa área geográfica.

Algumas variáveis presentes no registro de óbito, foram consideradas na análise dos dados, como: sexo, idade, raça, local de residência, tipo de instrumento, local topográfico corporal e causa da morte. Ainda calculou-se a idade por ciclo de vida e os Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP).

Outra informação relevante para o estudo e exigida pela legislação é a causa da morte, classificadas pelo SIM (Sistema de Informação de Mortalidade) seguindo os capítulos da CID (Classificação Internacional de Doenças) da Organização Mundial da Saúde (OMS). Dentre os agravos existentes no CID-10, foi objeto desse estudo, as causas externas, classificada, no capítulo XX (Causas externas de morbimortalidade), do agrupamento X85 a Y09(Agressões), e a natureza da lesão, segundo as definições do capítulo XIX (Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas).

#### 4.5 Coleta dos dados

Os óbitos ocorridos entre 2000 a 2012 foram agrupados para a obtenção da magnitude e distribuição das mortes por causas externas no Recife e RMR (Região Metropolitana do Recife).

As informações foram digitadas em planilha de Excel, para a formação de um Banco de Dados, sendo em seguida transferido ao programa Stata 12. Para a análise dos dados, foram elaborados gráficos e tabelas com as distribuições de frequências dos óbitos por causa do óbito, local de residência, raça, tipo de instrumento, local topográfico do corpo, faixa etária, média de idade, e APVP1 (70 anos), e APVP2 (80 anos).

### **Critério de inclusão**

Foram incluídos todos os laudos necroscópicos, de mulheres vítimas de morte por causa externas, do IMLAPC, no período de 2000 a 2012.

### **Crítérios de Exclusão**

Foram excluídos os laudos com subnotificação

#### **4.6 Cálculo dos Anos Potenciais de Vida Perdidos**

O APVP indica o número de anos que teoricamente uma determinada população deixa de viver se morrer prematuramente. Existem diversas maneiras de calcular o indicador APVP, sendo que a escolha de cada método deverá ser adequada ao objetivo do estudo. As divergências entre esses métodos dizem respeito à definição das idades nas quais as perdas sociais e econômicas têm seu início e fim (GARDNER, 1990).

Utilizaram-se os dois limites de faixa etária recomendados por Romeder, McWhinnie (1978), ou seja, 70 e 80 anos de idade.

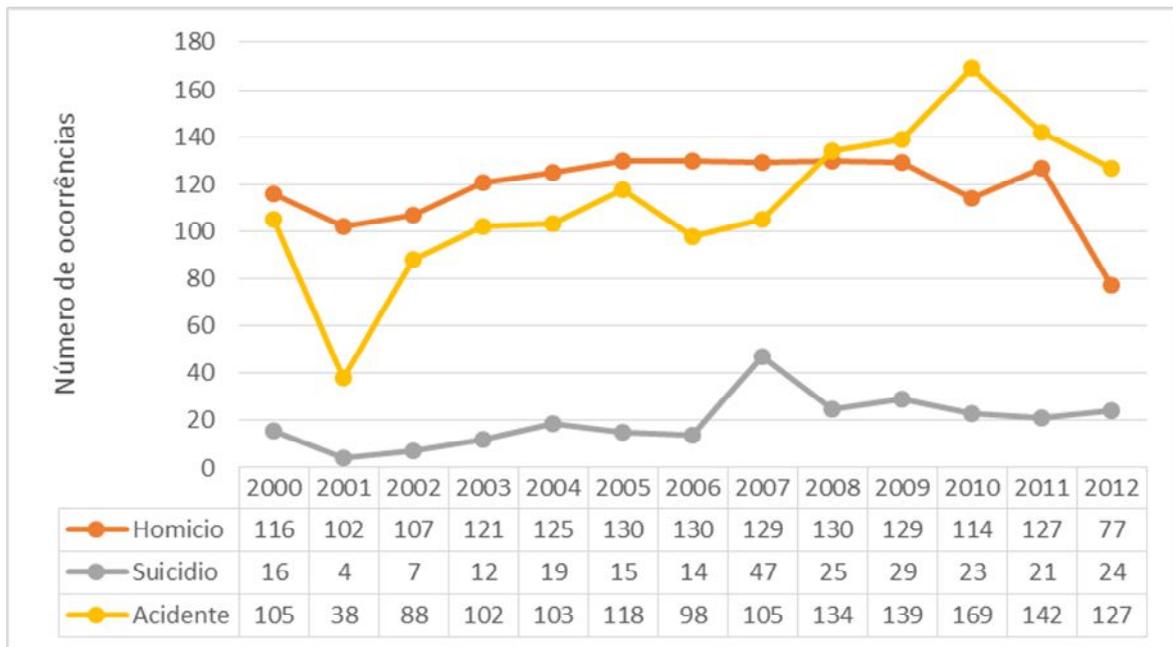
#### **4.7 Análise estatística dos dados**

A análise estatística dos resultados obtidos em um determinado estudo representa uma ferramenta importante na validação dos dados, assim como para a adequada extrapolação dos resultados obtidos em uma amostra, para a população estudada. Nesse estudo foi realizado o teste de hipóteses para se verificar a relação entre as variáveis analisadas. Para as variáveis quantitativas (idade, APVP1 e APVP2,) realizou-se o Teste *t* de Student e o Teste Qui-quadrado nas variáveis qualitativas (raça, local de residência, local topográfico da lesão). O Teste exato de Fisher foi utilizado para os resultados que apresentaram valores inferiores a 5 (tipo de instrumento, faixa etária). Após as análises uni e bivariadas, realizou-se um modelo de regressão logística binária para avaliar a chance de ocorrência de fatores de risco ou de proteção entre os dados analisados.

## 5 RESULTADOS

Analisando a evolução dos óbitos por causas externas no período de 2000 a 2012, observa-se uma pequena queda do número de homicídios em 2007, com pequenas oscilações até o ano de 2009 quando se observa variações mais significativas até o final do período. A partir de 2007, o número de ocorrência de homicídios permanece abaixo dos valores ocorridos no período anterior à implantação da lei. Os acidentes começam a superar os homicídios em 2008, mantendo essa tendência até 2012. Os suicídios apresentaram crescimento especialmente após 2006 (Figura 1).

Figura 1- Evolução dos óbitos por causas externas, no período de 2000 a 2012. Recife, 2016.



Fonte : Elaboração própria a partir das informações obtidas no IMLAP.

No período de 2000 a 2012 os homicídios de mulheres no município do Recife e Região Metropolitana responderam por 1.537 (47,13%) das necropsias registradas no IMLAPC, superando os acidentes que ficou com 1.468 (45,02%), de um total de 3.261 óbitos. O total de homicídios quando avaliado em relação ao período antes da Lei Maria da Penha, são responsáveis por 831 (52,93%) dos óbitos, ficando em 706 (41,75%) depois da lei. Os acidentes depois da Lei

representam 816 (48,26%) dos óbitos (Tabela 1). A Região Metropolitana apresenta maior frequência de homicídios em mulheres, em relação ao Recife, tanto antes como depois da Lei.

**Tabela 1.** Distribuição de frequência e percentual da causa do óbito, por causa morte segundo localização de residência da vítima no período de 2000 a 2012, antes e depois da implantação da Lei Maria da Penha. Recife, 2016.

Causa da morte		Em todo o período			Antes da Lei			Depois da Lei		
		RMR	Recife	Total	RMR	Recife	Total	RMR	Recife	Total
Homicídio	N	869	668	1,537	462	369	831	407	299	706
	% linha	56,54	43,46	100	55,6	44,4	100	57,65	42,35	100
	% coluna	46,00	48,69	47,13	52,03	54,11	52,93	40,66	43,33	41,75
Suicídio	n	126	130	256	35	52	87	91	78	169
	% linha	49,22	50,78	100	40,23	59,77	100	53,85	46,15	100
	% coluna	6,67	9,48	7,85	3,94	7,62	5,54	9,09	11,3	9,99
Acidente	n	894	574	1.468	391	261	652	503	313	816
	% linha	60,9	39,1	100	59,97	40,03	100	61,64	38,36	100
	% coluna	47,33	41,84	45,02	44,03	38,27	41,53	50,25	45,36	48,26
Total	n	1.889	1.372	3.261	888	682	1.570	1.000	690	1.691
	% linha	57,93	42,07	100	56,56	43,44	100	59,2	40,8	100
	% coluna	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Valor de p		x <sup>2</sup> = 14,5021			x <sup>2</sup> = 12,8418			x <sup>2</sup> = 4,7237		
		p = 0,001			p = 0,002			p = 0,094		

Fonte: Elaboração própria a partir das informações obtidas no IMLAPC.

Segundo dado relativo à raça das vítimas, observou-se que 90,05% da vítimas de homicídios eram de mulheres não brancas. No período antes da Lei as não brancas representavam 91,34% das vítimas e as brancas correspondiam a 8,66%. Depois da Lei, observaram-se um aumento do percentual de mulheres brancas vítimas de homicídios (p=0,067) (Tabela 2). Aplicando-se o teste para proporção visando avaliar a diferença entre a proporção de mulheres brancas antes e após a implantação a Lei, observou-se um aumento na proporção de mulheres brancas por homicídio passando de 11,91% (IC95% 10,31 – 13,51) para 17,86% (IC 95% 16,03 – 19,68) (p = 0,000).

Segundo o tipo de instrumento utilizado nos homicídios, os Perfuro-contundentes (projéteis de arma de fogo, chumbo das espingardas, etc.), foram os mais utilizados nos homicídios de mulheres, no Recife e RMR, com 70,26%, dos casos analisados em todo o período. Observou-se uma redução na utilização do tipo

de instrumento Perfuro-contundentes passando de 73,15% antes da implantação da Lei, para 66,86% após a Lei ( $p = 0,031$ ) (Tabela 2).

Com relação à parte do corpo atingida nos homicídios, identificou-se que o complexo Crânio-Facial foi a área mais afetada, ficando com 44,91% em todo o período, havendo aumento desse percentual após a Lei, de 41,56% para 48,86% ( $p = 0,000$ ) (Tabela 2).

Analisando os óbitos por homicídio segundo a faixa etária, encontrou-se um maior percentual de vítimas com idade entre 20 e 29 anos (33,96%), tanto no período antes como depois da Lei. Observou-se um aumento do percentual de homicídios nas faixas etárias a partir dos 20 até os 79anos, diminuindo o percentual nas demais faixas ( $p = 0,001$ ) (Tabela 2).

Tabela 2. Distribuição de frequência e percentual segundo raça, tipo de instrumento, local topográfico do corpo em todo período, antes e depois da Lei Maria da Penha. Recife, 2016.

Variáveis	2000 a 2012		Antes da Lei		Depois da Lei		p – valor
	n	%	n	%	n	%	
<b>Raça/cor</b>							
Não Branca	1.384	90,05	759	91,34	625	88,53	0,067*
Branca	153	9,95	72	8,66	81	11,47	
Total	1.537	100	831	100	706	100	
<b>Tipo do instrumento</b>							
Cortante	7	0,46	2	0,24	5	0,71	0,031**
Contundente	182	11,95	88	10,69	94	13,43	
Perfuro-Cortante	152	9,98	67	8,14	85	12,14	
Perfuro-contundente	1.070	70,26	602	73,15	468	66,86	
Corto-Contundente	29	1,90	15	1,82	14	2,00	
Não se aplica	73	4,79	44	5,35	29	4,14	
Associados	10	0,66	5	0,61	5	0,71	
Total	1.523	100	823	100	700	100	
<b>Local Topográfico do corpo</b>							
Complexo Crânio-Facial	684	44,91	342	41,56	342	48,86	0,000**
Tronco	407	26,72	181	21,99	226	32,29	
Membros	2	0,13	1	0,12	1	0,14	
Politraumatismo	398	26,13	283	34,39	115	16,43	
Não se aplica	32	2,10	16	1,94	16	2,29	
Total	1.523	100	823	100	700	100	

Variáveis	2000 a 2012		Antes da Lei		Depois da Lei		p – Valor
	n	%	n	%	n	%	
<b>Faixa etária</b>							
Até 4 anos	9	0,59	6	0,72	3	0,42	
5 a 9 anos	12	0,72	9	1,08	3	0,42	
10 a 14 anos	67	4,36	50	6,02	17	2,41	
15 a 19 anos	267	17,37	150	18,05	117	16,57	
20 a 29 anos	522	33,96	277	33,33	245	34,70	
30 a 39 anos	332	21,60	166	19,98	166	23,51	
40 a 49 anos	193	12,56	114	13,72	79	11,19	0,001*
50 a 59 anos	79	5,14	36	4,33	43	6,09	
60 a 69 anos	28	1,82	12	1,44	16	2,27	
70 a 79 anos	15	0,98	3	0,36	12	1,70	
Acima de 80 anos	13	0,85	8	0,96	5	0,71	
Total	1.537	100	831	100	706	100	

Fonte: Elaboração própria a partir das informações obtidas no IMLAPC.

\* Teste do Qui-quadrado de Pearson

\*\* Teste Exato de Fisher Expandido.

A média da idade das mulheres cuja causa do óbito foi homicídio, ficou em 29,93 anos (IC 95% 29,24 – 30,61), quando analisado o período de 2000 a 2016. Observou-se, também, um aumento na média da idade das mulheres vítimas de homicídio. Antes da Lei a média foi de 29,09 anos (IC 95% 28,19 – 30,00) passando para 30,91 anos (IC95% 29,88 – 31,95;  $p = 0,0000$ ) após a Lei (Tabela 3).

Em relação aos APVP, com uma expectativa de vida aos 70 anos, a média para todo o período, ficou em 40,98 anos (IC95% 40,38 – 41,59). Contudo, observou-se uma diminuição nos anos potencialmente perdidos, passando de uma média de idade de 41,61 anos (IC95% 40,80 – 42,43) antes da lei, para 40,23 anos (IC95% 39,33 – 41,13;  $p = 0,0256$ ) depois da Lei, em relação às vítimas de homicídios. Quando verificado para os APVP levando em consideração uma expectativa de vida aos 80 anos, a média para todo o período foi de 50,55 anos (IC95% 49,91 – 51,19), com uma redução de 51,46 anos (IC 95% 50,62 – 52,29) antes da Lei, para 49,49 anos (IC 95% 48,51 – 50,47;  $p = 0,0026$ ) depois da Lei (Tabela 3).

Tabela 3. Distribuição da média da idade, APVP1 e APVP2, dos homicídios em todo período, antes e depois da Lei Maria da Penha. Recife, 2016.

Homicídio	2000 a 2012			Antes da Lei			Depois da Lei			p-valor*
	Média	EP	IC 95%	Média	EP	IC 95%	Média	EP	IC 95%	
Idade	29,93	0,35	29,24 30,61	29,09	0,46	28,19 30,00	30,91	0,53	29,88 31,95	0,0000
APVP (70 anos)	40,98	0,31	40,38 41,59	41,61	0,42	40,80 42,43	40,23	0,46	39,33 41,13	0,0256
APVP (80 anos)	50,55	0,33	49,91 51,19	51,46	0,42	50,62 52,29	49,49	0,50	48,51 50,47	0,0026

Fonte: Elaboração própria a partir das informações obtidas no IMLAPC.

EP – erro padrão

\* p-valor para o teste t de Student

### Modelo Logístico

A probabilidade marginal de a mulher vir a óbito por homicídio em relação às demais causas externas foi de 46,13%. Após a implantação da Lei, a chance de a mulher vir a óbito por homicídio reduziu em aproximadamente 25,5% em relação às demais causas. O aumento da idade em um ano representou uma redução de 3,25% na chance de a mulher ser assassinada. O fato de ser branca também reduz em 42,10% a chance de homicídio feminino. Contudo, o fato de residir em Recife, em comparação com a RMR, a chance de ocorrer homicídio feminino aumenta em 16,34% para o modelo estimado (Tabela 4).

Tabela 4. Análise de Regressão logística binária entre os fatores Período depois da lei, idade, raça e local de residência da vítima. Recife, 2016.

Homicídio	Odds Ratio	Erro padrão	IC 95%	Z	p-valor
Período após a Lei	0,7450	0,0559	0,6431 0,8630	-3,9200	0,0000
Idade	0,9675	0,0019	0,9638 0,9713	-16,660	0,0000
Branca	0,5790	0,0646	0,4653 0,7205	-4,9000	0,0000
Recife	1,1634	0,0878	1,0034 1,3489	2,0100	0,0450
cons	3,4358	0,3256	2,8535 4,1369	13,0300	0,0000

Fonte: Elaboração própria a partir das informações obtidas no IMLAPC.

## 6 DISCUSSÃO

Do ponto de vista dos óbitos decorrentes de acidentes e violências, os números, elevados e crescentes, vão implicar em indicadores de saúde bastante negativos para a população. As estimativas de prevalência apontam que esse é um problema de saúde pública de proporções epidêmicas que, na maioria dos casos, tem como agressor um parceiro íntimo. Essa situação coloca a saúde da mulher em risco, limita a sua participação na sociedade, causa grande sofrimento humano e representa um custo a sociedade.

Em relação à causa do óbito de mulheres no Recife e Região metropolitana, os dados encontrados apontam uma redução de 25,0% no risco de uma mulher vir a ser vítima desse tipo de violência depois da Lei, confirmando análise de outros estudos que colocam o Estado de Pernambuco e sua capital como unidades da Federação que tiveram diminuição nas taxas de homicídios femininos (WAISELFISZ, 2015). A política desenvolvida pelo Estado, com o Plano Estadual de Enfrentamento à Violência contra Mulher, criando organismos estaduais e municipais, deve ser avaliada, apontando para a importância do empenho do governo na efetivação da Lei, uma vez que a mesma pressupõe a institucionalização de vários serviços protetivos a mulher em situação de risco, assim como de seus dependentes, quando se observa uma tendência a queda. Os acidentes começam a superar os homicídios em 2008, mantendo essa tendência até 2012, observado na Tabela 1.

Em um primeiro momento, em 2007, após a promulgação da Lei, registrou-se uma reduzida queda nas taxas dos homicídios femininos, podendo indicar uma insuficiência das Políticas Públicas (ANDRADE, 2012) A partir de 2009, observa-se uma tendência à queda, podendo representar um reflexo do compromisso público no enfrentamento da violência contra as mulheres, quando foi instituída a Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres (WAISELFISZ, 2012).

Com relação aos homicídios de mulheres com residência na RMR e no Recife, depois da lei, embora tenha ocorrido uma redução dos homicídios, Recife mantém a tendência de maior percentual de vítimas, aumentando em 16,34% a

chance das mulheres virem a ser vítimas. Taxas de mortalidade mais elevadas foram observadas em metrópoles e municípios de grande porte. (GARCIA et al, 2015).

O mesmo fato se deve a raça, com um aumento de 25,5% no risco de a mulher branca ser vítima de violência em relação à não branca, depois da Lei. Esse dado não reflete a tendência nacional. O estudo realizado no Mapa da Violência 2015, observou tendências opostas nos índices de homicídios contra mulheres, com aumento entre as não negras até 2012. O mesmo estudo observou que de 2012 para 2013, houve redução, após anos seguidos de crescimento, mas o levantamento diz que ainda é cedo para dizer se começou uma tendência de queda entre as negras (WASELFISZ, 2015).

No tipo de instrumento utilizado, quando analisado os períodos antes e depois da Lei, ocorreu uma diminuição dos homicídios por arma de fogo, com aumento da utilização dos demais instrumentos. Isso pode indicar que, embora tenha culminado em morte (homicídio), o agressor foi levado por forte emoção a utilizar qualquer instrumento próximo de seu alcance, de forma impulsiva, diminuindo os crimes de forma premeditada, mais comumente cometidos com arma de fogo (WASELFISZ, 2015).

A parte do corpo mais atingida nos homicídios, na RMR e Recife segue a tendência geral, com o complexo Crânio-Facial sendo a área mais afetada, tanto antes como depois da Lei. Porém, os politraumatismos tiveram uma redução no percentual dos casos de homicídios, depois da Lei. Esse dado leva a crer que o agressor quer marcar socialmente a vítima, pois se tratar de uma região visível, no intuito de causar sentimento de humilhação à mulher. (RABELLO, 2007; ANDRADE, 2012).

De forma geral, as mulheres agredidas no âmbito familiar são adultas jovens (Gadoni-Costa, 2011), provavelmente com vida sexual ativa já que o maior agressor é o companheiro/ex-companheiro (ANDRADE, 2012), e com o maior número de óbitos por homicídios. Na presente pesquisa observou-se que o maior número das mulheres vítimas de homicídios ficou entre 20 e 29 anos, com uma média de idade de 30,61 anos, depois da Lei.

Quanto à idade, a literatura aponta que mulheres jovens tendem a sofrer mais violência do companheiro (GADONI-COSTA, 2010; LABRONICI et al., 2010; ANDRADE, 2012). Isso mostra que, provavelmente, a agressão às mulheres no âmbito familiar está relacionada à vida sexual ativa e produtiva (RABELLO, 2007,

MOURA, 2012). E elas são as principais vítimas dos homicídios (WAISELFISZ, 2015). Constatase que as mortes que ocorrem quando os indivíduos são mais jovens passam a ser mais importantes, pois são responsáveis pelo encurtamento da expectativa de vida e da face produtiva, com consequências negativas na economia. Analisando os APVPs, foi observado uma diminuição de 41,63 anos para 40,47 anos no APVP1 e de 51,48 anos para 49,80 anos no APVP2, contribuindo para um ganho social e econômico.

Para enfrentar todas as formas de violência contra as mulheres é necessário que o Estado empenhe esforços para coibir, punir e erradicar todas as formas de violência, em busca de uma sociedade justa e igualitária entre mulheres e homens.

## 7 CONCLUSÃO

Os resultados dos óbitos de mulheres por causas externas no Recife e Região Metropolitana, mostraram uma tendência da redução de homicídios depois da Lei Maria da Penha. Isso vem demonstrar a importância da Lei no avanço dos direitos da mulher e diminuição da violência de gênero.

Quanto às características das mulheres que foram vítimas de homicídios observou-se que a maioria delas são adultas jovens, ou seja, estão em idade reprodutiva, não brancas e residiam no Recife. Os instrumentos perfuro contudentes, são os principais responsáveis pelos óbitos, sendo o complexo crânio facial a região corporal mais atingida. A diminuição dos APVP, tanto para a expectativa de vida aos 70, como aos 80, indica um ganho de vida produtiva.

Depois da Lei Maria da Penha, no Recife e RMR, houve uma redução nas chances das mulheres virem a óbito vítimas de homicídio. A chance de homicídio também diminuiu entre as brancas e com o aumento da idade. Porém, o fato de residir no Recife aumentou a chance de homicídio.

## REFERÊNCIAS

ACOSTA, D F; GOMES, V L O; BARLEM, E L D. Perfil das ocorrências policiais de violência contra a mulher. **Acta Paulista de Enfermagem.**, São Paulo , v. 26, n. 6, p. 547-553, 2013 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002013000600007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002013000600007&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 10 Jun. 2015.

ALMEIDA, M. G. B. A violência na sociedade contemporânea. Porto Alegre: **Edipucrs.** 2010. ISBN 978-85-397-0030-1. Disponível em <http://www.pucrs.br/edipucrs>In: Gregori, M. F. Cenas e queixas: mulheres e relações violentas. Novos Estudos CEBRAP, n 23, 1989, 163-175. Acesso em: 22 Jun. 15.

AMARAL, NA. AMARAL CA. AMARAL TLM. Mortalidade feminina e anos de vida perdidos por homicídio/agressão em capital brasileira após promulgação da lei Maria da Penha. **Texto Contexto Enfermagem**, 2013; 22(4): 980.

ANDRADE, S S C A et al . Perfil das vítimas de violências e acidentes atendidas em serviços de urgência e emergência selecionados em capitais brasileiras: Vigilância de Violências e Acidentes, 2009. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 21, n. 1, mar. 2012. Disponível em: <[http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-49742012000100003&lng=pt&nrm=iso](http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742012000100003&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 05 Ago. 2015. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742012000100003>

**8º Anuário Brasileiro de Segurança Pública-Fórum Brasileiro de Segurança Pública-2014.** <http://www.forumseguranca.org.br>.

BRASIL. **Lei N. 11.340, de 07 de agosto de 2006.** Dispõe sobre a violência doméstica e familiar contra a mulher [online]. 2006. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm). Acesso em: 10 Jun. 2015.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **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. [online] Brasília, DF; 2003. Disponível em: <http://planalto.gov.br/ccivil/leis/2003/L10.778.htm>. Acesso em: 12 Jul. 2015.

\_\_\_\_\_. Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Brasília, 2011.

BRESSAN, S D; BEDIN, B. Violência doméstica familiar contra a mulher: estudo da Lei Maria da Penha. **Revista do Curso de Direito da Faculdade da Serra Gaúcha**, n. 11, 2013.

CABETTE, E L S. **Feminicídio: demagogia, direito penal simbólico e politicamente correto.** *Revista Jus Navigandi*, Teresina, ano 20, n. 4275, 16 mar. 2015. Disponível em: <http://jus.com.br/artigos/37148/feminicidio>  
Acesso em: 12 Nov. 2015.

CAVALCANTI, S V S F. **A Violência Doméstica contra a mulher no Brasil – Análise da Lei “Maria da Penha”, nº 11.340/2006.** 4. ed. Salvador: **Juspodivm**, 2012, p. 21

CERQUEIRA, D.; MATOS, M.V.M.; MARTINS, A. P. A.; JUNIOR, J. P. **Avaliando a efetividade da lei Maria da Penha.** Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Brasília: Rio de Janeiro, 2015.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Violência contra a Mulher (Lei Maria da Penha).** 2013. Sobre a Lei Maria da Penha. Disponível em: <http://www.cnj.jus.br/programas-e-acoes/lei-maria-da-penha/sobre-a-lei-maria-da-penha>. Acesso em: 01 Jun. 2015

DA SILVA, A. M, CARNEIRO, R. S. **Um Estudo sobre a Violência Doméstica Contra a Mulher na Sociedade Contemporânea.** *Polêmica, Local De Publicação (Editar No Plugin De Tradução O Arquivo Da Citação Abnt)*, 11, Dez. 2012. Disponível em: <http://www.E-Publicacoes.Uerj.Br/Index.Php/Polemica/Article/View/4329/3144>. Acesso Em: 12 Set. 2015.

EIGE (Instituto Europeu da Igualdade de Género ) **Estimating the costs of gender-based violence in the European Union -2014.** Disponível em <http://eige.europa.eu/rdc/eige-publications/estimating-costs-gender-based-violence-european-union-report>. Acesso em: 13 Jul 2015

FEARON, J; HOEFFLER, A. **Benefits and Costs of the Conflict and Violence Targets for the Post-2015 Development Agenda. Conflict and violence assessment paper, Copenhagen Consensus Center**, 2014.

FILIPPE, S A **Modelos percebidos de causalidade da violência entre parceiros íntimos.** Universidade de Lisboa-Faculdade de Psicologia. Mestrado Integrado em Psicologia 2013. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10451/10440> Acesso em: 20 Ago. 2015.

FONSECA, D H; RIBEIRO, C G; LEAL, N S B. **Violência doméstica contra a mulher: realidades e representações sociais.** *Psicologia e Sociedade*, Belo Horizonte , v. 24, n. 2, p. 307-314, 2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010271822012000200008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010271822012000200008&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 10 Jun. 2015.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. **Brazilian women and gender in public and private spaces.** 2010. Disponível em: <http://www.fpabramo.org.br/sites/default/files/pesquisaintegra.pdf>. Acesso em: 25 Ago. 2015.

GADONI-COSTA, L. **Violência doméstica: Vitimização e enfrentamento.** Dissertação de Mestrado em Psicologia – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 2010.

Gadoni-Costa L.M., Zucatti, A.P.N. & Dell’Aglio, D.D. Violência contra a mulher: Levantamento dos casos atendidos no setor de psicologia de uma delegacia para a mulher. **Estudos de Psicologia**, 28(2), 219-227, 2011.

GARCIA, L. P.; FREITAS, L. R. *HOFELMANN*, D.A. Avaliação do impacto da Lei Maria da Penha sobre a mortalidade de mulheres por agressões no Brasil. **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, 22(3): 383-394, jul-set 2013.

GARCIA, L P. et. al. **Violência contra a mulher: feminicídios no Brasil.** Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA, 2013. Disponível em: Acesso em: 14 Set. 2015.

GARDNER, J W, Jill S. Sanborn. "Years of Potential Life Lost (YPLL)-What Does it Measure?." **Epidemiology** 1.4 (1990): 322-329.1990.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Sinopse do Senso Demográfico de 2010.** Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2011>. Acesso em: 20 Ago 2015.

INSTITUTE FOR ECONOMICS AND PEACE-**The Economic Cost Of Violence.** <http://economicsandpeace.org/wp-content/uploads/2015/06/The-Economic-Cost-of-Violence-Containment.pdf>.

LABRONICI, L.M., Ferraz, M.I.R., Trigueiro, T.H. & Fegadóli, D. Perfil da violência contra mulheres atendidas na Pousada de Maria. **Revista Escola de Enfermagem USP**, 44(1), 126-33, 2010.

LEAL, S. M. C.; LOPES, M. J. M.; GASPARG, M. F. M. Representações sociais da violência contra a mulher na perspectiva da enfermagem. **Interface-Comunicação, Saúde, Educ.**, 2011. 15(37), 409-424.

LIMA, J S T. **Estratégias de enfrentamento em mulheres que sofrem violência por seus parceiros.** 2013. Dissertação de Mestrado (Mestrado em Saúde e Ambiente). Universidade Tiradentes. Aracaju, Sergipe.

KISS LB, SCHRAIBER LB. Temas médico-sociais e a intervenção em saúde: a violência contra mulheres no discurso dos profissionais. **Ciência e Saúde Coletiva.** 2011; 16(3): 1943-52.

MARTINS CBG, JORGE MHPM. Abuso Sexual na Infância e Adolescência: Perfil das Vítimas e Agressores em Município do Sul do Brasil. **Texto e Contexto Enfermagem.**2010;19(2):246-55.

MINAYO MC. **Violência e saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2006.

MOURA, M A V; NETTO, L A; SOUZA, M H N. Perfil sociodemográfico de mulheres em situação de violência assistidas nas delegacias especializadas. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 435-442, Sept. 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452012000300002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000300002&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 11 Ago. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452012000300002>.

NETTO, Leônidas de Albuquerque et al. Violência contra a mulher e suas consequências. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo , v. 27, n. 5, p. 458-464, Oct. 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002014000500011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002014000500011&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 08 Jun. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201400075>.

OKABE, I; DA FONSECA, R M G S. Violência contra a mulher: contribuições e limitações do sistema de informação. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, Brasil, v. 43, n. 2, p. 453-458, jun. 2009. ISSN 1980-220X. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/40378/43322>>. Acesso em: 11 Ago. 2015. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342009000200027>

OMS, 2002 Organização Mundial da Saúde (OMS). **Classificação Internacional de Doenças: décima revisão (CID-10)**. São Paulo: EDUSP; 2008.

PITANGUY, J. **Violência contra a Mulher**: consequências socioeconômicas-cadernos adenauer xiv (2013) nº3.

RABELLO, P M, CALDAS JR, A F. "Violência contra a mulher, coesão familiar e drogas." **Rev. Saúde Pública** 41.6 (2007): 970-8.

RABELLO, P M, CALDAS JR, A F. "Lesões faciais de mulheres agredidas fisicamente. Paraíba-Brasil." **Odontologia Clínico-Científica** 5.4 (2007): 321-325.

ROMEDER, J. M., MCWHINNIE, J. R. "Potential years of life lost between ages 1 and 70: an indicator of premature mortality for health planning". **International journal of epidemiology** 6.2 (1977): 143-151.

ROVINSKI, S.L.R. Dano psíquico em mulheres vítimas de violência. Rio de Janeiro: **Lumen Juris**, 2004. 263

SALCEDO-BARRIETOS, D.M. et al. Violência doméstica e enfermagem: da percepção do fenômeno à realidade cotidiana. **Avances em Enfermeria**, Bogotá, v. 29, n. 2, Dec. 2011.

SANTOS, A C W; MORE, C L O. Impacto da violência no sistema familiar de mulheres vítimas de agressão. **Psicologia, Ciência e Profissão**., Brasília , v. 31, n.

2, p. 220-235, 2011. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141498932011000200003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141498932011000200003&lng=en&nrm=iso). Acesso em 03 Jun 2015.

SANTOS, C M. Da delegacia da mulher à Lei Maria da Penha: absorção/tradução de demandas feministas pelo Estado. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, n. 89, p. 153-170, 2010.

SANTOS, C. M.; IZUMINO, W P. (2014) Violência contra as Mulheres e Violência de Gênero: Notas sobre Estudos Feministas no Brasil. **Estudios Interdisciplinarios de América Latina y el Caribe**, v. 16, n. 1, 2014.

SPM (Secretaria de Políticas para Mulheres). Presidência da República.

TAVARES, M S. SARDENBERG, C M. B. GOMES, M Q C. Feminismo, Estado e Políticas de Enfrentamento à Violência Contra Mulheres: Monitorando A Lei Maria da Penha. **Labrys Estudos feministas** julho/ dezembro 2011–janeiro/ junho 2012. Disponível em: <http://www.labrys.net.br/labrys20/brasil/lei%20MP.htm>. Acesso em: 15 out. 2015.

WASELFISZ JJ. **Mapa da Violência 2012**. Atualização: Homicídios de Mulheres no Brasil. São Paulo, Instituto Sangari. Disponível em: [http://www.mapadaviolencia.org.br/mapa2012\\_mulheres.php](http://www.mapadaviolencia.org.br/mapa2012_mulheres.php). Acesso em 15 Jun. 2015.

WASELFISZ JJ. **Mapa da violência 2013: Homicídios e Juventude no Brasil** [Internet]. Rio de Janeiro: CEBELA/FLACSO; 2013. Disponível em: [http://www.mapadaviolencia.org.br/mapa2013\\_jovens.php](http://www.mapadaviolencia.org.br/mapa2013_jovens.php). Acesso em 20 Jun. 2015.

WASELFISZ JJ. **O Mapa da Violência 2015: Homicídio de mulheres no Brasil**. Rio de Janeiro: CEBELA/FLACSO; 2015. Disponível em: [http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2015/MapaViolencia\\_2015\\_mulheres.pdf](http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2015/MapaViolencia_2015_mulheres.pdf). Acesso em : 20 Jul. 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Preventing intimate partner and sexual violence against women: taking action and generating evidence**. Genebra: WHO, 2012. Disponível em: [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/publications/violence/9789241564007\\_eng.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/violence/9789241564007_eng.pdf). Acesso em: 14 Mar 2015.

VILLELA WV, et al. Ambiguidades e contradições no atendimento de mulheres que sofrem violência. **Saúde e Sociedade**. São Paulo. 2011; 20(1): 113-2.

