
MORTALIDADE FEMININA E ANOS DE VIDA PERDIDOS POR HOMICÍDIO/AGRESSÃO EM CAPITAL BRASILEIRA APÓS PROMULGAÇÃO DA LEI MARIA DA PENHA

Nádia de Araújo Amaral¹, Cledir de Araújo Amaral², Thatiana Lameira Maciel Amaral³

¹ Bacharel em Direito e Filosofia. Técnica em Assuntos Educacionais da Prefeitura Municipal de Rio Branco. Rio Branco, Acre, Brasil. E-mail: nadia.araujo.amaral@hotmail.com

² Mestrando em Saúde Coletiva do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Acre. Docente do Instituto Federal do Acre. Rio Branco, Acre, Brasil. E-mail: cledir.amaral@ifac.edu.br

³ Mestre em Saúde Coletiva e Parasitologia. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Acre. Rio Branco, Acre, Brasil. E-mail: thatianalameira27@gmail.com

RESUMO: A violência contra a mulher é um fenômeno que atinge todas as pessoas, em todas as partes do mundo. No Brasil, no ano de 2006, entra em vigor a Lei n. 11.340/2006, batizada como Lei Maria da Penha, com a função basilar de coibir a violência doméstica, familiar e afetiva. O objetivo deste estudo foi comparar a mortalidade feminina por agressão/homicídio, antes e após a implantação da lei, em Rio Branco, Acre. Para tanto, foi realizado um estudo ecológico com vítimas de agressão e homicídios registrados no Sistema de Informação de Mortalidade, de 2002 a 2010. As mulheres vítimas de homicídio tinham entre 21 e 25 anos de idade (28,6%), baixo nível de escolaridade (39,3%) e estavam sem ocupação (64,3%). A incidência de óbitos apresentou declínio seguido de aumento nos últimos dois anos, com reflexo nos Anos Potenciais de Vida Perdidos na faixa etária de 16 a 39 anos. A Lei Maria da Penha é uma realidade no país e tem papel relevante na sociedade, por isso, deve ser analisada em pesquisas quanto a sua efetividade e influência.

DESCRIPTORES: Violência contra a mulher. Mortalidade. Anos potenciais de vida perdidos.

FEMALE MORTALITY AND YEARS OF LIFE LOST DUE TO HOMICIDE/AGGRESSION IN A BRAZILIAN CAPITAL AFTER THE MARIA DA PENHA LAW WAS ENACTED

ABSTRACT: Violence against women is a phenomenon that affects all people in all parts of the world. In Brazil, in 2006, was enacted the law 11.340/2006, called *Maria da Penha*, with basilar function to inhibit the domestic, family and affective violence. The aim of this study was to compare female mortality due to aggression/homicide in Rio Branco, Acre, Brazil, before and after the law came into effect. For that, an ecological study was conducted with victims of aggression and homicide registered in the Mortality Information System from 2002 to 2010. The women, victims of homicide, were aged between 21 and 25 years of age (28.6%), had low level of education (39.3%); and did not have an occupation (64.3%). The incidence of deaths declined followed by an increased in the last two years with repercussions on Potential Years of Life Lost of those from 16 to 39 years old. *Maria da Penha* law is a reality in Brazil and has a relevant role in society, thus, should be analyzed in terms of its effectiveness and influence.

DESCRIPTORS: Violence against women. Mortality. Potential years of life lost.

LA MORTALIDAD FEMENINA Y LOS AÑOS POTENCIALES DE VIDA PERDIDOS POR HOMICIDIO/AGRESIÓN EN LA CAPITAL BRASILEÑA, DESPUÉS DE LA PROMULGACIÓN DE LA LEY MARIA DA PENHA

RESUMEN: La violencia contra la mujer es un fenómeno que afecta a todas las personas en todas las partes del mundo. En Brasil, en 2006, se promulgó la Ley 11.340/2006, bautizada como Ley *Maria da Penha*, con la función basilar de cohibir la violencia doméstica, familiar y afectiva. La finalidad del estudio fue comparar la mortalidad femenina por agresión/homicidio antes y después de la Ley en Rio Branco, Acre, Brasil. Fue desarrollado un estudio ecológico con víctimas de agresión y homicidios registrados en el Sistema de Información de Mortalidad, del 2002 al 2010. Las mujeres víctimas de homicidio tenían entre 21 y 25 años (28,6%), bajo nivel de escolaridad (39,3%) y sin ocupación (64,3%). La incidencia de óbitos mostró disminución seguido por aumento en los últimos dos años, con reflejos en los Años Potenciales de Vida Perdidos en el rango de edad de 16 a 39 años. La Ley *Maria da Penha* es una realidad en el país y tiene papel relevante en la sociedad por esa razón su efectividad e influencia deben ser analizadas en otras investigaciones.

DESCRIPTORES: Violencia contra la mujer. Mortalidad. Años potenciales de vida perdidos.

INTRODUÇÃO

A violência sempre se fez presente na história da humanidade, não sendo vista em sua complexidade em razão da tentativa de se ignorar, na maioria dos casos, suas consequências.¹ Ela possui características próprias e divisíveis, como a violência física, psicológica, socioeconômica, doméstica, contra a mulher e outras.²

Acerca da violência contra a mulher, razão desse estudo, é cediço dizer que se trata de um fenômeno mundial que atinge todas as classes sociais. Por isso, vários países vêm aplicando medidas de prevenção e controle na tentativa de frear 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.²

Nesse sentido, pode-se dizer que a violência contra a mulher apresenta um caráter endêmico, podendo se manifestar em todo o mundo de diferentes formas e nos mais variados espaços da sociedade, não restrita a certo meio, não escolhendo etnia, idade ou condição social.³

A América Latina possui as mais altas taxas de homicídios, sendo a probabilidade de um jovem morrer vítima de homicídio ser 30 vezes maior que um jovem na Europa e 70 vezes maior que na Grécia.⁴ No Brasil, a taxa de homicídios em 2003 foi de 20 por 100 mil habitantes, já em 2005, o índice saltou para 25,2 homicídios em 100 mil habitantes.⁵⁻⁶

No ano de 2003, a taxa de mortalidade por homicídios atingiu o pico com 28,6 óbitos por 100 mil, seguindo um período de queda entre 2003 e 2006. Analisando os diferentes Estados brasileiros, as taxas de mortalidade por homicídio, no ano de 2003, em Pernambuco, foram de 56/100 mil, Rio de Janeiro de 48/100 mil, Rio Grande do Sul, 18/100 mil e em Santa Catarina 12/100 mil habitantes.⁵

Em 2004, dentre as causas externas, os homicídios ocuparam o primeiro lugar na região Norte.⁷ O Estado do Acre, com taxa de 18,7 por 100 mil habitantes, em 2004, ocupou a 12ª colocação no *ranking* nacional.⁸ Em 2006, ocupou o 16º lugar com 22,1 por 100 mil habitantes. Ao avaliar o instrumento utilizado, no caso a arma de fogo, a capital do Acre, Rio Branco, ocupou o 25º lugar no *ranking* nacional.⁹

Entre 2003 e 2007, aproximadamente 20 mil mulheres morreram vítimas de agressão no Brasil, sendo os Estados do Espírito Santo, Pernambuco,

Mato Grosso, Rio de Janeiro, Rondônia, Alagoas, Mato Grosso do Sul, Roraima e Amapá aqueles com maiores coeficientes.⁸

Em média quase 4.000 mulheres morreram assassinadas entre 2000 e 2005 no Brasil. Esses dados sinalizam para a necessidade de um maior enfoque nas mortes femininas por causas externas, mortes evitáveis e que indicam deficiências quanto à segurança.¹⁰ Os praticantes de tal ato, em sua grande maioria, são conhecidos da vítima (maridos, companheiros e parentes próximos).¹¹ A proximidade da vítima com o agressor está registrada em inúmeros trabalhos.¹²⁻¹⁶

Devido à situação da violência contra a mulher, os movimentos sociais se engajaram para uma revisão jurídica junto às instituições do sistema de justiça criminal, sendo criada a Lei n. 11.340/2006, batizada como Lei Maria da Penha, que visa coibir de todas as formas a violência, seja de ordem física, moral, sexual, psicológica, lesão e morte, sofridas por mulheres vítimas fatais, tendo como agressor, na maioria das vezes, o companheiro ou ex-companheiro como sujeito ativo da agressão.¹⁷

Essa lei foi um marco na legislação brasileira, sua presença está marcada na ênfase à valorização e inclusão da vítima no contexto do processo penal, além de corresponder às necessidades de milhares de mulheres brasileiras vítimas de violência que, durante séculos, foram privadas de participarem dos diversos setores sociais e judiciais.¹⁸

A Lei Maria da Penha tem gerado efeitos sociais positivos e atingido eficácia na sociedade.¹⁹ A lei veio para suprir os anseios de inúmeras vítimas, no entanto, a real efetividade desta deve ser avaliada em diferentes cidades do Brasil. Em seu Artigo 8º, como uma das medidas integradas de prevenção da violência contra a mulher, há a previsão da promoção de estudos e pesquisas, estatísticas e outras informações relevantes concernentes às causas, às consequências e à frequência do problema.¹⁷

O presente estudo objetivou a comparação da taxa de mortalidade feminina por agressão/homicídio, antes e após a implantação da Lei Maria da Penha, em Rio Branco, Acre, além de descrever o perfil das vítimas, o local de ocorrência dos óbitos, o tipo/meio de agressão, bem como o total de anos potenciais de vida perdidos, em decorrência da violência.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo ecológico, descritivo e retrospectivo, de caráter quantitativo, realizado na capital Rio Branco, Acre, localizada na Amazônia Ocidental. A população da pesquisa foi composta por mulheres, vítimas de agressão/homicídios, registradas no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), nos anos de 2002 a 2010, residentes em Rio Branco, Acre.

O acesso ao SIM foi possível através do setor de vigilância epidemiológica do município de Rio Branco, órgão responsável por repassar os dados obtidos da declaração de óbito para o sistema de informação. Como critério de inclusão, optou-se por mulheres com idade de 16 a 39 anos, residentes em Rio Branco-AC e com causa básica do óbito agressão/homicídio codificado de acordo com a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, 10ª revisão (CID10, códigos X85 a Y09), e ocorrido no período de 2002 a 2010.²⁰

A população para o cálculo da taxa de mortalidade por ano de ocorrência foi a média simples da população dos anos no meio do período, segundo Censo Demográfico de 2000 e 2010, sendo o número de óbitos obtido pela causa básica e analisado no pacote estatístico SPSS, versão 10.0 para o *Windows*.

Foram selecionados os óbitos por agressão/homicídios, classificando-os por sexo, cor da pele e faixas etárias, utilizando os mesmos critérios e o mesmo recorte espacial para os anos de 2002 a 2010. Também foram obtidas informações sobre local de ocorrência e tipo/meio de agressão/homicídios das vítimas.

Para estimar os Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVPs), consideraram-se as faixas etárias, para as quais os anos remanescentes de vida foram calculados, subtraindo-se os anos de vida que seriam vividos, caso a mulher não tivesse falecido, baseando-se na expectativa de vida. Em seguida, multiplicaram-se esses valores pelo número de óbitos, em cada faixa de idade, que foram então somados. Os APVPs foram calculados na forma bruta, ou seja, de acordo com os dados existentes nas bases de dados.

Adotaram-se, no presente estudo, os critérios sugeridos pelo Ministério da Saúde que estabelecem uma idade-limite para o cálculo dos APVPs em 70 anos e utilizou-se para base de cálculo o coeficiente dos APVPs. Assim, o presente trabalho

obedeceu às recomendações éticas estabelecidas para estudos desta natureza.

RESULTADOS

Entre os anos de 2002 a 2010 foram registrados, no município de Rio Branco-AC, 56 homicídios, tendo como vítimas mulheres na faixa etária de 16 a 39 anos. Os dados se restringiram às causas externas relacionadas aos homicídios/agressão de vítimas residentes na capital.

Houve predomínio das vítimas na faixa etária de 21 a 25 anos, sendo que, na segunda década de vida, o percentual foi de 53,6%, com cor da pele não branca, baixa escolaridade, situação conjugal sem companheiro e, quanto à ocupação, não a possuíam 53,6% das mulheres vitimadas. Das vítimas, 91,1% (51 óbitos) residiam na zona urbana da capital, conforme tabela 1.

A presença de gravidez foi informada em dois óbitos (3,6%) do total, sendo que, em 21 (37,5%), não houve menção à gestação, no entanto, a maioria, 33 declarações (58,9%), estava sem informação. Dentre os homicídios, houve um caso de perfuração criminosa do útero, fato que demonstra a vulnerabilidade de ambas as vítimas (mãe e filho).

O principal local de ocorrência dos homicídios foi a residência da vítima, seguido do hospital. A citação do hospital pode distorcer as informações, por não representar o verdadeiro local de ocorrência que resultou na morte da vítima, assim, o número de óbitos em domicílio, na via pública e em outros locais, é maior do que o registrado. No entanto, também pode ser considerada como uma informação relevante sobre a gravidade das lesões, pois mesmo recebendo assistência especializada a vítima evoluiu para o óbito em decorrência dos ferimentos. Vale ressaltar que nas causas básicas, a escolha por local não especificado representou 80,4% (45 das declarações).

A necropsia não ocorreu em três vítimas (5,4%), sendo que em igual valor não havia informação a respeito. As mortes violentas ou aquelas com suspeita de atuação de agente externo devem ser avaliadas por um médico-legista. A ausência dessa investigação suscita questionamentos, que aqui foram solucionados em apenas dois casos ocorridos na zona rural, onde não houve assistência médica, sendo a confirmação do óbito realizada através de investigação por profissional do sistema de vigilância epidemiológica junto

aos familiares e vizinhos da vítima. A presença de relatos, na declaração de óbito, contribui para o esclarecimento de dúvidas no preenchimento de itens anteriores, essa opção foi descrita em 26 declarações (46,4%).

Tabela 1 - Distribuição dos óbitos femininos por agressão/homicídio segundo faixa etária, raça/cor, anos de escolaridade, situação conjugal, ocupação e local de residência em Rio Branco, Acre, no período de 2002 a 2010

Variável	n	%
Faixa etária (anos)		
16 a 20	09	16,1
21 a 25	16	28,6
26 a 30	14	25,0
31 a 35	12	21,4
35 e mais	05	8,9
Cor da pele*		
Branca	16	28,6
Não branca	33	58,9
Anos de estudo*		
Até 7 anos	22	39,3
8 anos e mais	11	19,6
Situação conjugal*		
Sem companheiro	36	64,3
Com companheiro	14	25
Ocupação*		
Sem ocupação	30	53,6
Com ocupação	08	14,3
Local de residência (n=56)		
Zona urbana	51	91,1
Zona rural	05	8,9
Total	56	100,0

* Os valores são menores devido à ausência da informação no SIM.

As principais causas básicas de morte, segundo CID-10, foram as agressões por meio de objeto contundente, perfurante ou cortante, característica das cidades interioranas ou pouco desenvolvidas, seguidas pelo uso da arma de fogo e da força corporal, conforme tabela 2, a agressão por meio de objeto cortante ou penetrante, local não especificado, código X99.9, foi declarada em 53,6% (30) dos homicídios, e a agressão por meio de disparo de outra arma de fogo ou de arma não especificada, local não especificado, código X95.9, por 19,6% (11 óbitos).

Tabela 2 - Distribuição dos óbitos femininos por agressão/homicídio segundo o local de ocorrência e tipo/meio de agressão em Rio Branco, Acre, no período de 2002 a 2010

Variável	n	%
Local de ocorrência		
Domicílio	25	44,6
Hospital	22	39,3
Via pública	06	10,7
Outros	3	5,4
Tipo/meio de agressão		
Arma de fogo	13	23,2
Objeto contundente/cortante/perfurante	42	75,0
Força corporal	1	1,8
Total	56	100,0

Na análise da figura 1 verifica-se que apenas no ano de 2004 houve inversão no tipo/meio de agressão, com maior ocorrência do uso de arma de fogo, em detrimento dos objetos contundente, cortante ou perfurante. Nos demais anos de estudo foi mantido o segundo tipo, com maior taxa. No ano de 2008 houve uma redução na taxa de mortalidade em ambos os meios de agressão/homicídio, seguida por aumento, em 2010, para o uso de arma de fogo.

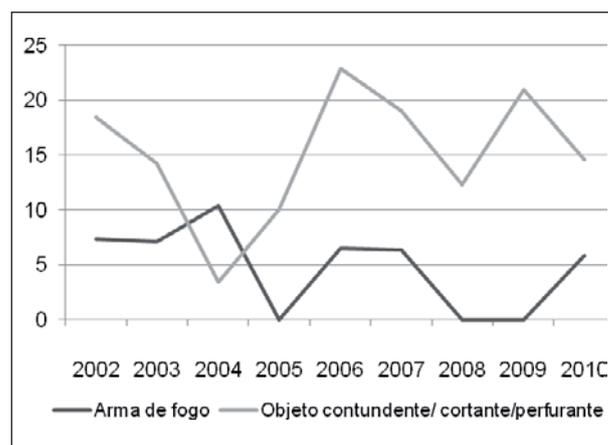


Figura 1 - Taxa de mortalidade anual (por 100 hab.) segundo tipo meio de agressão/homicídio em Rio Branco, Acre, no período de 2002 a 2010

A tabela 3 exhibe os coeficientes observados de mortalidade por homicídios, ao longo da série histórica, no município de Rio Branco. No período estudado, observou-se maior magnitude dos

coeficientes no ano de 2006, ano de promulgação da Lei Maria da Penha, no Brasil. No ano anterior (2005) houve a menor taxa de mortalidade entre os anos de estudos.

Tabela 3 - Número de óbitos femininos por agressão/homicídio por ano, Taxa de Mortalidade por 100.000 habitantes e Anos Potenciais de Vida Perdidos em Rio Branco, Acre, no período de 2002 a 2010

Ano	n	%	TM	APVPs*	%
2002	07	12,5	25,8	1062	13,6
2003	06	10,7	21,4	882	11,3
2004	04	7,1	13,8	499	6,4
2005	03	5,4	10,1	481	6,2
2006	10	17,9	32,6	1542	19,8
2007	08	14,3	25,4	979	12,6
2008	04	7,1	12,3	405	5,2
2009	07	12,5	21,0	922	11,8
2010	07	12,5	20,4	1011	13,0
Total	56	100,0		7.783	100,0

*Anos potenciais de vida perdidos.

O impacto na produtividade, estimado com o número de anos potenciais de vida perdidos, foi maior entre os indivíduos na faixa etária de 21 a 25 anos (753; 29,5%), nos demais intervalos de idades, ocorre uma diminuição na quantidade de anos perdidos. Os homicídios de mulheres na terceira década de vida resultaram em 1.427 APVPs (55,9%). Nas outras faixas, os resultados foram: de 16 a 20 anos, 520 APVPs (20,4%); de 26 a 30 anos, 674 APVPs (26,4%); de 31 a 35 anos, 440 APVPs (17,3%); e de 35 a 39 anos, 162 APVPs (6,4%).

O perfil de APVPs difere quando são considerados os anos de 2002 a 2010, sendo possível perceber uma tendência decrescente até o ano de 2005. No ano de 2006 houve um pico nos valores de anos potenciais de vida perdidos, seguido por dois anos de queda, sendo que, a partir de 2009, vem aumentando a perda nos anos de vida de mulheres, na faixa etária de 16 a 39 anos, devido à ocorrência de homicídios. Nos nove anos de estudo, o total de APVPs foi elevado, fato que resulta em perda na produtividade para a coletividade, conforme tabela 3.

Em Rio Branco, nos anos anteriores à Lei Maria da Penha, havia uma sequência de taxas decrescentes, fato que, após a mesma, manteve-se até o ano de 2009, no qual houve um aumento seguido de estabilização no ano seguinte. No entanto, existe uma inclinação de declínio que vem se mantendo ao longo da série histórica, com exceção de 2006 e dos dois últimos anos pesquisados.

DISCUSSÃO

As mortes por causas externas refletem a violência em diferentes regiões.²¹ As informações sobre mortalidade são obtidas do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM/MS), através da alimentação do banco com os dados contidos nos atestados de óbitos que são preenchidos por médicos ou médicos-legistas (mortes não naturais).²² Assim, todos os atestados de óbito do estudo deveriam ter sido preenchidos por médico-legista. Apesar das falhas nas informações da Declaração de Óbito (DO), seus dados constituem-se em uma importante fonte para análise das mortes por causas externas.²³⁻²⁴

No campo da saúde, as magnitudes da violência são analisadas pelos dados de mortalidade, classificados de acordo com o Capítulo XX da Classificação Internacional de Doenças – Décima Revisão (CID 10), códigos de X85 a Y09, que incluem os homicídios, suicídios e acidentes.^{20,25} Os dados apresentados restringem-se aos óbitos por homicídios, não representando a dimensão dos eventos dessa classificação.

A utilização dos homicídios em pesquisas para avaliação de diferentes variáveis contribui para o entendimento dos fatores associados à violência.⁵ Os homicídios ocupam a primeira colocação no *ranking* nacional²⁶ e são definidos pela OMS como “lesões infligidas por outra pessoa com intenção de agredir e matar por qualquer meio”.^{27:5-6}

O relatório da OMS, em 2005, estimou que 14% das mortes no sexo masculino e 7% no sexo feminino são atribuídas à violência.²⁸ Pesquisas sobre taxa de mortalidade, entre homens e mulheres, demonstram a diferença significativa para mais no sexo masculino.²⁹ Os altos índices entre homens têm comprometido as análises dos fatores específicos para o sexo oposto por subestimar os dados.⁸

No Brasil, entre as causas de morte de mulheres em idade fértil, destacam-se as causas externas, sendo na faixa etária de 15 a 35 anos a primeira causa de morte.¹⁰ Dentre as causas externas, os homicídios são responsáveis por até 50% dos óbitos de mulheres em idade reprodutiva.³⁰ Conhecer a realidade das diferentes cidades do país quanto à mortalidade feminina por homicídio contribui para a formulação de métodos de prevenção da violência contra a mulher.

Vale lembrar que, até a década de 1970, as discussões aqui apresentadas nada representavam diante de uma sociedade machista, resumida no verbete: “em briga de marido e mulher ninguém mete a colher”. A opressão feminina, ainda presente, estava em todos os lugares inclusive na lei. As lutas feministas vêm galgando inúmeras conquistas, ao longo dos últimos anos.

Uma delas foi a Lei n. 11.340/06, que trata com mais rigor das infrações violentas contra a mulher no espaço doméstico e familiar, conhecida como Lei Maria da Penha. No entanto, a procura pelas instituições responsáveis pela segurança não é realizada por todas, isto devido ao medo dos julgamentos sociais resultantes de uma memória histórica de bases patriarcais e machistas.³¹ A não procura pode resultar em perpetuação dos atos violentos que, em alguns casos, culminam na morte de mulheres, vítimas indefesas da força e da ignorância.

Neste estudo, a faixa etária de maior ocorrência foi entre 21 e 30 anos, coincidindo com o encontrado nas cidades de São Paulo e Recife.^{29,32} A maior proporção dos casos ocorreu entre mulheres não brancas, sendo que em, São Paulo, 56% dos óbitos por causas externas decorrentes de agressões ocorreram em mulheres negras,³³ não sendo isso consenso em todo o país.³¹

A violência contra a mulher não resultante em morte concentra-se na faixa etária de 20 a 39 anos e com baixa escolaridade.³⁴ Além disso, a ausência de ocupação expõe uma característica das mulheres agredidas, a de dependência econômica que, associada ao histórico de repressão e descaso, constitui a base para a perpetuação da violência. As mulheres excluídas dos direitos básicos de cidadania dificil-

mente se livram do ambiente opressor e violento, tornando-se subjugadas pela realidade imposta.

A ausência de companheiro não é uma realidade nos estudos sobre homicídios femininos, pois estes são os assassinos em 50% dos casos.¹⁴ No entanto, as pesquisas com vítimas não fatais retratam que a maioria possui uma relação estável, vale mencionar que uma grande parcela das pessoas, ao serem indagadas sobre o *status* marital, relata serem solteiras por não considerarem a união consensual como uma situação juridicamente válida.³⁵

Os homicídios no Brasil tiveram crescimento acentuado, sobretudo no espaço urbano, em especial devido ao acelerado e desordenado processo de urbanização, tendo grande representação nos bairros com baixa qualidade de infraestrutura.³⁶

Estar grávida resulta em valores maiores de homicídios, podendo ser considerado um fator de risco.³⁷ Pensar nessa possibilidade e na crueldade de interromper a vida de pessoas indefesas remete à necessidade de intervenções diferenciadas, quando o assunto é violência, por isso, a Lei Maria da Penha, apesar das críticas, vem tratar de forma desigual os desiguais.³⁸

Em pesquisas sobre mortalidade feminina por causas externas, o local de ocorrência mais comum é o hospital seguido do domicílio da vítima, sendo de igual modo ao especificar mortalidade feminina por homicídio.³⁹ No entanto, esta informação sobre óbitos por agressão nada representa, uma vez que o fato não ocorreu no hospital, mas em domicílio, via pública e outros, conforme mencionado em pesquisa de comparação das informações de DO e Boletins de Ocorrência.⁴⁰ Os dados que mencionam o hospital como local de ocorrência falseiam os registros, impedindo a correta análise dos achados. Fato corroborado pela utilização dos códigos do CID com menção a local não especificado, resultando em prejuízo ao estudo das mortes por acidentes e violência.⁴¹

As agressões são comuns nos domicílios. No lar, que deveria representar a segurança, têm-se o medo e a opressão.⁴² No entanto, as estatísticas são bem maiores, pois uma parcela das vítimas não procura ajuda, e muitas não reconhecem a violência.⁴³ Parece que o lar não está tão ‘doce’ assim, as transformações nos relacionamentos interpessoais não mudaram a hierarquização e dominação entre homens e mulheres.⁴⁴ O caso de Maria da Penha exemplifica essa realidade, onde aos 38 anos, sofreu a segunda tentativa de homicídio que a deixou paraplégica e, depois de 19 anos, nada havia sido feito para punir o agressor, seu próprio marido.⁴⁵

Essa realidade, imposta pela desigualdade de gênero, é comum na violência contra a mulher.^{13,33} Ao pensar na figura familiar, o homem da casa é a representação da força, e a mulher, a docilidade e acolhimento, esta diferença culmina na associação dos homicídios em domicílio terem a figura masculina como o agressor. Ser homem parece estar associado à valorização de características como virilidade e poder nos indivíduos com comportamentos agressivos e dominadores.⁶ A ocorrência de um terço dos óbitos no domicílio reforça a ideia de que se trata de mortes provocadas por parceiro íntimo, familiar ou conhecido das vítimas.⁸

Na região Norte, os homicídios, de 1999 a 2001, representaram a principal causa de morte em mulheres de 20 a 24 anos.⁴⁶ Em Rio Branco, o ano de 2006 obteve o mais alto coeficiente de mortalidade com 32,6 por 100 mil habitantes.

O ano da promulgação da Lei Maria da Penha não impediu a ocorrência de homicídios na capital, no entanto, observa-se uma tendência de declínio na taxa nos anos posteriores. A Lei Maria da Penha veio criar mecanismos para coibir os tipos de violência com intuito de prevenir futuras agressões.⁴⁷

Nesta pesquisa, quanto ao tipo/meio de agressão resultante em óbito, o alto percentual de objeto contundente, perfurante e cortante difere da realidade vivida por outras cidades que apontam a arma de fogo como o principal mecanismo para o homicídio.^{5,10,46} A não utilização de arma de fogo como meio para a agressão coloca Rio Branco longe das cidades urbanizadas, apesar de apresentar elevada taxa de mortalidade.

Os APVPs estima os anos que a pessoa deveria ter vivido, sendo utilizados para medir a ocorrência de óbitos e definir ações em saúde.³⁰ Na cidade de Duque de Caxias, há 27.205 anos de APVPs em decorrência da violência, com taxa de aproximadamente 42 anos de vida potencialmente perdidos em cada 1.000 habitantes.⁴⁸

Os homicídios, na cidade de Belo Horizonte, tiveram o percentual de 61,5% dentre as causas externas de óbito.⁴⁹ As faixas de idade de 21 a 25 e de 26 a 30 apresentaram os mais altos valores de APVPs devido a homicídio em mulheres, em Rio Branco. Em Recife, os maiores resultados foram na faixa etária de 10 a 29 anos, e os coeficientes de APVPs por homicídio foram de 8,82.³⁰

O somatório dos APVPs dos anos de 2002 a 2010 demonstra a gravidade da situação em Rio Branco, pois seus valores permitem visualizar o impacto social das mortes evitáveis na população feminina, na faixa etária reprodutiva.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em resumo, as mulheres, vítimas de homicídio em Rio Branco, tinham entre 21 e 25 anos de idade, cor da pele não branca, com baixo nível de escolaridade, sem ocupação, residiam na zona urbana e eram agredidas, principalmente, por meio de objetos contundentes, perfurantes e cortantes.

No caso em tela, verifica-se, ainda, que a incidência de óbitos das vítimas por agressão/homicídios, no período de 2002 a 2010, apresentou uma sequência de resultados inicialmente decrescente, sendo que, no ano da implantação da Lei Maria da Penha, em 2006, houve um aumento dos homicídios, seguido de redução nos dois anos seguintes, porém, demonstrando indicativo de aumento a partir de 2009. Tal fato deve ser analisado pela sociedade e órgãos competentes com intuito de evitar a banalização da Lei, e também, para buscar ações de prevenção e promoção de uma sociedade menos machista e mais humana.

Os APVPs revelaram uma elevada perda nos anos de vida de mulheres na faixa etária de 16 a 39 anos em razão dos homicídios, o que resulta em perda na produtividade. As informações colhidas dos bancos de dados sobre mortalidade expressam a realidade do preenchimento das declarações de óbito na cidade. As declarações devem ser totalmente preenchidas para servir de base para futuras pesquisas e para formulação de estratégias em saúde, sem o comprometimento de variáveis.

A Lei Maria da Penha é uma realidade no país, fruto da conquista feminina voltada a equalizar a justiça entre os gêneros. Tem papel relevante na sociedade e deve ser analisada em pesquisas, quanto a sua efetividade e influência. É certo que a Lei Maria da Penha sozinha não será capaz de reduzir a violência contra as mulheres, pois além de medidas coercitivas, necessita-se de ações educativas e de valorização da mulher em sociedade.

REFERÊNCIAS

1. Macedo AC, Paim JS, Silva LMV, Costa MCN. Violência e desigualdade social: mortalidade por homicídios e condições de vida em Salvador, Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2001 Dez; 35(6):515-22.
2. Saffioti H. Gênero, patriarcado, violência. São Paulo (SP): Fundação Perseu Abramo; 2004.
3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço/Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília (DF): MS; 2001.

4. Waiselfisz JJ. Mapa da violência IV: os jovens do Brasil (síntese). Brasília (DF): UNESCO, Instituto Airton Sena, Secretaria Especial dos Direitos Humanos; 2004.
5. Soares Filho AM, Souza MFM, Gazal-Carvalho C, Malta DC, Alencar AP, Silva MMA, et al. Análise da mortalidade por homicídios no Brasil. *Epidemiol Serv Saúde*. 2007 Mar; 16(1):7-18.
6. Coelho SMPF, Carloto CM. Violência doméstica, homens e masculinidades. *Texto Contexto Enferm*. 2007 Jul-Dez; 6(2):395-409.
7. Ministério da Saúde (BR). DATASUS: Mortalidade - Brasil [página na Internet]. Óbitos por ocorrência por sexo por causa-CID-BR-10. Brasília (DF): MS; 2010 [atualizado 2011 Fev 05; acesso 2011 Mar 15]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthotm.exe?sim/cnv/mat10ac.def>
8. Meneghel SN, Hirakata VN. Femicídios: homicídios femininos no Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2011 Jun; 45(3):564-74.
9. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. Saúde Brasil 2007: uma análise da situação de saúde. Brasília (DF): MS; 2008.
10. Romio JAF. Mortalidade feminina e violência contra a mulher: abordagem segundo raça/cor. In: Anais do 17º Encontro Nacional de Estudos Populacionais, 2010 Set 20-24 [acesso 2011 abr 18]; Minas Gerais, Brasil. Caxambu (MG): Associação Brasileira de Estudos Populacionais; 2010. Disponível em: http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2010/docs_pdf/tema_4/abep2010_2665.pdf
11. Garbin CAS, Garbin AJL, Dossi AP, Dossi MO. Violência doméstica: análise das lesões em mulheres. *Cad Saúde Pública*. 2006 Dez; 22(12):2567-73.
12. Garcia MV. Aspectos epidemiológicos e clínicos da violência contra a mulher no município de Uberlândia, MG [dissertação]. Uberlândia (MG): Universidade Federal de Uberlândia. Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde; 2007.
13. Côrtes GR. Violência doméstica contra mulheres: Centro de Referência da Mulher - Araraquara [tese]. São Paulo (SP): Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho. Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Faculdade de Ciências e Letras; 2008.
14. Dantas JAA. Violência contra a mulher no Brasil e a constitucionalidade da Lei Maria da Penha. In: Anais do 4º Encontro Anual da ANDHEP, 2008 Out 8-10 [acesso 2011 Mai 25]; Espírito Santo, Brasil. Vitória (ES): Associação Nacional de Direitos Humanos, Pesquisa e Pós-graduação; 2008. Disponível em: <http://www.andhep.org.br/images/downloads/encontros/anais/ivencontro/JaquelineDantas.pdf>
15. Borges LM. Homicídio conjugal: comparações quanto ao sexo dos agressores. *Est Pesq Psicologia*. 2009; 9(3):775-80.
16. Gomes CC. A operação da Lei Maria da Penha e a construção social da "violência contra a mulher" em um juizado do Rio de Janeiro. In: Anais do Fazendo Gênero, 2010 Ago 23-26 [acesso 2011 Mar 20]; Santa Catarina, Brasil. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina. Disponível em: http://www.fazendogenero.ufsc.br/9/resources/anais/1278299792_ARQUIVO_comunicacaofazendogenero.pdf
17. Brasil. Lei N. 11.340, de 07 de agosto de 2006. Dispõe sobre a violência doméstica e familiar contra a mulher [online]. 2006 [acesso 2011 Fev 19]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm
18. Hermann ML. Maria da Penha - Lei com nome de mulher. 2ª ed. São Paulo (SP): Servanda, 2008.
19. Marques LHO. A eficácia social da Lei Maria da Penha em seus três anos de vigência. In: Anais do Fazendo Gênero, 2010 Ago 23-26 [acesso 2011 Mar 20]; Santa Catarina, Brasil. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina. Disponível em: http://www.fazendogenero.ufsc.br/9/resources/anais/1278437202_ARQUIVO_ArtigoFazendoGenero9.pdf
20. Organização Mundial da Saúde. Classificação Estatística Internacional de doenças e problemas relacionados à saúde: 10ª ed. São Paulo (SP): Centro da OMS para Classificação das Doenças em Português; 1999.
21. Organização Mundial da Saúde. Relatório Mundial sobre violência e Saúde [online]. Genebra (CH): OMS; 2002 [acesso 2011 Fev 15]. Disponível em: <http://www.opas.org.br/cedoc/hpp/ml03/0329.pdf>
22. Laurenti R, Mello Jorge MHP. O atestado de óbito. São Paulo: Centro Brasileiro de Classificação de Doenças (CBCD); 2006.
23. Mello Jorge MHP, Gawryszewski VP, Latorre MRDO. Análise dos dados de mortalidade. *Rev Saúde Pública*. 1997; 31(supl.4):5-25.
24. Minayo MCS. Mortes violentas no Brasil: 1980-2005. *Divulg Saúde Debate*. 2008 Abr; 41: 23-35.
25. Hennington EA, Meneghel SN, Barros FS, Silva LB, Gano MS, Siqueira TP, et al. Mortalidade por homicídios em Município da Região Sul do Brasil, 1996 a 2005. *Rev Bras Epidemiol*. 2008 Set; 11(3):431-41.
26. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise e Situação de Saúde. Saúde Brasil 2006: uma análise da situação de saúde. Brasília (DF): MS; 2006.
27. Organização Mundial de Saúde. World report on violence and health. Geneva (CH): OMS; 2002.
28. Organização Mundial de Saúde. Multi-country study on women's health and domestic violence against women: summary report of initial results on prevalence, health outcomes and women's responses. Geneva (CH): OMS; 2005.

29. Barata RB, Ribeiro MCSA, Moraes JC. Tendência temporal da mortalidade por homicídios na cidade de São Paulo, Brasil, 1979-1994. *Cad Saúde Pública*. 1999 Out-Dez; 15(4):711-8.
30. Arnold MW, Silva MA, Falbo Neto GH. Anos potenciais de vida perdidos por mulheres em idade fértil na cidade do Recife, Pernambuco, vítimas de morte por homicídio nos anos de 2001 e 2002. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2007 Nov; 7(Supl 1):23-8.
31. Saraiva JC, Rodrigues AC. A violência contra as mulheres no Estado de Pernambuco: retrato de uma realidade. In: *Anais do Fazendo Gênero*, 2010 Ago 23-26 [acesso em 2011 mar 20]; Santa Catarina, Brasil. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina. Disponível em: www.fazendogenero.ufsc.br/9/resources/anais/1278298021_ARQUIVO_FAZENDO_GENERO_TRAB.pdf
32. Figueira MCS, Figueira F, Falbo Neto GH, Amorin MMR, Alencar LC. Mortalidade por causas externas de mulheres em idade fértil na cidade do Recife. *An Fac Med Univ Fed Pernamb*. 2007 Jan; 52(1):18-23.
33. Romio JAF. Femicídio na cidade. *RLAGG*. 2011 Ago-Dez; 2(2):15-25.
34. Galvão EF, Andrade SM. Violência contra mulher: análise de casos atendidos em serviço de atenção à mulher no município do Sul do Brasil. *Saúde Soc*. 2004 Mai-Ago; 13(2):89-99.
35. Mota JC, Vasconcelos AGG, Assis SG. Análise de correspondência como estratégia para descrição do perfil da mulher vítima do parceiro atendida em serviço especializado. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2007 Mai-Jun; 12(3):799-809.
36. Ramão PF, Wadi YM. Espaço urbano, desigualdade sócioespacial e a dinâmica dos homicídios em Cascavel. *Rev Sociol Polit*. 2010 Set-Out; 18(35):207-30.
37. Peres MFT, Santos PC. Mortalidade por homicídios no Brasil na década de 90: o papel das armas de fogo. *Rev Saúde Pública* 2005 Jan; 39(1):58-66.
38. Freitas MT, Lima LRB. Lei Maria da Penha: efetivação e suas implicações sociais. *Dataveni@*. 2009 Jan; 1(1):264-76.
39. Faúndes A, Parpinelli MCJG. Mortalidade de mulheres em idade fértil em Campinas, São Paulo (1985-1994). *Cad Saúde Pública*. 2000 Jul-Set; 16(3):671-9.
40. Romio JAF. Mortes femininas violentas segundo raça/cor [dissertação]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas. Programa de Pós-Graduação em Demografia; 2009.
41. Cavalcanti AL, Monteiro BVB. Mortalidade por causas externas em adultos no município de Campina Grande, Paraíba, Brasil. *Scientia Medica*. 2008 Out-Dez; 18(4):160-5.
42. Sant'anna ME. Violência doméstica. *Med Soc*. 2003 Jan; 16(1):25-8.
43. Alvim SF, Souza L. Violência conjugal em uma perspectiva relacional: homens e mulheres agredidos/agressores. *Psicol Teor Prát*. 2005 Ago; 7(2):171-206.
44. Gomes JJ. Discurso feminino: uma análise crítica de identidades sociais de mulheres vítimas de violência de gênero [dissertação]. Recife (PE): Universidade Federal de Pernambuco. Pós-graduação em Letras; 2008.
45. Piovesan F, Ikawa D. A violência doméstica contra a mulher e a proteção dos direitos humanos. In: Grupo de Trabalho de Direitos Humanos - Direitos humanos no cotidiano jurídico. São Paulo: Centro de Estudos da Procuradoria Geral do Estado, 2004.
46. Ribeiro KT, Gotlieb SLD. Mortalidade feminina na idade reprodutiva, Brasil, 1980/2000. In: *Anais do 17º Encontro Nacional de Estudos Populacionais*, 2010 Set 20-24 [acesso 2011 abr 18]; Minas Gerais, Brasil. Caxambu (MG): Associação Brasileira de Estudos Populacionais; 2010. Disponível em: http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2008/docspdf/ABEP2008_1319.pdf
47. Benincá AP, Cechinel B. Lei Maria da Penha (Lei 11.340/06) e Violência de Gênero: monitoramento processual das medidas protetivas para as mulheres no município de Criciúma-SC, entre os anos de 2008 e 2009. In: *Anais do Fazendo Gênero*, 2010 Ago 23-26 [acesso 2011 Mar 20]; Santa Catarina, Brasil. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina. Disponível em: http://www.fazendogenero.ufsc.br/9/resources/anais/1277947761_ARQUIVO_artigoLeiMariadaPenha2010FazendoGenero.pdf
48. Souza ER. Concealed and revealed violence: an epidemiological study of mortality from external causes in Duque de Caxias, Rio de Janeiro (RJ). *Cad Saúde Pública*. 1993 Jan-Mar; 9(1):48-64.
49. Ishitani LH, Rezende EM, Mendonça ML, Lopes HMRO, Souza DAP, Miranda PSC. Mortalidade por homicídios em bairros e favelas na região Centro-Sul de Belo Horizonte. *Rev Med Minas Gerais*. 2001 Jan-Mar; 11(1):7-10.

Correspondência: Thatiana Lameira Maciel Amaral
 Campus Universitário Universidade Federal do Acre
 Centro de Ciências da Saúde e do Desporto. Curso de Enfermagem
 BR 364, Km 04. Caixa postal 500
 69920-900 – Distrito Industrial, Rio Branco, AC, Brasil
 E-mail: thatianalameira27@gmail.com

Recebido: 20 de Novembro 2012
 Aprovado: 18 de Setembro 2013