

REVISTA BRASILEIRA DE POLÍTICAS PÚBLICAS
BRAZILIAN JOURNAL OF PUBLIC POLICY

**Políticas públicas de
prevenção ao feminicídio e
interseccionalidades**
Femicide Prevention Policies
and Intersectionality

Thiago Pierobom de Ávila

Marcela Novais Medeiros

Cátia Betânia Chagas

Elaine Novaes Vieira

Thais Quezado Soares Magalhães

Andrea Simoni de Zappa Passeto

VOLUME 10 • Nº 2 • AGO • 2020
GÊNERO, RAÇA E DIREITO – ARTICULAÇÕES
EMPÍRICAS E EPISTEMOLÓGICAS

Sumário

EDITORIAL	17
Bruno Amaral Machado, Camilla de Magalhães Gomes e Soraia Mendes	
SEÇÃO I: CONVIDADO ESPECIAL	19
AUTONOMIA PESSOAL, DESTINO, JULGAMENTOS E INSTITUIÇÕES NO BRASIL: NOTAS SOBRE UMA PERGUNTA E ALGUMAS RESPOSTAS	21
Luiz Edson Fachin	
SEÇÃO 2: DOSSIÊ TEMÁTICO	40
PARTE GERAL: ASPECTOS TEÓRICOS	41
RAÇA E ESSENCIALISMO NA TEORIA FEMINISTA DO DIREITO	43
Angela P. Harris, Tradução de Camilla de Magalhães Gomes e Ísis Aparecida Conceição	
POLÍTICAS DA MORTE: COVID-19 E OS LABIRINTOS DA CIDADE NEGRA	75
Ana Flauzina e Thula Pires	
QUEM PARIU AMÉFRICA?: TRABALHO DOMÉSTICO, CONSTITUCIONALISMO E MEMÓRIA EM PRETUGUÊS	94
Juliana Araújo Lopes	
O LIXO VAI FALAR: RACISMO, SEXISMO E INVISIBILIDADES DO SUJEITO NEGRO NAS NARRATIVAS DE DIREITOS HUMANOS	125
Ciani Sueli das Neves	
DIREITOS HUMANOS, DECOLONIALIDADE E FEMINISMO DECOLONIAL: FERRAMENTAS TEÓRICAS PARA A COMPREENSÃO DE RAÇA E GÊNERO NOS LOCAIS DE SUBALTERNIDADE	143
Rute Passos, Letícia Rocha Santos e Fran Espinoza	
DIREITO, RAÇA E GÊNERO: ELEMENTOS PARA A CONSTRUÇÃO DE UMA TEORIA FEMINISTA DO DIREITO ADEQUADA AO FEMINISMO NEGRO	174
Mário Lúcio Garcez Calil e Debora Markman	
“NEGRAS VADIAS”: A CRIMINALIZAÇÃO DO CORPO NEGRO QUE OUSA PROTESTAR	197
Soraia da Rosa Mendes e Bruno Amaral Machado	
A EXPERIÊNCIA DO ABAETÊ CRIOLO COMO AÇÃO DE ENFRENTAMENTO A DESIGUALDADES DE GÊNERO E RAÇA: UMA ANÁLISE DE DISCURSO SOBRE INTERSECCIONALIDADE E FEMINISMO NEGRO	213
David Oliveira e Thalita Terto Costa	

ENTRE A AUSÊNCIA E O EXCESSO: A ATUAÇÃO DO ESTADO SOBRE CORPOS DISSIDENTES	230
Dayane do Carmo Barretos, Klelia Canabrava Aleixo e Vanessa de Sousa Soares	
SILÊNCIOS E MITOS NUMA PERSPECTIVA INTERSECCIONAL: DO CONTROLE INFORMAL DE CORPOS AO CONTROLE PENAL DE MULHERES NEGRAS	248
Elaine Pimentel e Nathália Wanderley	
MINISTÉRIO PÚBLICO E DOMÍNIO RACIAL: POUCAS ILHAS NEGRAS EM UM ARQUIPÉLAGO NÃO-NEGRO	267
Saulo Murilo de Oliveira Mattos	
POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A ARTICULAÇÃO DE GÊNERO E RAÇA: MEIOS PARA GARANTIR A REPRESENTATIVIDADE POLÍTICA E JURÍDICA DA MULHER NEGRA NO BRASIL.....	296
Mariana Dionísio de Andrade e Eduardo Régis Girão de Castro Pinto	
PARTE ESPECÍFICA: INCIDÊNCIAS CONCRETAS.....	317
REIMAGING THE POLICING OF GENDER VIOLENCE: LESSONS FROM WOMEN’S POLICE STATIONS IN BRASIL AND ARGENTINA.....	319
Kerry Carrington, Melissa Bull, Gisella Lopes Gomes Pinto Ferreira e María Victoria Puyol	
NECROBIOPOLÍTICA DE GÊNERO NO BRASIL CONTEMPORÂNEO: O FEMINICÍDIO EM TEMPOS DE FASCISMO SOCIAL	340
Maiquel Ângelo Dezordi Wermuth e Joice Graciele Nielsson	
VIOLÊNCIA CONTRA MULHERES QUILOMBOLAS: UMA REFLEXÃO SOBRE A APLICAÇÃO DE UMA PERSPECTIVA INTERSECCIONAL À LUZ DA IDEIA DE CONTRAPÚBLICOS SUBALTERNOS DELINEADA POR FRASER.....	360
Maria Eugenia Bunchaft, Leonardo Rabelo de Matos Silva e Gustavo Proença da Silva Mendonça	
POLÍTICAS PÚBLICAS DE PREVENÇÃO AO FEMINICÍDIO E INTERSECCIONALIDADES.....	384
Thiago Pierobom de Ávila, Marcela Novais Medeiros, Cátia Betânia Chagas, Elaine Novaes Vieira, Thais Quezado Soares Magalhães e Andrea Simoni de Zappa Passeto	
DIREITO DE VIVER SEM VIOLÊNCIA: PROTEÇÃO E DESAFIOS DOS DIREITOS DAS MULHERES INDÍGENAS NO SISTEMA INTERAMERICANO DE DIREITOS HUMANOS	417
Julia Natália Araújo Santos e Felipe Rodolfo de Carvalho	
ANÁLISE DE GÊNERO E DE CRUZAMENTOS INTERSECCIONAIS DE UM PROGRAMA PARA AUTORES DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA AS MULHERES	441
Mariana Fernandes Távora, Dália Costa, Camilla de Magalhães Gomes e Adriano Beiras	
CONTROLE PENAL DA LOUCURA E DO GÊNERO: REFLEXÕES INTERSECCIONAIS SOBRE MULHERES EGRESSAS DA MEDIDA DE SEGURANÇA NO RIO DE JANEIRO.....	468
Bruna Martins Costa e Luciana Boiteux	

ONDE ESTÃO NOSSOS DIREITOS? O CAMPO FEMINISTA DE GÊNERO BORDADO PELAS MULHERES ATINGIDAS POR BARRAGENS	490
Tchenna Fernandes Maso e Tchella Fernandes Maso	
OS SEGREDOS EPISTÊMICOS DO DIREITO DO TRABALHO	520
Flávia Souza Máximo Pereira e Pedro Augusto Gravatá Nicoli	
REFORMA TRABALHISTA E DESIGUALDADE DE GÊNERO NO BRASIL: UMA PERSPECTIVA JURÍDICA E ECONÔMICA	546
Natalia Branco Lopes Krawczun, Magno Rogério Gomes e Solange de Cassia Inforzato de Souza	
A COLONIALIDADE DO PODER NA PERSPECTIVA DA INTERSECCIONALIDADE DE RAÇA E GÊNERO: ANÁLISE DO CASO DAS EMPREGADAS DOMÉSTICAS NO BRASIL	565
Daphne de Emílio Circunde Vieira Andrade e Maria Cecília Máximo Teodoro	
COMPETIÇÃO POLÍTICA E DESIGUALDADES DE GÊNERO NAS ELEIÇÕES PARA ASSEMBLEIAS ESTADUAIS EM 2018	587
Lígia Fabris Campos, Décio Vieira da Rocha, Leandro Molhano Ribeiro e Vitor Peixoto	
DISCRIT: OS LIMITES DA INTERSECCIONALIDADE PARA PENSAR SOBRE A PESSOA NEGRA COM DEFICIÊNCIA	612
Philippe Oliveira de Almeida e Luana Adriano Araújo	
SEÇÃO III: TEMAS GERAIS	642
LA CORTE INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS. HERMENÉUTICA DEL DERECHO AL MEDIO AMBIENTE SANO, A LA IDENTIDAD CULTURAL Y A LA CONSULTA, A LA LUZ DE LA SENTENCIA “LHAKA HONHAT (NUESTRA TIERRA) VS. ARGENTINA” (2020)	644
Juan Jorge Faundes Peñafiel, Cristobal Carmona Caldera e Pedro Pablo Silva Sánchez	
LA RESPUESTA INSTITUCIONAL FRENTE A LA TRATA DE PERSONAS EN EL ESTADO DE CHIHUAHUA. UN ANÁLISIS DE POLÍTICA PÚBLICA	676
Martha Aurelia Dena Ornelas	
COMUNIDADES QUILOMBOLAS, RACISMO E IDEOLOGIA NO DISCURSO DE JAIR BOLSONARO: ESTUDO CRÍTICO DOS DISCURSOS POLÍTICO E JUDICIAL	700
Ricardo de Macedo Menna Barreto e Helena Mascarenhas Ferraz	
O PRINCÍPIO GERAL DA BOA ADMINISTRAÇÃO NO CÓDIGO DO PROCEDIMENTO ADMINISTRATIVO PORTUGUÊS. PISTAS DE INVESTIGAÇÃO	724
Ana Melro	

Políticas públicas de prevenção ao feminicídio e interseccionalidades*

Femicide Prevention Policies and Intersectionality

Thiago Pierobom de Ávila**

Marcela Novais Medeiros***

Cátia Betânia Chagas****

Elaine Novaes Vieira*****

Thais Quezado Soares Magalhães*****

Andrea Simoni de Zappa Passeto*****

Resumo

Apresenta-se resultado de pesquisa de análise documental regressiva de processos judiciais, de registros de saúde, e por entrevistas semiestruturadas, com método misto quantitativo e qualitativo, que analisou 34 casos de feminicídio consumado em contexto de violência doméstica e familiar contra a mulher ocorridos no Distrito Federal, durante os anos de 2016 e 2017. Realizou-se análise temática sobre como as políticas de prevenção primária e secundária poderiam ter contribuído para evitar as mortes destas mulheres, à luz do referencial teórico sobre a interseccionalidade de gênero, raça e classe, e das políticas públicas de prevenção à violência contra as mulheres. A pesquisa documentou que todos os casos estavam relacionados a representações sexistas sobre a mulher enquanto propriedade do homem e/ou sobre a autoridade masculina na família. Há uma hiper-representação de mulheres negras e em condições de desigualdade social. Estes achados indicam a necessidade da múltipla transversalidade das perspectivas de gênero, raça e classe nas políticas públicas de prevenção à violência de gênero. A pesquisa também documentou áreas de possível aperfeiçoamento nas políticas de saúde, como a necessidade de notificação compulsória e articulação com os serviços de apoio psicossocial a mulheres e homens, saúde materno-infantil, álcool e outras drogas, saúde mental e suicídio, gravidez na adolescência, e planos de segurança para contextos situacionais de risco. O trabalho proporciona uma contribuição original ao correlacionar o perfil criminológico do feminicídio e o histórico de acionamento da rede de proteção com recomendações de aprimoramento das políticas públicas de prevenção primária e secundária.

Palavras-chave: Políticas públicas. Prevenção. Feminicídio. Violência de gênero. Interseccionalidades.

* Recebido em 29/05/2020
Aprovado em 09/08/2020

** Professor Associado do programa de mestrado e doutorado em Direito do UniCEUB. Doutor em Ciências Jurídico-Criminais pela Universidade de Lisboa. Pós-Doutor em Criminologia pela Universidade Monash. Investigador Integrado do Instituto de Direito Penal e Ciências Criminais da Universidade de Lisboa. Research Fellow do Monash Gender and Family Violence Prevention Centre (Austrália). Membro do Conselho de Desenvolvimento Científico da Escola Superior do Ministério Público da União – ESM-PU. Promotor de Justiça do MPDFT.

*** Doutora em Psicologia Clínica e Cultura pela Universidade de Brasília (2015). Membro do Núcleo de Estudos de Gênero e Psicologia Clínica – NEGENPSIC da Universidade de Brasília. Psicóloga do CEPAV - Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

**** Mestre em Política Social pela Universidade de Brasília (2002). Analista do MPU, Especialidade Serviço Social.

***** Mestre em Psicologia pela Universidade Federal do Espírito Santo (2008). Analista do MPU, Especialidade Psicologia.

***** Mestre em Direitos Humanos pela University College London – UCL (2016). Chefe dos Núcleos de Direitos Humanos do MPDFT.

***** Especialista em impactos da violência na saúde pela FIOCRUZ (2018). Médica do NEPAV – Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

Abstract

This article presents the result of regression analysis of 34 cases of femicide in context of domestic and family violence against women in the Federal District, Brazil, between 2016 and 2017. The regression analysis was based on judicial and health files, and semi-structured surveys, with mixed a quantitative and qualitative method. It used the intersectional theoretical framework to carry out a thematic analysis on how primary and secondary prevention policies could have contributed to avoid these deaths. This research documented that all cases were related to sexist representation of women as men's property and of the male authority in the family. Black women on precarious social conditions is overwhelmingly most cases. It highlights the need of mainstreaming gender, race and class in prevention policies to face gender violence. This research has also highlighted areas of improvement on health policies, such as the need of compulsory notification and articulation with specialised psychosocial services for women and men, health for mothers and babies, interventions for alcohol and other drugs abuse, mental health and suicide, teenager pregnancy, as well as security plans for risky contexts. The paper provides an original contribution in correlating the criminological profile of femicides and their history of interaction of services with the improvement of primary and secondary prevention policies in Brazil.

Keywords: Prevention Policies. Femicide. Gender violence. Intersectionality.

1 Introdução

Segundo a Organização Mundial de Saúde – OMS, a violência contra a mulher é um problema de saúde global de proporções epidêmicas¹. O Brasil apresentou um crescimento de homicídios femininos em 2017, com a morte de 4.936 mulheres, o que equivale a cerca de 13 assassinatos por dia, sendo o maior número registrado desde 2007². Referido estudo revela um aumento de 20,7% na taxa nacional de homicídios de mulheres, entre 2007 e 2017, quando se registrou uma taxa de 4,7 casos desses assassinatos para cada grupo de 100 mil mulheres. No Distrito Federal – DF, no período de 2006 a 2011, 35% destas mortes violentas ocorreram em contexto de violência doméstica e familiar contra a mulher – VDFCM, além de um percentual de 17% do total de casos não solucionados³. Este percentual está alinhado à estimativa da OMS de que 38% das mortes de mulheres no mundo ocorram em razão direta da violência doméstica⁴.

A morte de mulheres em razão da discriminação de gênero é uma grave violação de direitos fundamentais, que exige a construção de políticas públicas de prevenção adequadas a diminuir esses números alarmantes. Este dever de proteção mediante políticas públicas está previsto no art. 226, § 8º, da Constituição Federal, bem como em tratados internacionais ratificados pelo Brasil, como a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, aprovada em Belém do Pará em 1994 (Decreto n. 1.973/1996) e a Convenção sobre a eliminação de todas as formas de discriminação contra a mulher, aprovada pela ONU em 1979 (Decreto n. 4.377/2002), além das diretrizes previstas no art. 8º da Lei Maria da Penha (Lei n. 11.340/2006). Como garantia da concretização destes direitos, países anglófonos têm criado instituições para realizar sistematicamente a revisão de homicídios em contexto de violência doméstica, produzindo relatórios periódicos com recomendações de aperfeiçoamento de políticas públicas de prevenção⁵.

¹ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Prevenção da violência sexual e da violência pelo parceiro íntimo contra a mulher: ação e produção de evidência*. Genebra: OMS, 2012.

² CERQUEIRA, Daniel; BUENO, Samira (coords). *Atlas da violência 2019*. Brasília: IPEA; FBSP, 2019.

³ DINIZ, Debora (coord.). *Radiografia dos homicídios por violência doméstica contra a mulher no Distrito Federal*. Brasília: ANIS, 2015.

⁴ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Prevenção da violência sexual e da violência pelo parceiro íntimo contra a mulher: ação e produção de evidência*. Genebra: OMS, 2012.

⁵ DAWSON, Myrna (org.). *Domestic homicides and death reviews: an international perspective*. Londres: Palgrave Macmillan, 2017.

O presente artigo apresenta o resultado de pesquisa que utiliza método misto quantitativo e qualitativo para alcançar o objetivo de correlacionar, a partir do perfil criminológico e do histórico de acionamento dos serviços de saúde, como as políticas de prevenção primária e secundária poderiam ter contribuído para evitar mortes de mulheres em contexto de VDFCM⁶. Foram utilizadas as seguintes técnicas: (i) análise documental regressiva de fontes primárias: processos judiciais e registros de saúde; (ii) realização de entrevistas semiestruturadas⁷.

O recorte institucional e temporal da pesquisa corresponde aos casos de feminicídio consumado em contexto de VDFCM ocorridos no Distrito Federal, nos anos de 2016 e 2017. O acesso a referido universo de pesquisa foi viabilizado por meio de pesquisa nos registros de ocorrências policiais da Polícia Civil do DF (Sistema Millennium), cruzada com as informações constantes do sistema de informática do Ministério Público (Sistema SisproWeb), relativa aos processos judiciais com a incidência penal de feminicídio consumado (Código Penal, art. 121, § 2º, inciso VI), praticados nos anos referidos. Foram localizados 44 casos⁸. Obteve-se cópia dos processos e realizou-se a sua análise preliminar. 10 casos foram excluídos por não se encaixarem no critério (feminicídios em contexto de VDFCM), totalizando 34 casos no universo da pesquisa⁹.

Além destes 34 processos de feminicídio, complementou-se o *corpus* com: (i) análise regressiva dos processos anteriores de violência doméstica e familiar envolvendo as mesmas partes (presentes em 8 dos casos); (ii) entrevista semiestruturada com 19 familiares das vítimas¹⁰; e (iii) análise dos registros de saúde da vítima, mediante parceria com o Núcleo de Estudos, Prevenção e Atenção às Violências da Secretaria de Saúde (NEPAV/SES) do DF, para se avaliar a integração das ações da rede de proteção. Houve consulta do prontuário eletrônico do paciente (PEP) albergado no sistema de informação em saúde (SIS-Saúde TRAKCare) e das fichas de notificação/investigação individual de violência interpessoal/autoprovocada do sistema de informação de agravos de notificação (SINAN). As pesquisas nos bancos de dados distritais de saúde foram realizadas virtualmente no período de junho de 2018 a fevereiro de 2020 (SIM, SINAN e TRAKCare). A pesquisa também investigou eventuais atendimentos das vítimas e agressores nos serviços especializados de atendimento à mulher (como CEAM e NAFAVD, v. subseção 1.1), mas não localizou nenhum registro. A pesquisa foi aprovada por comitê de ética¹¹.

Estes 34 processos de feminicídio e os processos anteriores foram analisados à luz de questionário

⁶ Não analisaremos neste artigo as políticas de prevenção terciária, pois seria necessária uma metodologia distinta, de análise retrospectiva em profundidade dos percursos processuais dos 8 casos com registros anteriores de VDFCM entre as partes. Realizaremos esta análise em outro artigo.

⁷ MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. *Fundamentos da metodologia científica*. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

⁸ Os sistemas informaram inicialmente, em junho de 2018, a existência de 40 casos. Ao final da análise destes casos, em março de 2020, realizou-se nova pesquisa, e verificou-se a inclusão de mais quatro casos, que foram igualmente incluídos no universo da pesquisa e analisados.

⁹ Dois casos foram sumariamente excluídos do universo da pesquisa por não se enquadrarem no recorte: um era de tentativa de feminicídio, outro era de feminicídio consumado praticado fora do DF. Em dois casos o autor era adolescente, um caso não houve esclarecimento da autoria, em três casos aparentemente não se tratava de morte violenta intencional, mas mesmo assim a polícia estava investigando o caso como possível feminicídio (dois suicídios e uma de morte por AVC com histórico de violências anteriores), e um caso era de morte de mulher durante um ritual religioso sem autoria esclarecida. Finalmente, um caso excluído era relativo à morte de profissional do sexo por cliente imediatamente após o programa e sem prova de prévio relacionamento, em que a polícia inicialmente capitulou como feminicídio, mas o Ministério Público não incluiu esta qualificadora da denúncia. Esclarece-se que um dos casos constante do levantamento preliminar foi de uma relação ambígua, pois o agressor argumentava que a vítima era profissional do sexo, mas amigas dela informavam que ele insistia em ter um relacionamento afetivo com ela, sendo a morte praticada após a vítima ir à casa do réu e subtrair sua carteira; a denúncia considerou o caso como feminicídio na modalidade de menosprezo ou discriminação à mulher, pelo histórico de *stalking*; este caso foi incluído no universo da pesquisa, pela proximidade com os demais casos de perseguição decorrente de prévia relação íntima. Todos os casos incluídos na amostra eram de mulheres cisgênero.

¹⁰ Em dois casos já havia nos autos detalhado estudo psicossocial, pelo que se considerou desnecessária a entrevista. Em quatro casos não havia informações que permitissem identificar possíveis familiares. Em nove casos tentou-se contato com familiares, mas estes não aceitaram participar da entrevista. Dentre as 19 entrevistas realizadas, 11 foram de forma presencial e 8 por telefone. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas para análise, com exceção de duas, em que as entrevistadas não autorizaram a gravação, havendo apenas a transcrição das anotações do diálogo pela entrevistadora.

¹¹ Parecer n. 3.070.767, CEP/UnB.

quantitativo, dividido em duas partes: informações socioeconômicas da vítima e do agressor e fatores de risco presentes no histórico relacional. As entrevistas seguiram o mesmo percurso. As informações socioeconômicas referiam-se à idade, raça/cor, estado civil, escolaridade, profissão, renda individual informada e estimativa de renda, local de moradia, situação de moradia, quantidade de filhos, vínculo com o agressor, tempo de relacionamento e naturalidade. Os fatores de risco correspondem às informações já reconhecidas pela literatura especializada¹², tendo como parâmetro o questionário de avaliação de risco local¹³, num total de 23 fatores de risco, subdivididos em 216 itens.

Para se aferir a presença do item pesquisado, utilizou-se o método de interpretação indutiva, considerando-se cada um dos autos como um processo de reconstrução histórica, onde cada uma das provas dos processos é uma fonte autônoma de informação, que traz um fragmento interpretativo da realidade¹⁴. Assim, procurou-se triangular interpretativamente as informações convergentes dentro de cada processo, e depois com as entrevistas e análise documental de prontuários médicos, para verificar a informação pesquisada. Eventual subjetividade interpretativa foi depurada pela realização de sessões de estudo de caso pela equipe multidisciplinar de pesquisa, com especialistas nas áreas de direito, psicologia, serviço social e saúde, procurando problematizar e superar os possíveis vieses da interpretação (insuficiência da investigação criminal, depoimentos contraditórios, sentidos ocultos).

Após, a análise qualitativa problematizou o *corpus* com o método de análise temática, buscando-se identificar os aspectos mais relevantes dos dados, transformando-os em códigos, posteriormente agrupados em temas e subtemas¹⁵. Utilizou-se como referencial teórico as políticas públicas de prevenção à violência contra as mulheres¹⁶, à luz da interseccionalidade de gênero, raça e classe¹⁷.

¹² JEWKES, Rachel. Intimate partner violence: causes and prevention. *The Lancet*, v. 359, p. 1423-1429, 2002. ALMEIDA, Iris; SOEIRO, Cristina. Avaliação de risco de violência conjugal: versão para policiais (SARA:PV). *Análise Psicológica*, v. 1, n. 28, p. 179-192, 2010. MEDEIROS, Marcela Novais. *Avaliação de risco em casos de violência contra a mulher perpetrada por parceiro íntimo*. 2015. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica e Cultura) – Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, 2015. MCCULLOCH, Jude *et al.* *Review of the family violence risk assessment and risk management framework (CRAF): final report*. Melbourne: Monash University, 2016.

¹³ DISTRITO FEDERAL. *Questionário de avaliação de risco no Distrito Federal*. Brasília: MPDFT, 2016. Disponível em: https://www.mpdft.mp.br/portal/pdf/nucleos/nucleo_genero/Question%C3%A1rio_de_avalia%C3%A7%C3%A3o_de_risco_completo.pdf. Acesso em: 1 maio 2020.

¹⁴ TARUFFO, Michele. *La prueba de los hechos*. 2. ed. Madrid: Trotta, 2005. MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. *Fundamentos da metodologia científica*. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

¹⁵ BRAUN, Virginia; CLARKE, Victoria. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, v. 3, n. 2, p. 77-101, 2006.

¹⁶ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Relatório mundial sobre violência e saúde*. Genebra: OMS, 2002. JEWKES, Rachel. Intimate partner violence: causes and prevention. *The Lancet*, v. 359, p. 1423-1429, 2002. HEISE, Lori L. *What works to prevent partner violence: an evidence overview*. Londres: Strive, 2011. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Prevenção da violência sexual e da violência pelo parceiro íntimo contra a mulher: ação e produção de evidência*. Genebra: OMS, 2012. PASINATO, Wânia. *Acesso à justiça e violência contra a mulher em Belo Horizonte*. São Paulo: Annablume; FAPESP, 2012. BANDEIRA, Lourdes Maria; ALMEIDA, Tania Mara Campos de. A transversalidade de gênero nas políticas públicas. *Revista do CEAM*, v. 2, n. 1, p. 35-46, 2013. ELLSBERG, Mary *et al.* Prevention of violence against women and girls: what does the evidence say? *The Lancet*, v. 385, n. 9977, p. 1555-1566, 2015. ÁVILA, Thiago André Pierobom de. Políticas públicas de prevenção primária à violência contra a mulher: lições da experiência australiana. *Revista Gênero*, v. 17, n. 2, p. 95-125, 2017. PASINATO, Wânia; MACHADO, Bruno Amaral; ÁVILA; Thiago Pierobom de (orgs.). *Políticas públicas de prevenção à violência contra a mulher*. São Paulo: Marcial Pons, 2019.

¹⁷ CRENSHAW, Kimberlé. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. *Revista Estudos Feministas*, v. 10, n. 1, p. 171-188, 2002. SEGATO, Rita Laura. *Las estructuras elementales de la violencia: ensayos sobre género entre la antropología, el psicoanálisis y los derechos humanos*. Bernal: Universidad Nacional de Quilmes, 2003. BANDEIRA, Lourdes Maria; ALMEIDA, Tania. Mara Campos de. A transversalidade de gênero nas políticas públicas. *Revista do CEAM*, v. 2, n. 1, p. 35-46, 2013. ROMIO, Jackeline Aparecida Ferreira. A vitimização de mulheres por agressão física, segundo raça/cor no Brasil. In: MARCONDES, Mariana Mazzini *et al.* (orgs.). *Dossiê mulheres negras: retrato das condições de vida das mulheres negras no Brasil*. Brasília: IPEA, 2013. p. 133-158. LUGONES, María. Rumo a um feminismo descolonial. *Estudos Feministas*, v. 22, n. 3, p. 935-952, 2014. FLAUZINA, Ana Luiza Pinheiro. Lei Maria da Penha: entre os anseios da resistência e as posturas da militância. In: VVAA. *Discursos negros: legislação penal, política criminal e racismo*. Brasília: Brado Negro, 2015. p. 115-144. CARNEIRO, Suelaine. Mulheres negras e violência doméstica: decodificando os números. In: PASINATO, Wânia *et al.* (orgs.). *Políticas públicas de prevenção à violência contra a mulher*. São Paulo: Marcial Pons, 2019. p. 205-224. GOMES, Camila de Magalhães. *Tênis travesti: as relações de gênero, raça e direito para uma narrativa expansiva do “humano”*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2019.

O artigo inicialmente abordará as políticas públicas de prevenção à violência contra a mulher e o conceito de interseccionalidade. Em seguida, exporá os achados relacionados às políticas públicas de prevenção primária, especialmente as representações sexistas, a invisibilidade da violência doméstica, a desigualdade social e o racismo. No âmbito da prevenção secundária, analisou-se as implicações dos achados para a notificação compulsória e integração com a rede especializada de proteção para mulheres e homens, saúde materno-infantil, intervenções para álcool e outras drogas, saúde mental e suicídio, gravidez na adolescência, intervenções com grupos de risco e planos de segurança para contextos situacionais de risco. Cada tópico seguirá a metodologia de expor os dados da pesquisa, seguidos de breve discussão. Sempre que possível, haverá comparação com pesquisa anterior sobre os feminicídios no DF de 2006 a 2011, para uma aproximação longitudinal¹⁸. As análises serão ilustradas com breves históricos de alguns dos casos, sem identificação do nome das vítimas. Ao final, apresenta-se uma síntese dos achados, com lista de recomendações de aperfeiçoamento das políticas públicas. Desta forma, espera-se contribuir para a produção de dados fidedignos, desagregados e, espera-se, continuados, para o aperfeiçoamento das políticas públicas de prevenção à violência contra as mulheres.

2 As políticas públicas de prevenção à violência contra a mulher

2.1 A construção de uma política para as mulheres

A violência contra as mulheres perfaz um problema social grave, de múltiplas dimensões e determinações, implicadas nas tramas socioculturais que as circunscrevem e permeiam as relações hierárquicas de poder e desigualdade entre os gêneros¹⁹. O feminicídio, por sua vez, é o ponto extremo de um *continuum* de discriminações e violências, “é a última expressão da violência contra as mulheres que pressupõe, no mais das vezes, múltiplos outros atos atentatórios a sua integridade física, moral e psíquica”²⁰.

Segundo a OMS, a violência contra a mulher é um fenômeno complexo e multicausal, que exige para seu enfrentamento um conjunto de políticas públicas articuladas²¹. As políticas públicas de prevenção à VDFCM podem ser divididas em três níveis: prevenção primária, secundária e terciária²². As políticas de prevenção primária destinam-se a enfrentar as causas mais profundas da VDFCM e estão endereçadas à população como um todo²³. Estas causas estão ligadas à desigualdade nas relações de poder entre homens e mulheres e à persistência de visões estereotipadas sobre os papéis sociais, atribuindo aos homens uma posi-

¹⁸ DINIZ, Debora (coord.). *Radiografia dos homicídios por violência doméstica contra a mulher no Distrito Federal*. Brasília: ANIS, 2015.

¹⁹ JEWKES, Rachel. Intimate partner violence: causes and prevention. *The Lancet*, v. 359, p. 1423-1429, 2002. SEGATO, Rita Laura. *Las estructuras elementales de la violencia*: ensayos sobre género entre la antropología, el psicoanálisis y los derechos humanos. Bernal: Universidad Nacional de Quilmes, 2003. HEISE, Lori L.; KOTSADAM, Andreas. Cross-national and multi-level correlates of partner violence: an analysis of data from population-based surveys. *Lancet Global Health*, v. 3, 2013. BANDEIRA, Lourdes Maria. Violência de gênero: a construção de um campo teórico e de investigação. *Sociedade & Estado*, v. 29, n. 2, p. 449-469, 2014. MENDES, Soraia da Rosa. *Criminologia feminista: novos paradigmas*. 2. ed. Brasília: IDP, 2017.

²⁰ MENDES, Soraia da Rosa. *Criminologia feminista: novos paradigmas*. 2. ed. Brasília: IDP, 2017. p. 220.

²¹ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Relatório mundial sobre violência e saúde*. Genebra: OMS, 2002.

²² ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Relatório mundial sobre violência e saúde*. Genebra: OMS, 2002. HEISE, Lori L. *What works to prevent partner violence: an evidence overview*. Londres: Strive, 2011. ÁVILA, Thiago André Pierobom de. Políticas públicas de prevenção primária à violência contra a mulher: lições da experiência australiana. *Revista Gênero*, v. 17, n. 2, p. 95-125, 2017. PASINATO, Wania; MACHADO, Bruno Amaral; ÁVILA, Thiago Pierobom de (orgs.). *Políticas públicas de prevenção à violência contra a mulher*. São Paulo: Marcial Pons, 2019.

²³ ÁVILA, Thiago André Pierobom de. Políticas públicas de prevenção primária à violência contra a mulher: lições da experiência australiana. *Revista Gênero*, v. 17, n. 2, p. 95-125, 2017. PASINATO, Wania; LEMOS, Amanda Kamanchek. Lei Maria da Penha e prevenção da violência doméstica e familiar contra a mulher. In: VIZA, Ben-Hur; SARTORI, Myrian Caldeira; ZANELLO, Valeska (orgs.). *Maria da Penha vai à escola: educar para prevenir e coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher*. Brasília: TJDF, 2017. p. 11-23.

ção de dominação e controle e às mulheres posições de objetificação e subordinação, portanto legitimando que homens pratiquem violência para disciplinar as mulheres quando estas desafiam os estereótipos²⁴. A prevenção secundária, também conhecida como intervenção precoce, destina-se a determinados grupos de risco mais propensos a sofrerem ou praticarem a violência doméstica, usualmente associada aos serviços de saúde e assistência social. A prevenção terciária, também conhecida como resposta, está relacionada à reação pelos sistemas policial e de justiça à comunicação de um episódio de violência, destinada a prevenir, a longo prazo, a reiteração da violência.

A natureza complexa do problema e o reconhecimento das suas múltiplas causas e consequências exigem, para o seu enfrentamento, abordagens integradas em diferentes campos de políticas públicas, com a adoção de estratégias preventivas de diferentes níveis. Sua abordagem exige um modelo ecológico, que reconhece a influência das perspectivas societária, comunitária, relacional e individual (OMS, 2002). Diversos estudos têm apontado este modelo de intervenção multiagências como a melhor resposta ao problema da violência contra a mulher²⁵.

No Brasil, as políticas para as mulheres tiveram antecedentes durante as décadas de 80 e 90. Na década de 80 destacam-se o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e a criação das primeiras Delegacias de Defesa da Mulher²⁶. Durante a década de 90, há a primeira referência à educação para a equidade de gênero nos Parâmetros Curriculares Nacionais do Ministério da Educação (1998), que enfatizaram a relevância de discussões sobre relações de gênero nas escolas, de forma transversal às diversas disciplinas, como forma de produzir mudanças de forma macrosocial e individual²⁷.

A partir da década de 2000, ocorreu um fenômeno de “institucionalidade de gênero” com a criação da Secretaria de Políticas para as Mulheres – SPM²⁸, marco fundamental para o fortalecimento das políticas públicas transversais destinadas à promoção de mudanças culturais tendentes à equidade de gênero e prevenção da violência às mulheres. A SPM articulou a aprovação de três planos nacionais de políticas para as mulheres (2004, 2009 e 2012)²⁹. No primeiro plano, com vigência para 2005-2008, trabalhou-se com os eixos de autonomia, igualdade no mundo do trabalho e cidadania; educação inclusiva e não sexista; saúde das mulheres, direitos sexuais e direitos reprodutivos; e enfrentamento à violência contra as mulheres³⁰. O segundo plano, com vigência para 2009-2012, incluiu um eixo específico sobre enfrentamento do racismo, sexismo e lesbofobia, e aperfeiçoou o eixo educacional para educação inclusiva, não-sexista, não-racista, não-homofóbica e não-lesbofóbica³¹.

No terceiro plano, com vigência para 2013-2015, avançou-se na agenda das políticas das mulheres com os seguintes eixos: igualdade no mundo do trabalho e autonomia econômica; educação para igualdade e

²⁴ SEGATO, Rita Laura. *Las estructuras elementales de la violencia: ensayos sobre género entre la antropología, el psicoanálisis y los derechos humanos*. Bernal: Universidad Nacional de Quilmes, 2003. BANDEIRA, Lourdes Maria. Violência de gênero: a construção de um campo teórico e de investigação. *Sociedade & Estado*, v. 29, n. 2, p. 449-469, 2014.

²⁵ HEISE, Lori L. *What works to prevent partner violence: an evidence overview*. Londres: Strive, 2011. ELLSBERG, Mary *et al.* Prevention of violence against women and girls: what does the evidence say? *The Lancet*, v. 385, n. 9977, p. 1555-1566, 2015. PASINATO, Wania; MACHADO, Bruno Amaral; ÁVILA; Thiago Pierobom de (orgs.). *Políticas públicas de prevenção à violência contra a mulher*. São Paulo: Marcial Pons, 2019.

²⁶ ASSIS, Tiago Ferreira de; DESLANDES, Suely Ferreira. A percepção dos agentes institucionais sobre a rede especializada de atendimento às mulheres que sofrem violência por parceiro íntimo. In: PASINATO, Wania *et al.* (orgs.). *Políticas públicas de prevenção à violência contra a mulher*. São Paulo: Marcial Pons, 2019. p. 159-179.

²⁷ PASINATO, Wania; LEMOS, Amanda Kamancheck. Lei Maria da Penha e prevenção da violência doméstica e familiar contra a mulher. In: VIZA, Ben-Hur; SARTORI, Myrian Caldeira; ZANELLO, Valeska (orgs.). *Maria da Penha vai à escola: educar para prevenir e coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher*. Brasília: TJDFT, 2017. p. 11-23.

²⁸ MOTTA, Filipe; CAMPOS, Bárbara Lopes. Estado de bienestar social y políticas públicas para mujeres en países nórdicos y América Latina: de la sociedad civil a la institucionalización. *Sexualidad, Salud y Sociedad, Revista Latinoamericana*, n. 33, p. 158-179, 2019.

²⁹ BRASIL. *Plano Nacional de Políticas para as Mulheres*. Brasília: SPM, 2004. BRASIL. *II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres*. Brasília: SPM, 2008. BRASIL. *Plano Nacional de Políticas para as Mulheres 2013-2015*. Brasília: SPM, 2012.

³⁰ BRASIL. *Plano Nacional de Políticas para as Mulheres*. Brasília: SPM, 2004.

³¹ BRASIL. *II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres*. Brasília: SPM, 2008.

cidadania; saúde integral das mulheres, direitos sexuais e direitos reprodutivos; enfrentamento de todas as formas de violência contra as mulheres; fortalecimento e participação das mulheres nos espaços de poder e decisão; desenvolvimento sustentável com igualdade econômica e social; direito à terra com igualdade para as mulheres do campo e da floresta; cultura, esporte, comunicação e mídia; enfrentamento do racismo, sexismo e lesbofobia; e igualdade para as mulheres jovens, idosas e mulheres com deficiência³².

No âmbito do enfrentamento à violência contra as mulheres, a Política nacional de enfrentamento à violência contra a mulher prevê quatro eixos de atuação:

prevenção: ações educativas e culturais que interfiram nos padrões sexistas; *enfrentamento e combate*: ações punitivas e cumprimento da Lei Maria da Penha; *assistência*: fortalecimento da rede de atendimento e capacitação de agentes públicos; e *acesso e garantia de direitos*: cumprimento da legislação nacional/internacional e iniciativas para o empoderamento das mulheres³³.

Referida política nacional define a rede de atendimento como

a atuação articulada entre as instituições/serviços governamentais, não-governamentais e a comunidade, visando à ampliação e melhoria da qualidade do atendimento; à identificação e encaminhamento adequado das mulheres em situação de violência; e ao desenvolvimento de estratégias efetivas de prevenção³⁴.

A constituição dessa rede, portanto, perpassa áreas como a saúde, a educação, a segurança pública, a assistência social, entre outras esferas, buscando dar conta da complexidade da violência contra as mulheres.

A rede abrange serviços especializados e não-especializados. Entre os não-especializados estão “hospitais gerais, serviços de atenção básica, programa saúde da família, delegacias comuns, polícia militar, polícia federal, Centros de Referência de Assistência Social/CRAS, Centros de Referência Especializados de Assistência Social/CREAS”³⁵. Dentre os serviços especializados estão³⁶:

Centros de Atendimento à Mulher em situação de violência (Centros de Referência de Atendimento à Mulher, Núcleos de Atendimento à Mulher em situação de Violência, Centros Integrados da Mulher), Casas Abrigo, Casas de Acolhimento Provisório (Casas-de-Passagem), Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher (Postos ou Seções da Polícia de Atendimento à Mulher), Núcleos da Mulher nas Defensorias Públicas, Promotorias Especializadas, Juizados Especiais de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher, Central de Atendimento à Mulher - Ligue 180 [...]

A Lei Maria da Penha (Lei n. 11.340/2006) é o principal marco normativo dos direitos das mulheres, derivado de lutas por parte dos movimentos feministas e de mulheres. Criada para coibir e prevenir a violência doméstica e familiar contra a mulher, a lei dispõe sobre medidas integradas de prevenção, elencando em seu art. 8º um rol de diretrizes. O art. 8º, inciso I, estabelece como diretriz “a integração operacional do Poder Judiciário, do Ministério Público e da Defensoria Pública com as áreas de segurança pública, assistência social, saúde, educação, trabalho e habitação”. As políticas de educação para equidade de gênero estão expressamente previstas nos incisos VIII e IX do art. 8º da lei. Todavia, atualmente vive-se momento de retrocesso conservador na temática, expresso na retirada da expressão gênero do Plano Nacional de Educação (Lei n. Lei n. 13.005/2014), sob as críticas a uma suposta ideologia de gênero³⁷.

³² BRASIL. *Plano Nacional de Políticas para as Mulheres 2013-2015*. Brasília: SPM, 2012.

³³ BRASIL. *Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra a Mulher*. Brasília: SPM, 2011. p. 26.

³⁴ BRASIL. *Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra a Mulher*. Brasília: SPM, 2011. p. 29.

³⁵ BRASIL. *Rede de enfrentamento à violência contra as mulheres*. Brasília: SPM, 2011. p. 15. Por “hospitais gerais”, entenda-se unidades de urgência e emergência. Por “programa saúde da família”, ver a “Estratégia saúde da família” (ESF), com informações em: <https://www.saude.gov.br/acoes-c-programas/saude-da-familia/sobre-o-programa>. Acesso em: 1 maio 2020.

³⁶ BRASIL. *Rede de enfrentamento à violência contra as mulheres*. Brasília: SPM, 2011. p. 15.

³⁷ ÁVILA, Thiago André Pierobom de. Políticas públicas de prevenção primária à violência contra a mulher: lições da experiência australiana. *Revista Gênero*, v. 17, n. 2, p. 95-125, 2017. PASINATO, Wania; LEMOS, Amanda Kamanchek. Lei Maria da Penha e prevenção da violência doméstica e familiar contra a mulher. In: VIZA, Ben-Hur; SARTORI, Myrian Caldeira; ZANELLO, Valeska (orgs.). *Maria da Penha vai à escola*: educar para prevenir e coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Brasília: TJDF, 2017. p. 11-23.

Em relação às políticas de saúde, a violência passou a integrar o conjunto de agravos de notificação a partir da publicação da Portaria n. 104/2011 do Ministério da Saúde, que definiu a violência doméstica, sexual e/ou outras violências de notificação compulsória em toda a rede de saúde, pública e privada (atualizada pela Portaria n. 1.271/2014). A notificação também é prevista genericamente para doenças transmissíveis no art. 7º da Lei n. 6.259/1975 e, especificamente para casos de violência doméstica contra a mulher, na Lei n. 10.778/2003³⁸.

Após a notificação, deve haver a integração com os serviços de proteção. A Portaria n. 737/2001 do Ministério da Saúde aprovou a Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências, que prevê em seu item 3.4: “assistência interdisciplinar e intersetorial às vítimas de acidentes e de violências” e, especificamente para as mulheres em situação de violência, o atendimento pelos serviços de saúde para apoio psicossocial para a solução da situação de violência e prevenção da reiteração, em articulação com outros serviços.

Na rede de saúde do Distrito Federal, o atendimento especializado às vítimas de violências é realizado pelos Centros de Especialidades para a Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual, Familiar e Doméstica – CEPAV (anteriormente conhecidos apenas como PAVs), conforme a Portaria n. 942/2019 – SES, com 19 unidades com nomes de flores³⁹. Há ainda 18 Centros de Atendimento Psicossocial (CAPS), sendo 7 especializados em álcool e drogas (CAPS-AD)⁴⁰. De relevante para a prevenção secundária, integram a rede especializada de atendimento no Distrito Federal o Centro Especializado de Atendimento à Mulher – CEAM, com 3 unidades que oferecem apoio psicossocial às mulheres em situação de VDFCM e, para os autores de agressão, os Núcleos de Atendimento às Famílias e aos Autores de Violência Doméstica – NAFVD, um programa do GDF com 9 núcleos regionais que realizam intervenções com os homens autores de violência e com as mulheres⁴¹. Embora representem importantes conquistas no contexto das respostas à violência, estes serviços se deparam com desafios diversos em relação à sua estruturação e funcionamento, com dificuldades no acesso a dados confiáveis sobre mecanismo de monitoramento e avaliação das repostas ofertadas pelo Estado⁴².

Outra dificuldade diz respeito à intersetorialidade das políticas públicas voltadas ao enfrentamento da violência doméstica contra mulheres. A intersetorialidade, que se serve do conceito de rede para fins de articulação e coordenação de estruturas sociais, é elemento fundamental para consolidação de um sistema de proteção social dos direitos sociais das mulheres⁴³. A despeito das conquistas que a lei representa e da abordagem integral que enseja, pesquisas têm documentado que as redes usualmente se organizam de forma fragmentada e pontual, criando obstáculos à concretização dos direitos das mulheres, em função da desarticulação dos serviços⁴⁴.

³⁸ ÁVILA, Thiago Pierobom de. Notificação compulsória e comunicação externa em casos de violência doméstica contra a mulher. In: STEVENS, Cristina *et al.* (orgs.). *Mulheres e violências: interseccionalidades*. Brasília: Technopolitik, 2017. p. 523-545.

³⁹ Para informações sobre estrutura e fluxo de atendimento, ver: <http://www.saude.df.gov.br/vigilancia-em-violencia>. Acesso em: 1 maio 2020.

⁴⁰ Informação atualizada em sítio eletrônico oficial, disponível em: http://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2018/03/Telefones-CAPS_Abr2020.pdf. Acesso em: 10 maio 2020.

⁴¹ Consta do site oficial do GDF que este serviço exige para a intervenção “encaminhamento do órgão do Sistema de Justiça”, o que limita substancialmente sua capacidade de atuar na prevenção secundária, por demanda espontânea ou referência de órgãos integrantes da rede de atendimento. Disponível em: <http://www.mulher.df.gov.br/nucleos-de-atendimento-as-familias-e-aos-autores-de-violencia-domestica-nafvd/>. Acesso em: 1 maio 2020.

⁴² MOTTA, Filipe; CAMPOS, Bárbara Lopes. Estado de bienestar social y políticas públicas para mujeres en países nórdicos y América Latina: de la sociedad civil a la institucionalización. *Sexualidad, Salud y Sociedad, Revista Latinoamericana*, n. 33, p. 158-179, 2019.

⁴³ PASINATO, Wânia. *Acesso à justiça e violência contra a mulher em Belo Horizonte*. São Paulo: Annablume; FAPESP, 2012.

⁴⁴ PASINATO, Wânia. *Acesso à justiça e violência contra a mulher em Belo Horizonte*. São Paulo: Annablume; FAPESP, 2012. IPEA. *Nota técnica: a institucionalização das políticas públicas de enfrentamento à violência contra as mulheres no Brasil*. Brasília: IPEA, 2015. ASSIS, Tiago Ferreira de; DESLANDES, Suely Ferreira. A percepção dos agentes institucionais sobre a rede especializada de atendimento às mulheres que sofrem violência por parceiro íntimo. In: PASINATO, Wânia *et al.* (orgs.). *Políticas públicas de prevenção à violência contra a mulher*. São Paulo: Marcial Pons, 2019. p. 159-179.

2.2 A interseccionalidade de gênero, raça e classe nas políticas para as mulheres

A categoria gênero tem sido uma ferramenta conceitual que denuncia a naturalização das relações sociais, aportando às políticas para mulheres o desafio de promover a equidade, oportunidades e autonomia, a partir de uma perspectiva relacional e crítica das desigualdades entre homens e mulheres⁴⁵.

Ainda que a raiz da violência contra as mulheres esteja na discriminação de gênero, outros fatores se entrelaçam a esta causa original e potencializam a violência contra as mulheres. Nesse sentido, afirma Crenshaw⁴⁶:

Como as experiências específicas de mulheres de grupos étnicos ou raciais definidos são muitas vezes obscurecidas dentro de categorias mais amplas de raça e gênero, a extensão total da sua vulnerabilidade interseccional ainda permanece desconhecida e precisa, em última análise, ser construída a partir do zero. [...] Para apreender a discriminação como um problema interseccional, as dimensões raciais ou de gênero, que são parte da estrutura, teriam de ser colocadas em primeiro plano, como fatores que contribuem para a produção da subordinação.

O problema da interseccionalidade assume características próprias no contexto da decolonialidade. A colonialidade sobrevive ao fim do colonialismo, moldando as relações sociais, baseadas na racialização⁴⁷. Esta colonialidade construída sobre a desumanização do não-europeu e sua exploração rearticula as relações entre gênero e raça, criando uma categoria conjunta gênero-raça, essencial para compreender a decolonialidade brasileira⁴⁸. Ou seja, a análise interseccionada não se restringe a estabelecer relações meramente aditivas e estratificadas entre as várias discriminações, mas pretende capturar a trama das interrelações⁴⁹.

A ideologia do colonizador atribui às pessoas negras e indígenas a condição de seres primitivos, irracionais, seres inferiores desprovidos de razão e carentes da iluminação do homem branco⁵⁰. A emasculação dos homens negros e indígenas na esfera pública fomenta a violência de gênero na esfera privada, como instrumento de restauração da virilidade⁵¹. Esta desumanização do colonialismo construiu a representação de mulheres negras lascivas e sexualmente disponíveis, o que normalizou o estupro de mulheres negras escravas por seus senhores⁵². Segundo Gomes, o significado da feminilidade é substancialmente distinto para mulheres brancas e negras: às brancas a castidade e às negras o trabalho doméstico para proverem a criação dos filhos das mulheres brancas⁵³.

Esta construção racializada do gênero favorece à violência contra as mulheres negras e indígenas nas esferas pública e privada. Segundo Carneiro⁵⁴:

O racismo afeta profundamente as mulheres negras, colocando-as em situação de maior marginalização

⁴⁵ BANDEIRA, Lourdes Maria; ALMEIDA, Tania. Mara Campos de. A transversalidade de gênero nas políticas públicas. *Revista do CEAM*, v. 2, n. 1, p. 35-46, 2013. MENDES, Soraia da Rosa. *Criminologia feminista: novos paradigmas*. 2. ed. Brasília: IDP, 2017.

⁴⁶ CRENSHAW, Kimberlé. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. *Revista Estudos Feministas*, v. 10, n. 1, p. 171-188, 2002. p. 174 e 176.

⁴⁷ LUGONES, María. Rumo a um feminismo descolonial. *Estudos Feministas*, v. 22, n. 3, p. 935-952, 2014.

⁴⁸ GOMES, Camila de Magalhães. *Tênis travesti: as relações de gênero, raça e direito para uma narrativa expansiva do “humano”*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2019.

⁴⁹ ROMIO, Jackeline Aparecida Ferreira. A vitimização de mulheres por agressão física, segundo raça/cor no Brasil. In: MARCONDES, Mariana Mazzini et al. (orgs.). *Dossiê mulheres negras: retrato das condições de vida das mulheres negras no Brasil*. Brasília: IPEA, 2013. p. 133-158. MEDEIROS, Marcela Novais. *Análise de risco em casos de violência contra a mulher perpetrada por parceiro íntimo*. 2015. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica e Cultura) – Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, 2015.

⁵⁰ LUGONES, María. Rumo a um feminismo descolonial. *Estudos Feministas*, v. 22, n. 3, p. 935-952, 2014.

⁵¹ SEGATO, Rita Laura. *Las estructuras elementales de la violencia: ensayos sobre género entre la antropología, el psicoanálisis y los derechos humanos*. Bernal: Universidad Nacional de Quilmes, 2003.

⁵² CARNEIRO, Suelaine. Mulheres negras e violência doméstica: decodificando os números. In: PASINATO, Wania et al. (orgs.). *Políticas públicas de prevenção à violência contra a mulher*. São Paulo: Marcial Pons, 2019. p. 205-224. FLAUZINA, Ana Luiza Pinheiro. Lei Maria da Penha: entre os anseios da resistência e as posturas da militância. In: VVAA. *Discursos negros: legislação penal, política criminal e racismo*. Brasília: Brado Negro, 2015. p. 115-144.

⁵³ GOMES, Camila de Magalhães. *Tênis travesti: as relações de gênero, raça e direito para uma narrativa expansiva do “humano”*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2019.

⁵⁴ CARNEIRO, Suelaine. Mulheres negras e violência doméstica: decodificando os números. In: PASINATO, Wania et al. (orgs.). *Políticas públicas de prevenção à violência contra a mulher*. São Paulo: Marcial Pons, 2019. p. 206.

e desvantagem, que se expressam nas dificuldades de acesso aos serviços de saúde e na baixa atenção às especificidades da saúde das mulheres negras; pela reificação de estereótipos sobre elas; pela desvalorização da cultura e religiosidade africana; pelas violências sofridas em decorrência da ação das forças de segurança do Estado, do crime organizado e de milícias, sofrendo maior exposição às drogas; por serem as principais vítimas do tráfico de mulheres, entre outras violações.

Os reflexos do racismo na violência contra a mulher são conhecidos. As mulheres negras são 66,7% das vítimas de feminicídios no Brasil e 60,5% das vítimas de violência doméstica em geral⁵⁵. De 2003 a 2013, enquanto as taxas de feminicídios de mulheres brancas caíram 9,8%, as de mulheres negras se elevaram em 54,2%⁵⁶.

A participação das mulheres negras nos estratos inferiores de distribuição de renda gera a intersecção de mais um fator de desigualdade, relacionado à situação de pobreza. Mulheres pobres possuem mais dificuldades de denunciar a violência, pois a presença de um homem em casa, ainda que abusivo, é muitas vezes uma proteção contra outras formas de violência comunitária, como o crime organizado⁵⁷. A precariedade do acesso a recursos socioeconômicos implicará em outras fragilidades, que forjam um repertório mais reduzido para o enfrentamento das adversidades, inclusive a violência de gênero⁵⁸.

A incorporação da perspectiva interseccional no campo da análise de políticas, em contextos de desigualdades, assume uma conotação política e traz uma contribuição particularmente relevante para o entendimento sobre como essas políticas e ações afetam determinados grupos e suas relações com as estruturas de poder⁵⁹.

A perspectiva da interseccionalidade exige, portanto, que além da transversalidade de gênero, haja transversalidade nas políticas públicas no enfrentamento de todas as formas de discriminação de grupos de mulheres, especialmente do racismo, LGBTI-fobia, exclusão social, e outros marcadores de discriminação, como idade, deficiência, status migratório, condição cultural, dentre outros. Esta múltipla transversalidade dos direitos humanos das mulheres implica que as políticas de prevenção à violência contra as mulheres devem reconhecer a diversidade das mulheres, promovendo o enfrentamento às múltiplas discriminações de forma intersetorial nas diversas áreas como saúde, educação, trabalho e outras esferas, de modo a construir respostas mais eficazes às demandas para enfrentamento das desigualdades de gênero e superação do racismo e da desigualdade social. A erradicação destes marcadores de discriminação exige, além da participação democrática, mudanças na estrutura socioeconômica e cultural, capazes de promover o acesso das mulheres a recursos, oportunidades e serviços públicos⁶⁰.

A necessária transversalidade de gênero, raça e classe nas políticas públicas representa um desafio frente à atual minimização do Estado, com a redução dos gastos nas áreas sociais. O acirramento do processo político de reprodução das desigualdades sociais forja o contexto para políticas sociais tímidas, de caráter meramente compensatório, no marco de uma perspectiva neoliberal que avança contra a garantia dos direitos sociais⁶¹.

⁵⁵ WAISELFISZ, Júlio Jacob. *Mapa da Violência 2015: homicídios de mulheres no Brasil*. Brasília: Flacso, 2015. CARNEIRO, Suelaine. Mulheres negras e violência doméstica: decodificando os números. In: PASINATO, Wania et al. (orgs.). *Políticas públicas de prevenção à violência contra a mulher*. São Paulo: Marcial Pons, 2019. p. 205-224.

⁵⁶ WAISELFISZ, Júlio Jacob. *Mapa da Violência 2015: homicídios de mulheres no Brasil*. Brasília: Flacso, 2015.

⁵⁷ FLAUZINA, Ana Luíza Pinheiro. Lei Maria da Penha: entre os anseios da resistência e as posturas da militância. In: VVAA. *Discursos negros: legislação penal, política criminal e racismo*. Brasília: Brado Negro, 2015. p. 115-144.

⁵⁸ JANCZURA, Rosane. Risco ou vulnerabilidade social? *Textos & Contextos*, v. 11, n. 2, p. 301-308, 2012.

⁵⁹ BANDEIRA, Lourdes Maria; ALMEIDA, Tania. Mara Campos de. A transversalidade de gênero nas políticas públicas. *Revista do CEAM*, v. 2, n. 1, p. 35-46, 2013. MEDEIROS, Marcela Novais. *Avaliação de risco em casos de violência contra a mulher perpetrada por parceiro íntimo*. 2015. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica e Cultura) – Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, 2015.

⁶⁰ BANDEIRA, Lourdes Maria; ALMEIDA, Tania Mara Campos de. A transversalidade de gênero nas políticas públicas. *Revista do CEAM*, v. 2, n. 1, p. 35-46, 2013.

⁶¹ BANDEIRA, Lourdes Maria; ALMEIDA, Tania Mara Campos de. A transversalidade de gênero nas políticas públicas. *Revista do CEAM*, v. 2, n. 1, p. 35-46, 2013.

Apresentaremos adiante os resultados da pesquisa documental sobre os 34 feminicídios consumados no Distrito Federal, nos anos de 2016 e 2017, e sua correlação com as políticas públicas de prevenção, explicitando-se os recortes de gênero, raça e classe.

3 Prevenção primária

3.1 Representações sexistas

A pesquisa documentou que todas as mortes de mulheres ocorreram em razão de conflitos que tinham como pano de fundo a discriminação contra as mulheres⁶². As mortes podem ser examinadas a partir das representações sobre papéis estereotipados entre homens e mulheres que legitimavam a prática de atos de violência pelo homem como uma forma de disciplina quando as mulheres não cumprem determinadas expectativas sexistas.

94,2% dos feminicídios (n=32) ocorreram em contexto de relações íntimas de afeto (v. Tabela 1). Em comparação com pesquisa anterior⁶³, percebe-se uma elevação proporcional nas mortes em contexto de relação de namoro: de 7% para 17,7%. Em média, as relações tiveram 5 anos e 10 meses de duração, variando do mínimo de 1 mês ao máximo de 43 anos.

As vítimas tinham idade média de 35 anos, sendo a mínima de 19 e máxima de 61 anos. Há uma clara hiper-representação de mulheres entre os 20 e 34 anos, em comparação à população em geral, o que tem se mantido estável com comparação à pesquisa anterior (v. Tabela 2).

64,7 % das mortes (n=22) ocorreram em contexto de conflitos diretamente relacionados à manutenção da relação afetiva, ou seja, de não aceitação do término da relação afetiva e controle da sexualidade feminina. Os restantes 35,3% das mortes (n=12) ocorreram em contextos de outros conflitos diversos (v. Tabela 3).

Tabela 1 - Distribuição de frequência do vínculo da vítima com o agressor (situação de facto no momento do feminicídio)

Vínculo	Feminicídios de 2016-2017
Esposa/companheira	12 (35,3%)
Namorada	6 (17,7%)
Ex-esposa/ex-companheira	11 (32,4%)
Ex-namorada	3 (8,8%)
Outro	1 (2,9%)*
Outro: Mãe	1 (2,9%)
Total	34 (100%)

* Stalker: Relacionamento imaginado pelo agressor

⁶² Em 33 casos havia informações nos autos de histórico de violências físicas ou psicológicas, como perseguições ou controle coercitivo. Em um caso não havia esta informação clara, mas os indícios da cena do crime sinalizavam para histórico de prévia quebra de objetos pessoais da vítima, permitindo levantar a hipótese de que este caso também se enquadrava no padrão de histórico de violências anteriores.

⁶³ DINIZ, Debora (coord.). *Radiografia dos homicídios por violência doméstica contra a mulher no Distrito Federal*. Brasília: ANIS, 2015.

Tabela 2 - Faixa etária das vítimas (mulheres acima de 18 anos)

Faixa etária das vítimas (em anos)	População de Mulheres do DF	Feminicídios de 2016-2017
18 a 19	4,7%	1 (2,9%)
20 a 24	10,9%	7 (20,6%)
25 a 29	9,7%	5 (14,7%)
30 a 34	10,0%	6 (17,6%)
35 a 39	11,3%	4 (11,8%)
40 a 44	10,5%	4 (11,8%)
45 a 49	8,9%	2 (5,9%)
50 a 54	8,8%	1 (2,9%)
55 a 59	6,7%	3 (8,8%)
60 ou mais	18,4%	1 (2,9%)
Total	100%	34 (100%)

Fonte Coluna 2: CODEPLAN, 2018.

Tabela 3 - Distribuição de frequência de motivação do crime

Categories	Subcategorias	Quantidade
I. Conflitos diretamente relacionados à manutenção da relação afetiva 21 (61,8%)	I.A. Não aceitar o término do relacionamento	10 (29,4%)
	I.B Não aceitar o término do relacionamento qualificado pelo início de novo relacionamento pela vítima	5 (14,7%)
	I.C Suspeita de suposta traição pela vítima na constância da relação	5 (14,7%)
	I.D. Mulher reclamar de traição pelo companheiro	1 (2,9%)
	I.E. Comportamento ciumento ou controlador	1 (2,9%)
II. Conflitos relacionais diversos 13 (38,2%)	II.A. Conflitos quanto à criação dos filhos	2 (5,9%)
	II.B. Conflitos Patrimoniais	5 (14,7%)
	II.C. Conflitos aparentemente ordinários	4 (11,8%)
	II.D: Conflito com a genitora por uso abusivo de álcool	1 (2,9%)
Total	34 (100%)	34 (100%)

Uma análise atenta desses casos indica que mesmo nestes outros conflitos relacionais diversos havia um pano de fundo derivado das relações de gênero, como a reafirmação da autoridade masculina nas relações de família e a imposição de expectativas em relação ao trabalho doméstico feminino⁶⁴. Em 88,2% dos casos (n=30), o agressor já havia praticado atos de controle coercitivo sobre a vítima, como vigiar, perseguir, proibir de sair de casa, promover seu isolamento social e atos semelhantes derivados de sentimento de posse (“ciúmes”).

Verifica-se que o questionamento de um padrão cultural de controle sobre a mulher levou à reação letal. Estes conflitos derivam de uma visão em que a posição masculina encarna autoridade, poder, honra e demanda por respeito nas relações de família⁶⁵. As mulheres são vistas como uma propriedade sexual dos homens e a indicação pelas mulheres que desejam sair da relação afetiva representa uma ofensa à virilidade do homem, a exigir uma reparação pela violência⁶⁶. Esses crimes, portanto, são resultantes de um sistema onde o poder e a masculinidade são sinônimos; e reagem quando desafiados, com ódio e desprezo pelo corpo feminino, que se constitui como território de controle, reproduzindo uma lógica de poder a que as mulheres estão submetidas.

⁶⁴ Foge aos limites do presente trabalho demonstrar individualmente como as relações de gênero estavam imbricadas nestes feminicídios derivados de conflitos relacionais diversos. Realizaremos esta análise em outro artigo.

⁶⁵ SEGATO, Rita Laura. *Las estructuras elementales de la violencia*: ensayos sobre género entre la antropología, el psicoanálisis y los derechos humanos. Bernal: Universidad Nacional de Quilmes, 2003.

⁶⁶ BANDEIRA, Lourdes Maria. Violência de gênero: a construção de um campo teórico e de investigação. *Sociedade & Estado*, v. 29, n. 2, p. 449-469, 2014.

Este achado alinha-se a outras pesquisas, que tem documentado que a violência contra as mulheres deita suas causas mais profundas na cultura sexista de discriminação às mulheres⁶⁷, ainda que haja outros fatores que potencializem a violência. Portanto, a primeira linha de enfrentamento à violência contra as mulheres deve estar focada na mudança desses padrões sociais sexistas que justificam e fomentam as reações de violência pelos homens, questionando normas, estruturas e práticas que reforçam a desigualdade de gênero nas diversas esferas da vida social, como escolas, trabalho, organizações comunitárias, veículos de comunicação social e outros.

Sobre a relevância das ações educativas, afirmam Pasinato e Lemos⁶⁸:

A Lei provoca a revolucionar o modo como a sociedade enfrenta os tabus relacionados a papéis sociais e papéis sexuais, que deixam de ser tratados de forma naturalizada e calcada no essencialismo do mundo binário, heteronormativo e patriarcal, consagrado nas imagens do “pai autoritário, mãe submissa e filhos amedrontados”, como captado por Sérgio Buarque de Holanda em sua análise do homem cordial.

Segundo Ávila, estas ações de prevenção primária devem⁶⁹:

[Q]uestionar a tolerância da violência contra a mulher, promover a independência e o poder de decisão da mulher nos espaços público e privado, questionar os papéis estereotipados de gênero e estimular a autoconfiança nas mulheres, fortalecer relações igualitárias e respeitadas entre homens e mulheres, assim como entre rapazes e garotas, promover e normalizar a igualdade nas relações entre homens e mulheres na esfera pública e privada.

A superação destas raízes mais profundas da violência contra a mulher exige o desenvolvimento de políticas que promovam relações de gênero mais equânimes, estimulem a cooperação entre homens e mulheres e promovam a resolução não violenta dos conflitos⁷⁰. O aprendizado sobre a igualdade entre homens e mulheres, desde a infância, adolescência e juventude constitui elemento de proteção contra a violência na fase adulta⁷¹. Estas políticas públicas de prevenção primária, mediante campanhas de conscientização social e planos educacionais estruturados nos diversos ciclos para a promoção da igualdade de gênero, devem observar as geografias locais, com vistas a articular não só os marcadores de gênero, mas outros que na sociedade brasileira são determinantes para a produção de precariedades e desigualdades, como raça, etnia, classe e idade.

3.2 A invisibilidade da violência doméstica

Todos os autores de feminicídio tinham praticado outros atos de violência antes do evento letal. Em 88,2% dos casos (n=30) o agressor tinha anteriormente praticado atos de controle coercitivo derivados de sentimento de posse e em 61,8% (n=21) atos de violência física. Em 55,9% dos casos (n=19), filhos, familiares ou amigos já haviam presenciado as agressões e em 64,7% dos casos (n=22) o agressor já havia praticado violência contra familiares da vítima ou terceiros. Mas em apenas 23,5% dos casos (n=8) havia registro de ocorrência policial contra o agressor. Em 20,5% dos casos (n=7) o agressor já tinha registros de boletim de ocorrência por violência doméstica com companheira anterior.

⁶⁷ JEWKES, Rachel. Intimate partner violence: causes and prevention. *The Lancet*, v. 359, p. 1423-1429, 2002. HEISE, Lori L.; KOTSADAM, Andreas. Cross-national and multi-level correlates of partner violence: an analysis of data from population-based surveys. *Lancet Global Health*, v. 3, 2013. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Prevenção da violência sexual e da violência pelo parceiro íntimo contra a mulher: ação e produção de evidência*. Genebra: OMS, 2012.

⁶⁸ PASINATO, Wania; LEMOS, Amanda Kamancheck. Lei Maria da Penha e prevenção da violência doméstica e familiar contra a mulher. In: VIZA, Ben-Hur; SARTORI, Myrian Caldeira; ZANELLO, Valeska (orgs.). *Maria da Penha vai à escola: educar para prevenir e coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher*. Brasília: TJDF, 2017. p. 16.

⁶⁹ ÁVILA, Thiago André Pierobom de. Políticas públicas de prevenção primária à violência contra a mulher: lições da experiência australiana. *Revista Gênero*, v. 17, n. 2, p. 95-125, 2017. p. 104.

⁷⁰ CARIDADE, Sônia; SAAVEDRA, Rosa; MACHADO, Carla. Práticas de prevenção da violência nas relações de intimidade juvenil: orientações gerais. *Análise Psicológica*, v. 30, n. 1-2, p. 131-142, 2012.

⁷¹ CONCHA-EASTMAN, Alberto; MALO, Miguel. Da repressão à prevenção da violência: desafio para a sociedade civil e para o setor saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 11, supl., p. 1179-1187, 2006.

Este quadro indica que muitas das vítimas fatais de violência doméstica têm um histórico de violência, usualmente percebido pelo círculo de amigos e familiares, todavia a vítima não procura ajuda de profissionais ou reporta a situação às autoridades de responsabilização, o que contribui para a evolução do contexto de violência para episódios fatais. Pesquisa, realizada em 2019, pela Datafolha, também evidencia baixo reporte da violência pela mulher à rede: 10,3% procurou uma delegacia da mulher, 8% procurou uma delegacia comum, 5,5% ligou para o Disque 190, 15% procurou ajuda da família, e 52% não fez nada⁷².

A presente pesquisa identificou que, em ao menos em cinco casos, os vizinhos ouviam constantemente as agressões físicas à vítima, mas não fizeram comunicação às autoridades, perdendo-se oportunidade para evitar a escalada da violência ao feminicídio. Os familiares e amigos que integram a rede primária de apoio social são fundamentais para propiciar o suporte às mulheres em situação de violência, seja pelo apoio emocional que oferecem, seja pelo apoio material, dando informações ou mesmo acionando o Estado, no registro de denúncias.

Outro dado que chama a atenção é o fato de 20,5% das vítimas iniciarem relacionamentos com homens com histórico de agressões anteriores a outras companheiras, tendo a relação evoluído para o feminicídio, o que permite problematizar quanto às falhas do Estado nas respostas anteriores e o direito à informação por partes dessas mulheres ao histórico de violência de seus parceiros⁷³.

Assim, na perspectiva da prevenção primária, uma campanha de atenção pública esclarecendo o conceito de violência doméstica na comunidade em geral pode auxiliar as famílias, amigos e vizinhos de vítimas de violência doméstica a melhor compreenderem o que constitui a violência doméstica e familiar. Tal campanha também contribuiria para identificar quando pessoas estão em situação de risco e estimulá-las a procurarem auxílio. Deve-se dar especial visibilidade à violência psicológica, como forma de violência usualmente invisível que pode evoluir para o feminicídio.

3.3 Desigualdade social

A pesquisa documentou uma hiper-representação de vítimas pertencentes a extratos sociais mais pobres, em contexto de desigualdade social.

A maioria das vítimas e agressores era migrantes, naturais de outras unidades federativas, representando 70,6% (n=24) tanto das vítimas quanto dos agressores. Para as vítimas, a procedência mais usual foi Minas Gerais (17,6%, n=6), Bahia (8,8%, n=3), Goiás (8,8%, n=3) e Maranhão (8,8%, n=3). Para os agressores, a procedência mais comum foi Bahia (20,5%, n=7), Goiás (11,7%, n=4), Minas Gerais (11,7%, n=4) e Maranhão (8,8%, n=3).

Em relação à ocupação das vítimas, observa-se que 30% são empregadas domésticas, e a maioria, como se deprende da Tabela 4, eram trabalhadoras com profissões socialmente pouco valorizadas, algumas com altos índices de informalidade.

Tabela 4 - Distribuição de frequência da ocupação da vítima

Profissão	TOTAL
Empregada Doméstica ¹	10 (29,5%)
Comerciária	5 (14,8%)
Aposentada ²	4 (11,8%)
Dona de casa	2 (5,9%)
Manicure ³	2 (5,9%)

⁷² FBSP; DATAFOLHA. *Visível e invisível: a vitimização de mulheres no Brasil*. 2. ed. São Paulo: FBSP; Datafolha, 2019.

⁷³ Aprofundaremos esta análise em outro artigo.

Trabalho informal – Panfletagem	2 (5,9%)
Auxiliar de Limpeza	1 (2,9%)
Catadora de materiais recicláveis	1 (2,9%)
Cobrador de transporte público	1 (2,9%)
Desempregada	1 (2,9%)
Estudante	1 (2,9%)
Sem informação	4 (11,8%)
Total	34 (100%)

1 – Uma (1) mulher acumulou com comerciária

2 – Algumas mulheres acumularam com Cabeleireira, Empregada Doméstica e Fisioterapeuta

3 - Uma (1) mulher acumulou com profissional do sexo

Os agressores apresentam perfil semelhante. Nota-se a predominância de atividades reconhecidamente masculinas, sendo a de pedreiro a mais usual (14,8%).

Tabela 5 - Distribuição de frequência da profissão do agressor

Profissão	TOTAL
Pedreiro ¹	5 (14,8%)
Aposentado ²	4 (11,8%)
Auxiliar de Limpeza	2 (5,9%)
Empresário	2 (5,9%)
Vendedor ambulante ³	2 (5,9%)
Auxiliar de Montagem	1 (2,9%)
Caminhoneiro	1 (2,9%)
Catador de materiais recicláveis	1 (2,9%)
Comerciário	1 (2,9%)
Copeiro	1 (2,9%)
Cuidador social (GDF)	1 (2,9%)
Estudante	1 (2,9%)
Gerente de produção	1 (2,9%)
Jardineiro	1 (2,9%)
Marceneiro	1 (2,9%)
Mecânico	1 (2,9%)
Motorista	1 (2,9%)
Padeiro	1 (2,9%)
Policia Militar	1 (2,9%)
Sem ocupação	1 (2,9%)
Servidor público federal	1 (2,9%)
Técnico em telefonia	1 (2,9%)
Vigilante	1 (2,9%)
Zelador	1 (2,9%)
Total	34

1 – Um caso acumula com caseiro

2 – Acumulados com agricultor, eletricista, agiota e operador de fraudes

3 – Em um caso há informações de que o agressor estaria envolvido em tráfico de drogas

Quanto ao grau de escolarização, 41% das vítimas (n=14) e 61% dos agressores (n=21) estudaram até no máximo o ensino fundamental (Tabela 6). Apenas 2,9% das mulheres (n=1) e 8,8% dos agressores (n=3) concluíram o ensino superior.

Tabela 6 - Distribuição de frequência da escolaridade da vítima e agressor

Escolaridade	Feminicídios de 2016-2017	
	VÍTIMAS	AGRESSORES
Não alfabetizado	0	1 (2,9%)
Ensino Fundamental incompleto	11 (32,3%)	16 (47,1%)
Ensino Fundamental	3 (8,8%)	4 (11,8%)
Ensino Médio incompleto	6 (17,6%)	1 (2,9%)
Ensino Médio	5 (14,7%)	2 (5,9%)
Ensino Superior incompleto	3 (8,8%)	2 (5,9%)
Ensino Superior	1 (2,9%)	3 (8,8%)
Sem informação	5 (14,7%)	5 (14,7%)
Total	34 (100%)	34 (100%)

Pesquisa anterior documentou uma concentração de 31% de vítimas com escolaridade até o ensino fundamental completo, e 54% de ausência de informação, bem como 60% dos agressores nesta faixa educacional e 20% sem informação⁷⁴. A aparente elevação da quantidade de mulheres em baixa escolaridade pode ser reflexo da diminuição da ausência da informação nos processos.

Em relação ao local de moradia, a maioria das vítimas residia em regiões administrativas de baixa renda. As relações de mortes por habitantes mais acentuadas ocorreram nos locais de menor renda.

Tabela 7 - Distribuição de frequência da RA de Moradia da vítima e renda per capita da RA⁷⁵

RA	Total de Feminicídios	População Estimada	Mortes por 100 mil habitantes	Renda Per Capita
Ceilândia	7 (20,6%)	432.927	1,62	R\$ 1.120,02
Samambaia	6 (17,7%)	232.893	2,58	R\$ 992,41
Santa Maria	4 (11,8%)	128.882	3,10	R\$ 979,18
Estrutural	2 (5,9%)	35.520	5,63	R\$ 569,97
São Sebastião	2 (5,9%)	115.256	1,74	R\$ 1.359,60
Gama	2 (5,9%)	132.466	1,51	R\$ 1.597,05
Fercal	1 (2,9%)	8.583	11,65	R\$ 815,93
Itapoã	1 (2,9%)	62.208	1,61	R\$ 930,66
Brazlândia	1 (2,9%)	53.534	1,87	R\$ 1.120,61
Planaltina	1 (2,9%)	177.492	0,56	R\$ 1.139,82
Sobradinho I	1 (2,9%)	60.077	1,66	R\$ 2.127,06
Candangolândia	1 (2,9%)	16.489	6,06	R\$ 1.415,65
Vicente Pires	1 (2,9%)	66.491	1,50	R\$ 2.698,48
Guará (II)	1 (2,9%)	134.002	0,75	R\$ 3.642,72
Jardim Botânico	1 (2,9%)	26.449	3,78	R\$ 5.872,08
Plano Piloto	1 (2,9%)	221.326	0,45	R\$ 6.770,21

⁷⁴ DINIZ, Debora (coord.). *Radiografia dos homicídios por violência doméstica contra a mulher no Distrito Federal*. Brasília: ANIS, 2015.

⁷⁵ Acrescentou-se as duas regiões administrativas com maior renda do DF (Lago Sul e Sudoeste/Octogonal), para apenas colocar em perspectiva a diferença de renda.

RA	Total de Femicídios	População Estimada	Mortes por 100 mil habitantes	Renda Per Capita
Lago Sul	0	29.754	0	R\$ 8.317,19
Sudoeste/Octogonal	0	53.770	0	R\$ 7.093,21
Lago Norte	0	33.103	0	R\$ 6.394,04
Park Way	0	20.511	0	R\$ 5.959,65
Águas Claras	0	161.184	0	R\$ 4.409,06
Cruzeiro	0	31.079	0	R\$ 3.754,74
Sobradinho II	0	85.574	0	R\$ 2.358,03
Taguatinga	0	205.670	0	R\$ 2.208,21
Núcleo Bandeirante	0	23.619	0	R\$ 2.380,94
Riacho Fundo I	0	41.410	0	R\$ 1.310,51
Recanto Das Emas	0	130.043	0	R\$ 857,74
Paranoá	0	65.533	0	R\$ 826,39
Riacho Fundo II	0	85.658	0	R\$ 795,03
Santo Antônio do Descoberto - GO	1 (2,9%)			-
Total	34 (100%)			R\$ 2.461,47

Fonte colunas 1, 3 e 5: CODEPLAN, 2018.

Fonte coluna 4: Elaboração própria.

Quanto à situação de moradia das vítimas, apenas 17,7% (n=6) tinham casa própria.

Tabela 8 - Distribuição de frequência da Situação de Moradia da vítima

Moradia	TOTAL
Alugada	12 (35,2%)
Própria	6 (17,7%)
Cedida	6 (17,7%)
Funcional	-
Sem Informação	6 (17,7%)
Outro: Mora com os pais	4 (11,7%)
Total	34 (100%)

Entre os casos analisados (n=34), apenas 32,4% (n=11) traziam informações sobre a renda individual das vítimas, e 41,2% (n=14) dos agressores. Realizou-se uma estimativa de renda a partir do conjunto das informações socioeconômicas disponíveis nos autos e nas entrevistas com familiares, tais como a profissão, nível de escolaridade e local de moradia. Conforme a Tabela 9, em 90% dos casos (n=30) a renda da vítima estava no intervalo entre sem renda e dois salários-mínimos, o que também se verifica em relação à renda do agressor em 64,7% dos casos (n=24).

Tabela 9 - Distribuição da frequência de renda informada e estimada da vítima e agressor

RENDA INDIVIDUAL	INFORMADA		ESTIMADA	
	VÍTIMA	AGRESSOR	VÍTIMA	AGRESSOR
Sem renda	3 (27,3%)	3 (8,8%)	5 (14,7%)	3 (8,8%)
Até 1 Salário mínimo	5 (45,4%)	6 (29,4%)	18 (53,0%)	16 (47,1%)
01 a 02 Salários mínimos	2 (18,2%)	2 (17,7%)	7 (20,6%)	3 (8,8%)
02 a 04 Salários mínimos	0	2 (11,8%)	1 (2,9%)	6 (17,7%)

RENDA INDIVIDUAL	INFORMADA		ESTIMADA	
	VÍTIMA	AGRESSOR	VÍTIMA	AGRESSOR
05 a 10 Salários mínimos	1 (9,1%)	1 (2,9%)	1 (2,9%)	4 (11,8%)
11 a 15 Salários mínimos	0	0	0	1 (2,9%)
Sem informação	-	-	2 (5,9%)	1 (2,9%)
Total	11 (32,4%)	14 (41,2%)	34 (100%)	34 (100%)

A renda média estimada das vítimas foi de 0,92 SM, e a dos agressores foi de 2,38 SM, ou R\$ 862,04 e R\$ 2,230,06, respectivamente, considerando-se o valor do SM de 2017. A mediana da diferença de renda entre agressor e vítima foi de 0,5 SM, sendo que em 9 casos a diferença de renda entre ambos foi superior a 2 SM. Estas rendas são substancialmente inferiores à renda mensal do trabalhador no Distrito Federal, que em 2018 foi de R\$ 3.494.00⁷⁶. Em 23,5% dos casos (n=8) a vítima era dependente financeiramente do agressor. Nos demais casos, a diferença de renda levanta a hipótese de que a perda da contribuição financeira do agressor comprometeria significativamente a renda familiar da vítima.

Esses dados permitem a conclusão de que o risco de envolvimento em feminicídio está associado à desigualdade social. Apesar de a raiz da violência contra a mulher estar na discriminação de gênero, a interseccionalidade localiza e historiciza o gênero, mostrando como as discriminações de gênero se agudizam em países marcados pela decolonialidade. O legado colonial de desumanização estrutural multiplica violências às mulheres socialmente excluídas.

Este achado alinha-se a outras pesquisas. Portella, ao analisar a configuração de homicídios de mulheres no Estado de Pernambuco, aponta evidências da concentração da violência letal em territórios precários, econômica e socialmente desorganizados, assinalando a relação entre as dinâmicas da violência de gênero e da precarização da vida⁷⁷. A superposição de carências implica num déficit da rede pública de proteção social que viabilize o acesso a bens e serviços básicos como educação, saúde, habitação, nutrição, segurança pública, justiça, cultura e lazer.

Formação educacional e melhoria nas condições de renda são importantes fatores de imunização para mulheres e homens; usualmente mulheres com maior acesso à informação teriam maior autonomia e menor tolerância às agressões⁷⁸. Segundo Jewkes, há uma relação entre violência e pobreza, mediada pela identidade masculina⁷⁹. A pobreza experimentada pelos homens compromete as expectativas sociais de masculinidade bem-sucedida, criando um fator de vulnerabilidade à ação violenta. A pobreza potencializa conflitos relacionados com patrimônio e papéis de gênero, e relações mais conflituosas tendem a ter mais episódios de violência de gênero⁸⁰.

O contexto de maioria de migrantes (70,6%) é um exemplo de regionalismo próprio do DF, pois os não naturais do DF representam 44,7% da população, na área urbana⁸¹. Ainda assim, há uma sobrerrepresentação, que sinaliza um fator de vulnerabilidade, pois revela que há uma fraca rede social de apoio a estas mulheres, indicando a relevância das políticas públicas de integração social. Ademais, considerando que a dependência econômica da vítima ao agressor é um fator de risco, promover a independência econômica das mulheres e maior igualdade de gênero nas relações de trabalho também se mostra como estratégia relevante

⁷⁶ CODEPLAN. *PDAD: Pesquisa Distrital por Amostragem de Domicílios*. Brasília: CODEPLAN, 2018.

⁷⁷ PORTELLA, Ana Paula. Para além da violência doméstica: o reconhecimento das situações de feminicídio como imperativo para a eficácia das políticas de prevenção. In: PASINATO, Wania *et al.* (orgs.). *Políticas públicas de prevenção à violência contra a mulher*. São Paulo: Marcial Pons, 2019. p. 109-131.

⁷⁸ VIEIRA, Luiza Jane Eyre de Souza *et al.* Fatores associados à sobreposição de tipos de violência contra a mulher notificada em serviços sentinela. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 21, n. 4, p. 1-8, 2013.

⁷⁹ JEWKES, Rachel. Intimate partner violence: causes and prevention. *The Lancet*, v. 359, p. 1423-1429, 2002.

⁸⁰ JEWKES, Rachel. Intimate partner violence: causes and prevention. *The Lancet*, v. 359, p. 1423-1429, 2002.

⁸¹ CODEPLAN. *PDAD: Pesquisa Distrital por Amostragem de Domicílios*. Brasília: CODEPLAN, 2018.

de prevenção primária⁸². Esta estratégia deve ser associada à redução das representações tradicionais sobre papéis de gênero, sob pena de o início de independência econômica de uma mulher representar a quebra de uma expectativa de gênero e incrementar a escalada de violência pelo parceiro⁸³.

O avanço na independência econômica das mulheres exige condições de cuidado aos filhos. Políticas de desfamiliarização, que buscam romper a lógica geracional de sobrecarga das funções de cuidado sobre as mulheres, não avançaram na América Latina. Perpetua-se, desta forma, um caráter maternalista nas políticas de cuidado, cuja maior consequência é a manutenção da divisão sexual do trabalho e a precarização feminina. É necessário, portanto, que o Estado brasileiro adote responsabilidade institucional no cuidado com crianças e idosos, fomentando um regime de efetiva equidade de gênero⁸⁴.

3.4 Racismo e mulheres negras

As principais fontes de informação sobre a raça/cor das vítimas foram as declarações de óbito, laudos do IML e registro civil. Todavia, as informações não foram convergentes.

Tabela 10 - distribuição de frequência de raça/cor das vítimas por tipo de documento

Raça/cor	Declaração de óbito	Laudo IML	Prontuário Civil
Branca	10 (29,4%)	10 (29,4%)	3 (8,8%)
Parda	21 (61,8%)	16 (47,1%)	12 (35,3%)
Preta	3 (8,8%)	1 (2,9%)	2 (5,9%)
Ilegível	0	0	1 (2,9%)
Sem Informação	0	7 (20,6%)	16 (47,1%)
Total	34 (100%)	34 (100%)	34 (100%)

O quesito raça/cor é de registro obrigatório nos sistemas de informação em saúde, por força da Portaria GM/MS nº 344 de 01 de fevereiro de 2017. São obrigatórios a coleta e o preenchimento do campo pelos profissionais atuantes nos serviços de saúde, respeitando o critério de autodeclaração do usuário, dentro dos critérios utilizados pelo IBGE. Portanto os documentos anteriores a 2017 não necessariamente trazem registro adequado deste descritor.

Realizando-se a triangulação destas três principais fontes de informação, e complementando-as com as eventuais informações processuais (depoimentos, laudos do IC, fotografias), foi possível reduzir as discrepâncias. Segundo a pesquisa, 71% (n=24) das vítimas e 44% (n=15) dos agressores eram negros, apesar de as negras representarem 56,1% da população de mulheres no DF. Se excluirmos os agressores sem informação sobre raça/cor (29%, n=10), o percentual de agressores negros se eleva para 62,5% (n=15).

⁸² MEDEIROS, Marcela Novais. Avaliação de risco em casos de violência contra a mulher perpetrada por parceiro íntimo. 2015. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica e Cultura) – Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, 2015.

⁸³ HEISE, Lori L.; KOTSADAM, Andreas. Cross-national and multi-level correlates of partner violence: an analysis of data from population-based surveys. *Lancet Global Health*, v. 3, 2013.

⁸⁴ MOTTA, Filipe; CAMPOS, Bárbara Lopes. Estado de bienestar social y políticas públicas para mujeres en países nórdicos y América Latina: de la sociedad civil a la institucionalización. *Sexualidad, Salud y Sociedad, Revista Latinoamericana*, n. 33, p. 158-179, 2019.

Tabela 11 - Distribuição de frequência por raça/cor da vítima e do agressor dos feminicídios e na população de mulheres do DF

Raça/cor	População de Mulheres do DF	Feminicídios de 2016-2017	
		Vítimas	Agressores
Branca	42,3%	10 (29%)	9 (27%)
Parda	46,9%	22 (65%)	14 (41%)
Preta	9,2%	2 (6%)	1 (3%)
Amarela	1,3%	0	0
Indígena	0,3%	0	0
Sem Informação	-	0	10 (29%)
Total	100%	34 (100%)	34 (100%)

Fonte coluna 2: CODEPLAN, 2018.

Em comparação com pesquisa anterior, verifica-se um discreto decréscimo no percentual de vítimas negras (de 80% para 71%) e um decréscimo significativo quanto aos agressores (de 62% para 44%)⁸⁵.

A hiper-representação das mulheres negras nos feminicídios indica sua maior vulnerabilidade à violência. As relações de gênero que perpassam a violência contra a mulher mostram aqui a sua estreita conexão com o racismo e a exclusão social presente na sociedade brasileira e que perpassa a história de vida dessas mulheres, fomentando múltiplas violências.

Realizando-se o cruzamento de raça/cor e renda, verifica-se que a média da renda das mulheres negras foi de 1,1 SM, e a das brancas foi de 0,5 SM. A maior renda de todas as mulheres brancas (1,5 SM) foi cinco vezes menor que a maior renda dentre as mulheres negras (7,5 SM). Isso indica que, ainda que existam algumas poucas mulheres brancas dentre as vítimas de feminicídio, elas fazem parte do grupo porque o gênero se intersecta com outro fator de discriminação: uma desigualdade social ainda mais acentuada.

Os achados da pesquisa quanto à sobrerrepresentação das mulheres negras, pobres e migrantes, nas vítimas de feminicídio, sinaliza que gênero, raça, classe e, especificamente no contexto do DF, o status migratório, estão entrelaçados enquanto fatores de discriminação às mulheres. Portanto, as políticas de prevenção deveriam contemplar as particularidades deste perfil criminológico local.

4 Prevenção secundária

4.1 Notificação compulsória e referência por atendimentos de saúde decorrentes de violência às vítimas

No registro do prontuário eletrônico de saúde dos envolvidos no feminicídio, para 47% das vítimas (n=16) e 73,5% dos autores (n=25) há um ou mais episódios anteriores de atendimento na rede pública de saúde por violência urbana ou doméstica registradas, seja de forma direta no relato do atendimento, ou indireta pela percepção profissional devido a recorrência de procura de atendimento por acidentes, fraturas, cortes e hematomas, por exemplo.

⁸⁵ DINIZ, Debora (coord.). *Radiografia dos homicídios por violência doméstica contra a mulher no Distrito Federal*. Brasília: ANIS, 2015.

A correlação entre violência doméstica e impactos na saúde mental das mulheres é amplamente reconhecida⁸⁶. Além dos impactos imediatos de lesões corporais, há igualmente, consequências de longo prazo da violência psicológica, com impactos na saúde física e mental, aumentando o risco de depressão, tentativas de suicídio, síndromes de dor crônica, distúrbios psicossomáticos, dentre outras diversas consequências à saúde⁸⁷. Estudos internacionais indicam que muitas das vítimas fatais nunca haviam antes comunicado a situação de violência à polícia, apesar de já terem anteriormente acessado serviços de saúde ou de aconselhamento jurídico⁸⁸.

Como visto anteriormente, todos os registros no prontuário eletrônico que remetem a situações de violência deveriam ter sido, por força da normativa vigente, notificados no SINAN (Lei n. 10.778/2003; Portaria n. 1.271/2014 – MS). Esta notificação compulsória é atualmente a principal ferramenta de articulação dos serviços de saúde de atenção primária e secundária com os serviços de saúde especializados na prevenção à violência⁸⁹. Todavia, a pesquisa documentou falhas nesta comunicação. Das 16 vítimas atendidas nos serviços de saúde com histórico de violências interpessoais, em apenas 3 casos (18,7% deste grupo) houve a ficha de notificação para violência interpessoal ou autoprovocada registrada no banco de dados do SINAN. Delas, uma por violência física 7 meses antes do crime, outra por violência sexual 6 anos antes do crime e a terceira por violência física 2 anos antes. Dentre os casos sem notificação, citamos dois exemplos. Uma das vítimas havia já recebido atendimento médico por agressões físicas praticadas por seu companheiro anterior, e pelo uso abusivo de drogas, mas não houve notificação compulsória ao SINAN e encaminhamento ao CEPAV ou ao CAPS-AD. Outra vítima teve um atendimento médico por apedrejamento, resultando em aborto, cerca de um ano antes do feminicídio.

A observação dos prontuários eletrônicos demonstra que o CID X utilizado no seu preenchimento costuma remeter ao diagnóstico imediato ao atendimento, sem menção à situação de violência subjacente. Esse padrão se repete, inclusive, nas declarações de óbito. A não utilização de CID X que remeta a situações de violência dificulta a busca ativa dos usuários do SUS em decorrência das diversas violências e consequentemente a elaboração e estruturação de políticas públicas protetivas.

Segundo Ávila⁹⁰:

Normalmente os profissionais de saúde possuem resistência de realizarem a notificação compulsória por falta de adequada sensibilização para a relevância do diagnóstico da situação de violência doméstica (segundo subsídios da medicina forense, por exemplo), falta de capacitação para o preenchimento da ficha, por desvalorizarem a relevância do fenômeno, por imaginarem que a notificação compulsória implica em automática comunicação a órgãos externos e não quererem se envolver no conflito por medo de retaliações.

Mesmo estando em posição privilegiada para identificar sinais e sintomas de violências intrafamiliares nos seus processos de trabalho, a prática dos profissionais de saúde, em especial os de atenção básica, ainda não traduz esse potencial. A melhoria nesta detecção e atendimento de mulheres vítimas de violência doméstica deveria incluir: um protocolo de triagem para detecção precoce dos casos de violência, o treinamento continuado sobre gênero e a rede de serviços às mulheres, e a articulação com grupos de apoio às mulheres⁹¹.

⁸⁶ RIBEIRO, Wagner S.; ANDREOLI, Sérgio B.; FERRI, Cleusa P.; PRINCE, Martin; MARI, Jair Jesus. Exposição à violência e problemas de saúde mental em países em desenvolvimento: uma revisão da literatura. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 31, supl. 2, p. S49-S57, 2009. ZANELLO, Valeska. Violência de gênero contra as mulheres e saúde mental: psiquiatrização, silenciamento e invisibilidades. In: PASINATO, Wania *et al.* (orgs.). *Políticas públicas de prevenção à violência contra a mulher*. São Paulo: Marcial Pons, 2019. p. 135-158.

⁸⁷ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Relatório mundial sobre violência e saúde*. Genebra: OMS, 2002.

⁸⁸ MCCULLOCH, Jude *et al.* *Review of the family violence risk assessment and risk management framework (CRAF)*: final report. Melbourne: Monash University, 2016.

⁸⁹ ÁVILA, Thiago Pierobom de. Notificação compulsória e comunicação externa em casos de violência doméstica contra a mulher. In: STEVENS, Cristina *et al.* (orgs.). *Mulheres e violências: interseccionalidades*. Brasília: Technopolitik, 2017. p. 523-545.

⁹⁰ ÁVILA, Thiago Pierobom de. Notificação compulsória e comunicação externa em casos de violência doméstica contra a mulher. In: STEVENS, Cristina *et al.* (orgs.). *Mulheres e violências: interseccionalidades*. Brasília: Technopolitik, 2017. p. 528.

⁹¹ ZANELLO, Valeska. Violência de gênero contra as mulheres e saúde mental: psiquiatrização, silenciamento e invisibilidades.

Ainda quando há a notificação compulsória, é necessário avaliar melhores estratégias para a busca ativa das vítimas. Citamos um dos três casos notificados como exemplo: a vítima estava em situação de risco grave com múltiplas reincidências de violência doméstica, houve notificação da violência sofrida (ou sua suspeita) percebida no atendimento de saúde por lesões corporais ao CEPAV, que realizou busca ativa telefônica à vítima, todavia esta não compareceu. Em seguida, não houve visita domiciliar, pois à época dos fatos, não havia articulação entre o serviço e a estratégia de saúde da família (atenção primária à saúde) para realização de visita domiciliar, articulação apenas desenvolvida com a Portaria n. 77, de 14/02/2017, da Secretaria de Saúde do DF. A vítima sofreu o feminicídio após 7 meses. Este achado ressalta a importância de fortalecer esta articulação entre CEPAV e atenção básica à saúde, integrando as equipes de saúde da família para o acompanhamento de casos de violência contra a mulher, especialmente para busca ativa domiciliar de casos de risco extremo, com um protocolo humanizado que incorpore o respeito à autonomia da mulher para garantir seu engajamento nos serviços⁹².

Constata-se a relevância de se padronizar os formulários de dados cadastrais e viabilizar compartilhamento destas informações entre os diversos integrantes da rede de proteção. Especialmente, de se viabilizar à vigilância epidemiológica acesso universal aos diversos sistemas de registro de prontuário eletrônico públicos e privados, para a busca ativa.

4.2 A referência e fomento de demanda espontânea de homens para programas reflexivos

Como visto anteriormente, todos os autores de feminicídio já tinham praticado outros atos de violência doméstica contra a vítima do feminicídio ou outra parceira e 73,5% dos autores (n=25) tinham atendimentos nas unidades de emergência da rede pública de saúde anteriores por violência interpessoal, com fraturas, cortes, contusões e feridas diversas, mas em nenhum caso houve encaminhamento ao CEPAV. Este achado relaciona-se com duas políticas públicas de prevenção: a necessidade de notificação compulsória e referência destes homens com atendimentos recorrentes de violência interpessoal a programas específicos para reflexão sobre as masculinidades violentas, como estratégia de cuidados à saúde, e as campanhas educativas incentivando a demanda espontânea a estes programas.

Embora ainda careçam de mais avaliações, as intervenções com autores de violência doméstica e familiar têm se destacado como ações que, aliadas àquelas voltadas para as mulheres, podem provocar uma maior equidade de gênero e constituir novas possibilidades no enfrentamento dessa violência⁹³. Estudo no Reino Unido, entrevistando as ex-companheiras dos homens participantes do grupo, indicou que na quase maioria dos casos a violência física ou sexual cessou, apesar de o estudo apontar dificuldades em reduzir outras formas mais sutis de violência psicológica⁹⁴.

Atualmente, a maioria dos programas reflexivos para homens funcionam atrelados ao sistema de justiça, sendo acionados apenas após a prática de atos mais severos de violência, portanto no âmbito da prevenção terciária⁹⁵. Todavia, eles deveriam ser incentivados para demanda voluntária em estágios preliminares da evolução do ciclo da violência, conforme a diretriz da Portaria n. 737/2001, do Ministério da Saúde, item 3.4.

In: PASINATO, Wania *et al.* (orgs.). *Políticas públicas de prevenção à violência contra a mulher*. São Paulo: Marcial Pons, 2019. p. 135-158.

⁹² SIGNORELLI, Marcos Claudio; TAFT, Angela; PEREIRA, Pedro Paulo Gomes. Domestic violence against women, public policies and community health workers in Brazilian Primary Health Care. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 1, p. 93-102, 2018.

⁹³ NOTHAFT, Raissa Jeanine; BEIRAS, Adriano. O que sabemos sobre intervenções com autores de violência doméstica e familiar? *Revista de Estudos Feministas*, v. 27, n. 3, e56070, 2019.

⁹⁴ KELLY, Liz; WESTMARLAND, Nicole. *Domestic violence perpetrators programs: project Mirabal final report*. Londres e Durham: London Metropolitan University, Durham University, 2015.

⁹⁵ PITTANGUY, Jacqueline; BARSTED, Leila Linhares. Violência contra as mulheres e homens autores de violência: os serviços de responsabilização. In: PASINATO, Wania *et al.* (orgs.). *Políticas públicas de prevenção à violência contra a mulher*. São Paulo: Marcial Pons, 2019. p. 253-274.

Os acessos de homens aos serviços de saúde em contexto de recorrente comportamento agressivo devem ser considerados um sinal de alerta para a referência a estes programas. Citaremos dois casos como ilustrativos. No primeiro caso, o agressor tinha atendimentos anteriores no serviço de saúde por violência interpessoal contra terceiros. Este comportamento agressivo também se refletia em atos de violência doméstica, tanto contra a futura vítima do feminicídio quanto contra a companheira anterior. Este achado sinaliza que o atendimento recorrente de homens em contexto de violência interpessoal pode sinalizar comportamentos de masculinidade violenta, que poderiam ser oportunidades para uma intervenção precoce.

No segundo caso, a vítima teve um episódio de violência doméstica com seu companheiro três anos antes do feminicídio, sendo que ambos deram entrada no serviço de saúde com lesões. Para ela, houve notificação compulsória ao CEPAV, onde ela compareceu apenas no acolhimento. Para ele, não houve qualquer encaminhamento.

Outra possível porta de comunicação com os programas para homens são os atendimentos relacionados ao uso abusivo de álcool. Por exemplo, em um dos casos o agressor havia realizado acompanhamento pelo CAPS-AD, mas não participou de programa reflexivo sobre a masculinidade violenta.

4.3 Saúde materno-infantil

A pesquisa indicou que 5,9% das vítimas (n=2) sofreram o feminicídio quando estavam gestantes ou no período de 18 meses após o parto, e outras 8,8% (n=3) já haviam anteriormente sofrido outros atos de violência doméstica neste contexto, sendo que uma vítima enquadrava-se nas duas categorias (total n=4). Nos prontuários de saúde eletrônicos de 17,6% das vítimas (n=6) havia registro de gestação conturbada, de ter sofrido aborto ou de estar abortando.

Estatísticas australianas indicam que, dentre as mulheres que sofreram violência doméstica pelo ex-companheiro, 36% informaram que isso ocorreu quando elas estavam grávidas, em geral 58% das mulheres australianas que sofreram violência física ou sexual do parceiro nunca contataram a polícia e ainda 20% das mulheres sofreram violência psicológica ou física do companheiro no primeiro ano seguinte ao nascimento de um filho⁹⁶.

Essa situação de violência doméstica traz sérias consequências à saúde da mulher e da criança. Cerca de 40% das mulheres que experimentaram violência física ou psicológica nos primeiros 12 meses pós-parto apresentaram sintomas de depressão, em comparação apenas 12% das mulheres que não sofreram agressões apresentaram tais sintomas; mulheres em situação de violência doméstica tem o dobro de risco de darem à luz a uma criança com baixo peso (menos de 2.500g), que por sua vez terão maior risco de desenvolverem na idade adulta doenças crônicas como diabetes e hipertensão, bem como tais crianças terão maior probabilidade de terem problemas emocionais e comportamentais no início da infância⁹⁷.

Este achado da pesquisa indica a relevância de os profissionais de serviços de saúde materno-infantis estarem aptos para realizar o diagnóstico precoce de possíveis situações de violência, bem como se articularem com a rede de serviços especializada de atenção à violência contra a mulher. Em um projeto na Austrália, chamado MABELS, os serviços de aconselhamento às mulheres são instalados na mesma estrutura física dos serviços materno-infantis, de sorte que se uma profissional de saúde identificar situação de violência doméstica e a mulher desejar, ela já é imediatamente transferida para a sala ao lado, com a equipe multidisciplinar⁹⁸.

⁹⁶ VICTORIA. *MABELS project: mothers and babies engaging & living safely*. Melbourne: Victorian Legal Services Board and Commissioner, 2016.

⁹⁷ VICTORIA. *MABELS project: mothers and babies engaging & living safely*. Melbourne: Victorian Legal Services Board and Commissioner, 2016.

⁹⁸ VICTORIA. *MABELS project: mothers and babies engaging & living safely*. Melbourne: Victorian Legal Services Board and Commissioner, 2016.

4.4 Álcool e outras drogas

Dentre as vítimas, 20,6% (n=7) eram dependentes de álcool ou outras drogas. Dentre os agressores, 52,9% (n=18) faziam uso abusivo de álcool ou outras drogas. Em 1 caso de vítima e 3 casos de agressores, não havia certeza da informação, mas indícios que permitiam levantar a hipótese de talvez haver uso abusivo; se considerados estes casos de “talvez”, o percentual de vítimas que faziam uso abusivo de álcool ou outras drogas subiria para 23,5% (n=8) e de agressores para 61,8% (n=21). Em 35,3% dos casos (n=12) o agressor estava sob influência de álcool ou outras drogas no momento da prática do feminicídio. Em todos os casos houve requisição ao IML de exames de alcoolemia ou toxicologia para a vítima, mas em apenas 29,4% dos casos (n=10) houve a juntada aos autos do resultado; dentre os processos em que houve a juntada do resultado, em 50% deles (n=5) a vítima estava sob influência de álcool ou outras drogas no momento do feminicídio.

Em alguns casos, perdeu-se oportunidade de uma intervenção precoce. Por exemplo, em um dos casos, o agressor recebeu atendimento médico por intoxicação alcoólica alguns dias antes da prática do feminicídio, mas não houve referenciamento ao CAPS-AD.

A articulação entre drogas e violência, de modo geral, é bastante complexa, porém pouco analisada. O álcool reduz os freios inibitórios e facilita a criação do ambiente de disciplina masculina⁹⁹. O uso de álcool e outras drogas pode contribuir para o comportamento violento embora nem todos os usuários demonstrem esse comportamento e agridam fisicamente as parceiras, sendo o uso de drogas considerado um fator de risco extremo para reincidência da violência e o abuso¹⁰⁰. Pesquisa brasileira em atendimentos de saúde documentou que “[o] consumo de bebida alcoólica pela vítima foi o fator mais fortemente associado ao atendimento resultante de [VDFCM]”¹⁰¹.

Além das políticas de prevenção secundária ao uso abusivo de álcool, por se tratar de uma droga lícita, deveria haver igualmente investimentos em prevenção primária, com campanhas educativas para prevenir o consumo abusivo. Estas considerações sobre a intercorrência do álcool não devem ofuscar a raiz do problema, relacionada às atitudes sexistas dos agressores¹⁰². Wilson et al. apontam diversos estudos correlacionando o uso abusivo de álcool com a prevalência de VDFCM, argumentando que uma combinação de políticas contra o uso abusivo de álcool e de prevenção à violência de gênero, com enfoques nos níveis societário, comunitário, relacional e individual são apontadas como as melhores soluções para redução da VDFCM¹⁰³.

4.5 Saúde mental e suicídio

Em 8,8% dos casos (n=3) o agressor tinha doença mental comprovada por avaliação médica, e em 17,6% dos casos (n=6) o agressor já havia tentado ou ameaçado se suicidar. Em 14,7% dos casos (n=5) o agressor cometeu suicídio após o feminicídio.

Por exemplo, em um dos casos, o conflito que aparentemente desencadeou o feminicídio foi a responsabilização pelo agressor à vítima quanto ao suicídio da mãe dele, o que sugere a importância da capacitação dos profissionais para o acolhimento desse sofrimento.

⁹⁹ JEWKES, Rachel. Intimate partner violence: causes and prevention. *The Lancet*, v. 359, p. 1423-1429, 2002.

¹⁰⁰ MEDEIROS, Marcela Novais. *Avaliação de risco em casos de violência contra a mulher perpetrada por parceiro íntimo*. 2015. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica e Cultura) – Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, 2015.

¹⁰¹ GARCIA, Leila Posenato et al. Violência doméstica e familiar contra a mulher: estudo de casos e controles com vítimas atendidas em serviços de urgência e emergência. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 32, n. 4, e00011415, 2016. p. 6.

¹⁰² ÁVILA, Thiago André Pierobom de. Políticas públicas de prevenção primária à violência contra a mulher: lições da experiência australiana. *Revista Gênero*, v. 17, n. 2, p. 95-125, 2017.

¹⁰³ WILSON, Ingrid M.; GRAHAM, Kathryn; TAFT, Angela. Alcohol interventions, alcohol policy and intimate partner violence: a systematic review. *BMC Public Health*, v. 14, n. 881, p. 1-11, 2014.

Ribeiro et al., ao realizarem revisão de literatura, apontam que enquanto alguns autores afirmam que a violência é um preditor de transtornos mentais, outros asseveram que os problemas de saúde mental podem ser um fator de risco para se tornar vítima ou autor de violência¹⁰⁴. Trata-se de um crime de gênero, uma vez que os homens são a ampla maioria dos assassinos suicidas e as mulheres (e crianças), a maioria das vítimas, em contextos usualmente de ciúme e a vingança, especialmente após a separação do casal¹⁰⁵.

O fenômeno do feminicídio seguido de suicídio indica a importância de se pensar para além da intervenção punitiva criminal, pois indica que apenas o “medo da punição” pode não ser suficiente para conter os desígnios feminicidas. Este achado indica a relevância da articulação dos serviços de saúde mental aos homens na prevenção à violência contra a mulher.

4.6 Gravidez na adolescência

Como visto (Tabela 2), as vítimas eram majoritariamente jovens, entre 20 e 34 anos. 76% delas (n=26) tinha filhos, mas apenas 23,5% (n=8) tinham filhos com o agressor, com mediana de apenas 1 filho com o agressor (75%), o que representa um decréscimo de filhos com o agressor em comparação com pesquisa anterior, onde o percentual era de 44%¹⁰⁶. No total, 52,9% das vítimas (n=18) tinham filhos de outros relacionamentos, o que pode ser fonte adicional de estresse para a relação violenta. Almeida destaca que filhos de outro relacionamento podem aumentar sentimentos de ciúmes e posse por parte do agressor¹⁰⁷.

Dentre as mulheres que tinham filhos, a mediana de filhos era de 2. No total, 23,5% das vítimas (n=8) iniciaram a relação antes de completarem 20 anos, sendo 14,7% (n=5) em relação de conjugalidade (62,5% deste grupo).

A circunstância de muitas dessas mulheres iniciarem a relação afetiva ainda muito jovens indica que a atenção à conjugalidade na adolescência é uma possível política de prevenção. Um dos casos é ilustrativo: a vítima iniciou o relacionamento com o agressor quando tinha 13 anos, tendo engravidado aos 15 anos. Ela foi assassinada após 9 anos de relacionamento, aos 23 anos de idade.

Caridade et al. destacam a importância da prevenção da violência nas relações de intimidade dirigidas à população juvenil, assinalando a tendência das relações abusivas na adolescência se intensificarem e tornarem-se mais graves na fase adulta¹⁰⁸.

4.7 Contextos situacionais de risco e planos de segurança

Como visto anteriormente (Tabela 3), os tipos de conflitos mais usuais que levaram à prática dos feminicídios foram relacionados à manutenção da relação afetiva, isto é, não aceitação do término da relação afetiva ou suspeita de traição pela vítima (61,8%, n=21). Em todos os casos havia histórico de violências anteriores entre as partes (ao menos físicas ou psicológicas). Na maioria dos casos, os crimes ocorreram no âmbito de relações já duradouras, com média de 5 anos e 10 meses.

Metade dos feminicídios (n=17) ocorreram entre sexta-feira e domingo, e 67,7% deles (n=23) ocorreram de noite ou madrugada. 70,6% dos feminicídios ocorreram na casa da vítima. Nem sempre a relação de atual

¹⁰⁴ RIBEIRO, Wagner S.; ANDREOLI, Sérgio B.; FERRI, Cleusa P.; PRINCE, Martin; MARI, Jair Jesus. Exposição à violência e problemas de saúde mental em países em desenvolvimento: uma revisão da literatura. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 31, supl. 2, p. S49-S57, 2009.

¹⁰⁵ SOARES, Gláucio Ary Dillon. Matar e, depois, morrer. *Opinião Pública*, v. 8, n. 2, p. 275-303, 2002.

¹⁰⁶ DINIZ, Debora (coord.). *Radiografia dos homicídios por violência doméstica contra a mulher no Distrito Federal*. Brasília: ANIS, 2015.

¹⁰⁷ ALMEIDA, Iris; SOEIRO, Cristina. Avaliação de risco de violência conjugal: versão para policiais (SARA:PV). *Análise Psicológica*, v. 1, n. 28, p. 179-192, 2010.

¹⁰⁸ CARIDADE, Sônia; SAAVEDRA, Rosa; MACHADO, Carla. Práticas de prevenção da violência nas relações de intimidade juvenil: orientações gerais. *Análise Psicológica*, v. 30, n. 1-2, p. 131-142, 2012.

ou ex-parceira era clara, já que em 61,8% dos casos (n=21) a vítima havia se separado do autor recentemente ou estava tentando se separar. O meio mais comum à prática do crime foi o uso de faca ou outros instrumentos perfurocortantes.

Tabela 12 - Distribuição de frequência do local do crime

Local	Feminicídios de 2016-2017
Casa comum com a vítima	16 (47,1%)
Casa da vítima	6 (17,6%)
Casa do agressor	6 (17,6%)
Outros	3 (8,8%)
Via Pública	3 (8,8%)
Total	34 (100%)

Tabela 13 - Distribuição de frequência de arma ou meio utilizado

Arma ou meio utilizado	Feminicídios de 2016-2017
Faca ou similares	15 (44,1%)
Arma de fogo	9 (26,5%)
Sufocamento	4 (11,8%)
Espancamento	2 (5,9%)
Enforcamento	1 (2,9%)
Queimadura	1 (2,9%)
Paulada	1 (2,9%)
Não esclarecido	1 (2,9%)
Total	34 (100%)

Verifica-se em comparação a pesquisa anterior uma elevação nos feminicídios que ocorrem no interior da residência da vítima (de 51% para 64,7%) e a diminuição das mortes com facas ou armas de fogo (de 52% e 36% para 44% e 26%, respectivamente), em favor de formas mais brutais de agressão física, como o sufocamento (de 1% para 11,8%)¹⁰⁹. Analisando-se os contextos situacionais em que os crimes ocorreram, alguns padrões podem ser identificados. Três namoradas foram mortas quando discutiram para terminar o relacionamento e três companheiras foram mortas dentro de casa no curso de discussão derivada de sentimento de posse e controle. Duas namoradas e uma companheira foram mortas em contexto de perseguição por suspeita de suposta traição, além de um caso de *stalker* sem prévio relacionamento com a vítima. Em relação às ex-companheiras, em três casos ela retornou sozinha à casa do ex-casal para buscar objetos pessoais, tendo ali encontrado o agressor e ocorrido o crime. Em outros três casos, a ex-companheira foi ao encontro do agressor para receber um dinheiro ou algum favor, ocorrendo o crime. Em três casos a mulher terminou a relação afetiva, mas continuou morando na mesma residência com o agressor, o que levou ao feminicídio. Dentre as ex-namoradas, uma foi morta quando aceitou encontrar-se sozinha para discutir o término da relação e duas foram mortas em encontros fortuitos facilitados pela proximidade na convivência social.

Estes achados permitem problematizar o risco à segurança das mulheres quando decidem pôr fim à relação íntima de afeto, ou os encontros com os ex-parceiros após o término da relação, especialmente em situação de isolamento. Assim, os planos de segurança às mulheres em situação de violência doméstica deveriam incorporar protocolos para discutir com as mulheres estes contextos situacionais de risco, construindo-se estratégias concretas de gestão dos riscos potenciais¹¹⁰. Também sugerem a relevância de campanhas de

¹⁰⁹ DINIZ, Debora (coord.). *Radiografia dos homicídios por violência doméstica contra a mulher no Distrito Federal*. Brasília: ANIS, 2015.

¹¹⁰ Estas considerações não buscam culpabilizar as mulheres pelas violências sofridas, muito menos justificar a conduta masculina.

conscientização sobre como romper relações afetivas marcadas por violências anteriores de forma segura, sem subestimar o risco da violência de gênero. A situação de a mulher terminar a relação afetiva, mas continuar residindo na mesma casa do agressor deve ser vista como um sério fator de risco.

Estes achados também reforçam a relevância das medidas protetivas de urgência, especialmente o afastamento do lar e a proibição de aproximação e contato com o agressor, enquanto estratégias para se evitar a escalada da violência após o término da relação afetiva. Pesquisa documentou que quando há deferimento das medidas protetivas de urgência, em 88% dos casos não há novas comunicações de atos de violência doméstica entre as partes¹¹¹.

Torna-se relevante, portanto, maior articulação pelos profissionais da área de saúde para realizarem o diagnóstico de potenciais situações de violência doméstica e para referência aos serviços da rede especializada de proteção.

Os horários concentrados dos feminicídios aos finais de semana e período noturno estão alinhados com os horários usuais dos crimes de VDFCM, o que indicaria a relevância de os serviços policiais e de saúde funcionarem em horário diferenciado para poderem atender à demanda nestes horários¹¹². A intensificação dos trabalhos de patrulhamento preventivo (PROVID) nestes horários de risco também parece ser aconselhável.

5 Considerações finais

A análise dos casos de feminicídios consumados no Distrito Federal nos anos de 2016 e 2017, documenta que quando a mulher se torna uma vítima fatal, ela já foi vítima de uma série de outras violências de gênero, derivadas da cultura sexista. E que, apesar de se tratar de uma violência perversamente democrática, atingindo mulheres independentemente do grupo social, econômico, religioso ou cultural, ela atinge de forma mais acentuada determinado grupo populacional, mostrando como o gênero se historiciza pela raça e exclusão social¹¹³. Estes achados desafiam as políticas públicas de prevenção da violência contra a mulher a incorporarem as intersecções entre classe, raça e gênero na construção de um projeto civilizador que efetivamente confronte as desigualdades que essas categorias denunciam.

A pesquisa também documentou que quase metade das mulheres e a maioria dos homens envolvidos nos feminicídios tinham passagens anteriores pelos serviços de saúde por episódios de violência, indicando que esta poderia ter sido uma oportunidade para a intervenção preventiva. O reconhecimento de padrões previsíveis permite interceptá-los de forma antecipada, evitando estas mortes com a criação de condições de interrupção do ciclo de violência. Assim, a pesquisa sinaliza que as mulheres brasileiras morreram pela conjunção de lacunas da atuação protetiva do Estado. Também indica a relevância de agências públicas instituírem a continuidade de estudos como o presente, assim como ocorre em outros países¹¹⁴.

Sem antes reconhecer os méritos e desafios enfrentados por esses serviços, importa igualmente assumir responsabilidades de forma compartilhada, buscando o estreitamento da articulação entre as diferentes instâncias de intervenção, numa atuação intersetorial coletiva e mais horizontal na relação entre seus membros,

Elas se ligam a estratégias para gerenciar o risco de uma violência que deriva das relações de gênero, de reafirmação da masculinidade pela violência quando há o término de uma relação afetiva.

¹¹¹ DINIZ, Debora; GUMIERI, Sinara. Implementação de medidas protetivas da Lei Maria da Penha no Distrito Federal entre 2006 e 2012. In: PARESCHI, Ana Carolina Cambreses; ENGEL, Cíntia Liara; BAPTISTA, Gustavo Camilo (orgs.). *Direitos humanos, grupos vulneráveis e segurança pública*. Brasília: Ministério da Justiça e Cidadania, 2016. p. 205-231.

¹¹² GARCIA, Leila Posenato *et al.* Violência doméstica e familiar contra a mulher: estudo de casos e controles com vítimas atendidas em serviços de urgência e emergência. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 32, n. 4, e00011415, p. 1-11, 2016.

¹¹³ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Relatório mundial sobre violência e saúde*. Genebra: OMS, 2002.

¹¹⁴ DAWSON, Myrna (org.). *Domestic homicides and death reviews: an international perspective*. Londres: Palgrave Macmillan, 2017.

em prol da construção de respostas efetivamente integradas.

Verifica-se, em cada número, uma história de vida cujo curso foi interrompido pela violência. São custos intangíveis do sofrimento das vítimas diretas e indiretas, alcançadas pelo trauma e a dor associada à morte das suas mães, irmãs, filhas, amigas; para muito além dos danos sociais e dos custos econômicos da violência. Histórias que carregam, em comum, o desprezo à condição da mulher.

Segue abaixo uma tabela, com a síntese dos achados da pesquisa e sua correlação com as políticas de prevenção:

Achados da pesquisa	Políticas Públicas de Prevenção
Todos os feminicídios ocorreram por representações sexistas derivadas dos papéis de gênero, especialmente a não aceitação do término da relação e/ou a manutenção da autoridade masculina nas relações de família.	Políticas de Prevenção Primária voltadas à desconstrução de papéis sociais sexistas, como ações educacionais em escolas, campanhas sociais (foco em todos os níveis socioculturais) e promoção da inserção de mulheres em espaços de poder
Em todos os casos de feminicídio o agressor tinha histórico de outras violências, mas em apenas 23,5% dos casos houve prévio registro de ocorrência policial.	Campanhas de fomento à maior visibilidade e reconhecimento da VDFCM, especialmente da violência psicológica.
Na maioria dos casos (55,9%), filhos, familiares ou amigos já haviam presenciado as agressões.	Estímulo à intervenção de terceiros em contexto de VDFCM.
A maioria das vítimas e agressores era migrante (70,6%).	Políticas de fomento à intersectorialidade no contexto das redes sociais, articulando estratégias de interação social e fortalecimento das redes de apoio.
A maioria das vítimas e agressores possuía profissões precarizadas, baixo nível educacional e baixa renda (inferior à média dos trabalhadores no DF).	Promoção de inclusão social, com melhoria das condições econômicas e educacionais.
71% das vítimas e 62,5% dos agressores eram negros.	Promoção da igualdade racial. Individualização das políticas às mulheres com recorte de gênero, raça e classe.
47% das vítimas tinham prévio atendimento nos serviços de saúde por violência urbana ou doméstica, mas apenas 18,7% deste grupo teve notificação compulsória aos serviços especializados.	Padronização dos formulários de dados cadastrais. Criação de protocolo de triagem, para detecção precoce dos casos de violência. Treinamento continuado sobre gênero à rede de serviços às mulheres. Articulação com a rede especializada, especialmente com grupos de apoio às mulheres, com compartilhamento de informações do prontuário eletrônico. Acesso universal pela vigilância epidemiológica aos diversos sistemas de registro de prontuário eletrônico públicos e privados, para a busca ativa.

Achados da pesquisa	Políticas Públicas de Prevenção
73,5% dos autores tinham atendimentos de saúde anteriores por violência interpessoal.	Notificação compulsória e referência destes homens com atendimentos recorrentes de violência interpessoal a programas reflexivos. Campanhas para demanda espontânea a estes programas.
5,9% das vítimas sofreram o feminicídio quando estavam gestantes ou no período de 18 meses após o parto, 2,9% (n=1) já havia anteriormente sofrido outros atos de violência doméstica neste contexto e 17,6% das vítimas possuía registro de gestação conturbada nos prontuários de saúde eletrônicos.	Melhor qualificação de profissionais de saúde materno-infantis e sua articulação com a rede de serviços especializada.
23,5% das vítimas e 61,8% dos agressores faziam uso abusivo de álcool ou outras drogas. Em 35,3% dos casos o agressor praticou o feminicídio sob influência de álcool ou outras drogas.	Políticas de prevenção ao uso abusivo de álcool associadas às de prevenção da violência de gênero. Melhor articulação da rede de atendimento para o encaminhamento de vítimas e agressores que fazem uso problemático de álcool e outras drogas aos CAPS-AD.
Em 8,8% dos casos o agressor tinha doença mental comprovada por avaliação médica, em 17,6% dos casos o agressor já havia tentado ou ameaçado se suicidar e em 14,7% dos casos o agressor cometeu suicídio após o feminicídio.	Melhor articulação com as políticas de atenção à saúde mental e prevenção de suicídio.
76% das vítimas tinha filhos, 23,5% das vítimas iniciaram a relação antes de completarem 20 anos, sendo 62,5% destas em relação de conjugalidade.	Políticas de atenção à conjugalidade na adolescência e gravidez precoce.
Em 61,8% dos casos a vítima havia se separado do autor recentemente ou estava tentando se separar. Os contextos situacionais mais comuns são a discussão sozinha sobre o término da relação, se separarem e continuarem residindo na mesma casa, ou reencontrar o ex-parceiro sozinho para buscar objetos.	Os planos de segurança devem incorporar estratégias para se evitar estes contextos de risco.

Referências

- ALMEIDA, Iris; SOEIRO, Cristina. Avaliação de risco de violência conjugal: versão para policiais (SARA:PV). *Análise Psicológica*, v. 1, n. 28, p. 179-192, 2010.
- ASSIS, Tiago Ferreira de; DESLANDES, Suely Ferreira. A percepção dos agentes institucionais sobre a rede especializada de atendimento às mulheres que sofrem violência por parceiro íntimo. In: PASINATO, Wania et al. (orgs.). *Políticas públicas de prevenção à violência contra a mulher*. São Paulo: Marcial Pons, 2019. p. 159-179.
- ÁVILA, Thiago André Pierobom de. Políticas públicas de prevenção primária à violência contra a mulher: lições da experiência australiana. *Revista Gênero*, v. 17, n. 2, p. 95-125, 2017.
- ÁVILA, Thiago Pierobom de. Notificação compulsória e comunicação externa em casos de violência doméstica contra a mulher. In: STEVENS, Cristina et al. (orgs.). *Mulheres e violências: interseccionalidades*. Brasília:

- lia: Technopolitik, 2017. p. 523-545.
- BANDEIRA, Lourdes Maria. Violência de gênero: a construção de um campo teórico e de investigação. *Sociedade & Estado*, v. 29, n. 2, p. 449-469, 2014.
- BANDEIRA, Lourdes Maria; ALMEIDA, Tania. Mara Campos de. A transversalidade de gênero nas políticas públicas. *Revista do CEAM*, v. 2, n. 1, p. 35-46, 2013.
- BRASIL. *II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres*. Brasília: SPM, 2008.
- BRASIL. *Parâmetros Curriculares Nacionais: terceiro e quarto ciclos: apresentação dos temas transversais*. Brasília: MEC/SEF, 1998.
- BRASIL. *Plano Nacional de Políticas para as Mulheres 2013-2015*. Brasília: SPM, 2012.
- BRASIL. *Plano Nacional de Políticas para as Mulheres*. Brasília: SPM, 2004.
- BRASIL. *Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra a Mulher*. Brasília: SPM, 2011a.
- BRASIL. *Rede de enfrentamento à violência contra as mulheres*. Brasília: SPM, 2011b.
- BRAUN, Virginia; CLARKE, Victoria. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, v. 3, n. 2, p. 77-101, 2006.
- CARIDADE, Sônia; SAAVEDRA, Rosa; MACHADO, Carla. Práticas de prevenção da violência nas relações de intimidade juvenil: orientações gerais. *Análise Psicológica*, v. 30, n. 1-2, p. 131-142, 2012.
- CARNEIRO, Suelaine. Mulheres negras e violência doméstica: decodificando os números. In: PASINATO, Wania et al. (orgs.). *Políticas públicas de prevenção à violência contra a mulher*. São Paulo: Marcial Pons, 2019. p. 205-224.
- CERQUEIRA, Daniel; BUENO, Samira (coords). *Atlas da violência 2019*. Brasília: IPEA; FBSP, 2019.
- CODEPLAN. *PDAD: Pesquisa Distrital por Amostragem de Domicílios*. Brasília: CODEPLAN, 2018.
- CONCHA-EASTMAN, Alberto; MALO, Miguel. Da repressão à prevenção da violência: desafio para a sociedade civil e para o setor saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 11, supl., p. 1179-1187, 2006.
- CRENSHAW, Kimberlé. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. *Revista Estudos Feministas*, v. 10, n. 1, p. 171-188, 2002.
- DAWSON, Myrna (org.). *Domestic homicides and death reviews: an international perspective*. Londres: Palgrave Macmillan, 2017.
- DINIZ, Debora (coord.). *Radiografia dos homicídios por violência doméstica contra a mulher no Distrito Federal*. Brasília: ANIS, 2015.
- DINIZ, Debora; GUMIERI, Sinara. Implementação de medidas protetivas da Lei Maria da Penha no Distrito Federal entre 2006 e 2012. In: PARESCHI, Ana Carolina Cambreses; ENGEL, Cíntia Liara; BAPTISTA, Gustavo Camilo (orgs.). *Direitos humanos, grupos vulneráveis e segurança pública*. Brasília: Ministério da Justiça e Cidadania, 2016. p. 205-231.
- DISTRITO FEDERAL. *Questionário de avaliação de risco no Distrito Federal*. Brasília: MPDFT, 2016. Disponível em: https://www.mpdf.mp.br/portal/pdf/nucleos/nucleo_genero/Question%C3%A1rio_de_avalia%C3%A7%C3%A3o_de_risco_completo.pdf. Acesso em: 1 maio 2020.
- ELLSBERG, Mary et al. Prevention of violence against women and girls: what does the evidence say? *The Lancet*, v. 385, n. 9977, p. 1555-1566, 2015.
- FBSP; DATAFOLHA. *Visível e invisível: a vitimização de mulheres no Brasil*. 2. ed. São Paulo: FBSP; Datafolha, 2019.

- FLAUZINA, Ana Luiza Pinheiro. Lei Maria da Penha: entre os anseios da resistência e as posturas da militância. In: VVAA. *Discursos negros: legislação penal, política criminal e racismo*. Brasília: Brado Negro, 2015. p. 115-144.
- GARCIA, Leila Posenato *et al.* Violência doméstica e familiar contra a mulher: estudo de casos e controles com vítimas atendidas em serviços de urgência e emergência. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 32, n. 4, e00011415, p. 1-11, 2016.
- GOMES, Camila de Magalhães. *Têmis travesti: as relações de gênero, raça e direito para uma narrativa expansiva do “humano”*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2019.
- HEISE, Lori L. *What works to prevent partner violence: an evidence overview*. Londres: Strive, 2011.
- HEISE, Lori L.; KOTSADAM, Andreas. Cross-national and multi-level correlates of partner violence: an analysis of data from population-based surveys. *Lancet Global Health*, v. 3, 2013.
- IPEA. *Nota técnica: a institucionalização das políticas públicas de enfrentamento à violência contra as mulheres no Brasil*. Brasília: IPEA, 2015.
- JANCZURA, Rosane. Risco ou vulnerabilidade social? *Textos & Contextos*, v. 11, n. 2, p. 301-308, 2012.
- JEWKES, Rachel. Intimate partner violence: causes and prevention. *The Lancet*, v. 359, p. 1423-1429, 2002.
- KELLY, Liz; WESTMARLAND, Nicole. *Domestic violence perpetrators programs: project Mirabal final report*. Londres: London Metropolitan University; Durham: Durham University, 2015.
- LUGONES, María. Rumo a um feminismo descolonial. *Estudos Feministas*, v. 22, n. 3, p. 935-952, 2014.
- MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. *Fundamentos da metodologia científica*. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.
- MCCULLOCH, Jude *et al.* *Review of the family violence risk assessment and risk management framework (CRAF): final report*. Melbourne: Monash University, 2016.
- MEDEIROS, Marcela Novais. Avaliação de risco em casos de violência contra a mulher perpetrada por parceiro íntimo. 2015. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica e Cultura) – Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, 2015.
- MENDES, Soraia da Rosa. *Criminologia feminista: novos paradigmas*. 2. ed. Brasília: IDP, 2017.
- MOTTA, Filipe; CAMPOS, Bárbara Lopes. Estado de bienestar social y políticas públicas para mujeres en países nórdicos y América Latina: de la sociedad civil a la institucionalización. *Sexualidad, Salud y Sociedad, Revista Latinoamericana*, n. 33, p. 158-179, 2019.
- NOTHAFT, Raíssa Jeanine; BEIRAS, Adriano. O que sabemos sobre intervenções com autores de violência doméstica e familiar? *Revista de Estudos Feministas*, v. 27, n. 3, e56070, 2019.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Prevenção da violência sexual e da violência pelo parceiro íntimo contra a mulher: ação e produção de evidência*. Genebra: OMS, 2012.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Relatório mundial sobre violência e saúde*. Genebra: OMS, 2002.
- PASINATO, Wânia. *Acesso à justiça e violência contra a mulher em Belo Horizonte*. São Paulo: Annablume; FAPESP, 2012.
- PASINATO, Wânia; LEMOS, Amanda Kamancheck. Lei Maria da Penha e prevenção da violência doméstica e familiar contra a mulher. In: VIZA, Ben-Hur; SARTORI, Myrian Caldeira; ZANELLO, Valeska (orgs.). *Maria da Penha vai à escola: educar para prevenir e coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher*. Brasília: TJDF, 2017. p. 11-23.

- PASINATO, Wania; MACHADO, Bruno Amaral; ÁVILA; Thiago Pierobom de (orgs.). *Políticas públicas de prevenção à violência contra a mulher*. São Paulo: Marcial Pons, 2019.
- PITANGUY, Jacqueline; BARSTED, Leila Linhares. Violência contra as mulheres e homens autores de violência: os serviços de responsabilização. In: PASINATO, Wania et al. (orgs.). *Políticas públicas de prevenção à violência contra a mulher*. São Paulo: Marcial Pons, 2019. p. 253-274.
- PORTELLA, Ana Paula. Para além da violência doméstica: o reconhecimento das situações de feminicídio como imperativo para a eficácia das políticas de prevenção. In: PASINATO, Wania et al. (orgs.). *Políticas públicas de prevenção à violência contra a mulher*. São Paulo: Marcial Pons, 2019. p. 109-131.
- RIBEIRO, Wagner S.; ANDREOLI, Sérgio B.; FERRI, Cleusa P.; PRINCE, Martin; MARI, Jair Jesus. Exposição à violência e problemas de saúde mental em países em desenvolvimento: uma revisão da literatura. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 31, supl. 2, p. S49-S57, 2009.
- ROMIO, Jackeline Aparecida Ferreira. A vitimização de mulheres por agressão física, segundo raça/cor no Brasil. In: MARCONDES, Mariana Mazzini et al. (orgs.). *Dossiê mulheres negras: retrato das condições de vida das mulheres negras no Brasil*. Brasília: IPEA, 2013. p. 133-158.
- SEGATO, Rita Laura. *Las estructuras elementales de la violencia: ensayos sobre género entre la antropología, el psicoanálisis y los derechos humanos*. Bernal: Universidad Nacional de Quilmes, 2003.
- SIGNORELLI, Marcos Claudio; TAFT, Angela; PEREIRA, Pedro Paulo Gomes. Domestic violence against women, public policies and community health workers in Brazilian Primary Health Care. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 1, p. 93-102, 2018.
- SOARES, Gláucio Ary Dillon. Matar e, depois, morrer. *Opinião Pública*, v. 8, n. 2, p. 275-303. 2002.
- TARUFFO, Michele. *La prueba de los hechos*. 2. ed. Madrid: Trotta, 2005.
- VICTORIA. *MABELS project: mothers and babies engaging & living safely*. Melbourne: Victorian Legal Services Board and Commissioner, 2016.
- VIEIRA, Luiza Jane Eyre de Souza et al. Fatores associados à sobreposição de tipos de violência contra a mulher notificada em serviços sentinela. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 21, n. 4, p. 1-8, 2013.
- WAISELFISZ, Júlio Jacob. *Mapa da Violência 2015: homicídios de mulheres no Brasil*. Brasília: Flacso, 2015.
- WILSON, Ingrid M.; GRAHAM, Kathryn; TAFT, Angela. Alcohol interventions, alcohol policy and intimate partner violence: a systematic review. *BMC Public Health*, v. 14, n. 881, p. 1-11, 2014.
- ZANELLO, Valeska. Violência de gênero contra as mulheres e saúde mental: psiquiatrização, silenciamento e invisibilidades. In: PASINATO, Wania et al. (orgs.). *Políticas públicas de prevenção à violência contra a mulher*. São Paulo: Marcial Pons, 2019. p. 135-158.

Agradecimentos

O presente artigo é um dos produtos de pesquisa sobre prevenção ao feminicídio, subsidiada pela Escola Superior do Ministério Público da União – ESMPU, com apoio logístico do Núcleo de Gênero do MPDFT e a supervisão externa do Instituto ANIS. Os autores agradecem às colaborações de Mariana Távora, Liz-Elainne Silvério, Marcus Vinicius Teixeira Borba, René Mallet Raupp e Débora Diniz.

Para publicar na revista Brasileira de Políticas Públicas, acesse o endereço eletrônico www.rbpp.uniceub.br
Observe as normas de publicação, para facilitar e agilizar o trabalho de edição.