



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE MESTRADO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE - PROCISA**

MARCELA CAMPELO PEREIRA

**VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E FAMILIAR CONTRA A MULHER:
UMA ANÁLISE DOS LAUDOS PERICIAIS REALIZADOS NO IML-RR**

Boa Vista, RR

2013

MARCELA CAMPELO PEREIRA

**VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E FAMILIAR CONTRA A MULHER:
UMA ANÁLISE DOS LAUDOS PERICIAIS REALIZADOS NO IML-RR**

Dissertação apresentada como pré-requisito para conclusão do Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde - PROCISA, da Universidade Federal de Roraima. Área de concentração: Gestão de Sistema de Saúde. Defendida em 15 de julho de 2013 e avaliada pela seguinte banca examinadora:

Prof.^a Dr.^a Fabíola Christian Almeida de Carvalho
Presidente/Orientadora

Prof. Dr. Calvino Camargo
Membro / PROCISA

Prof.^a Dr.^a Francilene Rodrigues
Membro/PPGSOF

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Biblioteca Central da Universidade Federal de Roraima

P436v Pereira, Marcela Campelo

Violência doméstica e familiar contra a mulher: uma análise dos laudos periciais realizados no IML-RR / Marcela Campelo Pereira. -- Boa Vista, 2013.

116 p. : il.

Orientador: Profa. Dra. Fabíola Carvalho.
Co-orientadora: Profa. Dra. Francilene Rodrigues.
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Roraima, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde.

DEDICATÓRIA

Aos meus pais,
que além do amor incondicional e dedicação,
sempre investiram na minha educação,
proporcionando-me conquistar bens singulares,
sólidos e intransponíveis:
meu caráter e
minha formação profissional.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus, que me sustentou com saúde e me fortaleceu com a sua presença em todas as horas da minha existência;

Aos meus pais, pelas orações, pelo estímulo, pelo apoio, pelo cuidado extremo e atenção dispensados aos meus filhos, durante esta jornada;

Ao meu amado marido, Leandro, sempre presente nas horas mais difíceis deste percurso, pelo amor, crédito e apoio demonstrados em todas as páginas deste trabalho; pela tolerância e compreensão de todos os dias da nossa vida juntos;

Aos meus filhos queridos e amados, Pedro e Pietra, pela compreensão e paciência nas lacunas deixadas pela minha ausência, todo meu amor, carinho e orgulho;

À minha orientadora, Prof^a Dr^a Fabiola Carvalho, pela humanidade e dedicação imprescindíveis para a construção deste trabalho;

Ao Prof. Dr. Calvino Camargo, verdadeiro Mestre, que apostou no sucesso desta pesquisa e muito me auxiliou neste percurso;

À Prof.^a France Rodrigues, que aceitou participar da Banca desta Dissertação e contribuiu, de forma brilhante, na análise e sugestões de novos trabalhos;

A todos os professores, amigos e companheiros de Mestrado pelas discussões e trocas de experiências, de extrema importância para o desenvolvimento deste estudo;

Ao meu grande e fiel amigo, Rodrigo Ivo Matoso, pela presença, pelo carinho, apoio e atenção em todos os momentos importantes da minha vida.

RESUMO

A violência deve ser interpretada, para além dos seus aspectos éticos, morais, culturais e jurídicos, como uma questão e problema de Saúde Pública. É um fenómeno mundial que fere princípios éticos de igualdade. Seus efeitos são danosos à saúde da mulher, ocasionando agravos à sua saúde física e mental além de ocasionar consequências para os familiares e à comunidade. Apesar de todos os direitos conquistados, das novas leis existentes, das Políticas Públicas implantadas, as mulheres continuam sofrendo violência. O objetivo desta pesquisa é caracterizar a violência física doméstica e familiar, ocorrida em mulheres adultas, seus aspectos sócio-demográficos e o grau de parentesco com o agressor. Para isso, foi delineada uma pesquisa documental, de cunho descritivo e exploratório, no ano de 2011, no Instituto Médico Legal de Roraima (IML-RR), com análise dos laudos de mulheres adultas que sofreram violência doméstica e familiar, encaminhadas para exame pericial e de necropsia, pelas Delegacias de Polícia de todo estado. Dos 1.111 casos de violência contra a mulher e morte não-natural encontrados, 811 (73%) laudos continham informações do(a) agressor(a). Desses laudos, 616 (76%) foram perpetrados por agressores com vínculo de parentesco, parceria íntima ou arranjos familiares. A violência doméstica e familiar atinge todas as esferas da sociedade, com destaque às mulheres que se declararam do lar (32,6%) e as solteiras (59,1%). A grande maioria (68,5%) foi encaminhada pela Delegacia de Defesa da Mulher (DDM) da capital, Boa Vista. As partes do corpo mais atingidas foram cabeça e pescoço, descritas em 388 laudos (63,4%), provocadas por ação contundente em 543 casos (88,7%). Em 468 (76%) dos casos foram praticados por agressores que mantêm ou mantinham relações afetivas com a vítima; dentre esses, 271 (44%) foram declarados como marido/companheiro, namorado ou companheira. Podemos concluir que, na amostra estudada, encontrou-se uma elevada prevalência de violência doméstica (76%), principalmente por parceiros íntimos.

Descritores: Violência, Violência doméstica e familiar, Prevalência.

ABSTRACT

Violence must be interpreted, in addition to its ethical, moral, cultural and legal issue and as a public health problem. It is a worldwide phenomenon that hurts ethical principles of equality. Its effects are harmful to women's health, causing harm to their physical and mental health in addition to causing consequences for the family and the community. Despite all the rights gained, new laws existing Public Policy implemented, women continue to suffer violence. The objective of this research is to characterize the physical domestic violence and family, occurred in adult women, their socio-demographic and relationship to the perpetrator. For this, we outlined a documentary research, a descriptive and exploratory, in 2011, the Legal Medical Institute of Roraima (IML-RR), with analysis of reports of adult women both suffered domestic violence, referred for forensic examination and autopsy, the police stations in every state. Of the 1,111 cases of violence against women and unnatural death found, 811 (73%) reports contained information (a) offender (a). Of these reports, 616 (76%) were committed by offenders with ties of kinship, intimate partners or family arrangements. The domestic violence affects all walks of society, especially women who declared the home (32.6%) and single (59.1%). The vast majority (68.5%) was provided by the Women's Police Stations (DDM) from the capital, Boa Vista. The body parts were atigidas head and neck, described in 388 reports (63.4%), caused by hard-hitting action in 543 cases (88.7%). In 468 (76%) cases were committed by offenders who maintain or maintained affectionate relations with the victim, among these, 271 (44%) were declared as husband / partner, boyfriend or partner. We can conclude that, in our sample, we found a high prevalence of domestic violence (76%), especially by intimate partners.

Descriptors: Violence, Domestic Violence and family, Prevalence.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURAS

	Pag.
Figura 1 – Resumo das consequências para a saúde de mulheres em situação de violência	31
Figura 2 – Esquema dos eixos estruturantes da PNEVM	60
Figura 3 – Esquema demonstrativo dos laudos periciais analisados. IML-RR, 2011	68
Figura 4 – Frequência e sobreposição dos casos de violência física, sexual e mista, não-letais, em mulheres adultas. IML-RR, 2011	69
Figura 5 - Esquema demonstrativo dos laudos periciais de violência doméstica e familiar, letal e não-letal. IML-RR, 2011.....	76

QUADROS

	Pag.
Quadro 1 – Número e taxas (em 100.000 mulheres) de homicídios femininos. Brasil. 1980/2010	35
Quadro 2 - Número e taxas de homicídio feminino (em 100.000 mulheres) por UF. Brasil. 2010	36
Quadro 3 - Taxas de homicídio feminino (em 100.000 mulheres) por capitais. Brasil. 2010	37
Quadro 4 – Comparação das definições e ações instituídas antes e após à Lei Maria da Penha	57

GRÁFICOS

	Pag.
Gráfico 1 – Evolução das taxas de homicídio feminino (em 100.000 mulheres). Brasil. 1980/2010	36
Gráfico 2 – Frequência mensal de mortes violentas e/ou não-naturais e de violência não-letal, em mulheres adultas. IML-RR, 2011	69

MAPAS

	Pag.
Mapa 1 – Distribuição das ocorrências de mortes violentas e não-naturais e de violência contra a mulher, por municípios de residência, Roraima. IML-RR, 2011	72
Mapa 2 – Distribuição das ocorrências de mortes violentas e não-naturais e de violência contra a mulher, por bairros de residência, da capital Boa Vista-RR. IML-RR, 2011	73
Mapa 3 – Distribuição da violência doméstica e familiar, por municípios de residência, em Roraima. IML-RR, 2011	82
Mapa 4 – Distribuição da violência doméstica e familiar , por bairros de residência, em Boa Vista-RR. IML-RR, 2011	83

TABELAS

	Pag.
Tabela 1 – Características sócio-demográficas das mulheres adultas, em situação de violência e morte violenta e não-natural. IML-RR, 2011	70
Tabela 2 - Frequência da origem dos encaminhamentos para exame, em mulheres em situação de violência, morte violenta ou não-natural. IML-RR, 2011.....	71
Tabela 3 – Características das mortes violentas e não-naturais de mulheres adultas. IML-RR, 2011	74
Tabela 4 – Relação da violência contra a mulher, não-letal, e agressor. IML-RR, 2011	74
Tabela 5 – Caracterização sócio-demográfica da amostra de mulheres, em situação de violência doméstica e familiar. IML-RR, 2011	77
Tabela 6 – Frequência da origem dos encaminhamentos para exame, de mulheres em situação de violência doméstica e familiar. IML-RR, 2011 ...	84
Tabela 7 – Caracterização da violência doméstica e familiar, em mulheres adultas. IML-RR, 2011	86
Tabela 8 – Caracterização das lesões por violência doméstica e familiar, não-letal, em mulheres adultas. IML-RR, 2011	89
Tabela 9 – Relação de parentesco, intimidade e arranjos familiares entre as mulheres em situação de violência e o agressor. IML-RR, 2011.....	90
Tabela 10 – Caracterização sócio-demográfica das mulheres adultas que sofreram violência sexual em ambiente doméstico e familiar. IML-RR, 2011	93
Tabela 11 – Frequência das Instâncias de Origem dos encaminhamentos para exame, de mulheres que sofreram violência sexual, em âmbito doméstico e familiar. IML-RR, 2011	94
Tabela 12 – Caracterização das lesões provocadas por violência mista, em mulheres adultas, em ambiente doméstico e familiar. IML-RR, 2011 ..	94
Tabela 13 – Relação de parentesco, intimidade e arranjos familiares entre as mulheres que sofreram violência sexual e o agressor. IML-RR, 2011	95

LISTA DE SIGLAS

AE – Anticoncepção de Emergência
AIDS – Acquired Immunodeficiency Syndrome
BO – Boletim de Ocorrência
CF – Constituição Federal
CNDM – Conselho Nacional dos Direitos da Mulher
CNPMM – Conferência Nacional de Políticas para Mulheres
CPB – Código Penal Brasileiro
CPI – Comissão Parlamentar de Inquérito
CPPB – Código de Processo Penal Brasileiro
DDM – Delegacia de Defesa da Mulher
DST – Doença Sexualmente Transmissível
ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente
ESCCA – Exploração Sexual Comercial de Crianças e Adolescentes
FAPESP – Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IBOPE – Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatística
IML – Instituto Médico Legal
JECRIMS – Juizados Especiais Criminais
NPCA – Núcleo de Proteção à Criança e ao Adolescente
OMS – Organização Mundial da Saúde
ONG – Organização Não-Governamental
OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde
PNEVM – Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres
PNPM – Plano Nacional de Políticas para Mulheres
SPM – Secretaria Especial de Políticas para Mulheres
SSP – Secretaria de Segurança Pública
TC – Termo Circunstanciado
TEPT – Transtorno de Estresse Pós-traumático
VDCM – Violência Doméstica contra a Mulher
VIVA – Vigilância Epidemiológica de Violências e Acidentes
WHO – World Health Organization

SUMÁRIO

	Pag.
INTRODUÇÃO.....	9
CAPÍTULO I – O DELINEAMENTO DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER	17
1.1. Os movimentos feministas	17
1.2. Violência contra as mulheres e violência de gênero	19
1.3. Aspectos conceituais da violência contra as mulheres	24
1.4. O impacto da violência na saúde da mulher	29
CAPÍTULO II – A VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES NO CONTEXTO DAS RELAÇÕES FAMILIARES	38
2.1. As novas concepções de família e parentesco	38
2.2. As expressões conceituais da violência contra a mulher no âmbito familiar	41
2.3. Prevalência da violência doméstica e familiar	43
CAPÍTULO III – VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER E AS INSTITUIÇÕES POLÍTICAS E JUDICIÁRIAS	51
3.1. Das ONG feministas às DDM	51
3.2. Mudanças na Legislação Brasileira vigente	54
3.3. Políticas Públicas no enfrentamento à violência contra as mulheres..	58
OBJETIVO GERAL	63
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	63
MATERIAIS E MÉTODOS	64
RESULTADOS E DISCUSSÃO	68
CONSIDERAÇÕES FINAIS	96
REFERÊNCIAS	99
ANEXOS	113

1. Introdução

A violência tem estado presente em diferentes contextos socioculturais, ao longo da história da humanidade. Está atrelada à "necessidade" de poder, que é exercido contra o considerado mais fraco e marginalizado; aumentando as desigualdades sociais. A interdisciplinaridade da questão focaliza a violência como parte das ações de homens e mulheres, portanto, como um fenômeno gerado nos processos sociais, históricos e culturais.

O conceito de violência é complexo, todavia, é possível caracterizá-la como uma forma de sociabilidade, na qual se dá a afirmação de poderes, legitimados por uma determinada norma social, ou seja, a própria sociedade a cria e a alimenta. A sua forma expressa o excesso de poder que impede o reconhecimento do outro, pessoa, classe, gênero ou raça, que faz uso da força ou da coerção, provocando algum tipo de dano (MINAYO, 2006a). Debert e Gregori (2008) definem que a violência implica o reconhecimento social, não apenas legal, de que certos atos constituem abuso, o que exige decifrar dinâmicas conflitivas que supõem processos interativos atravessados por posições de poder desiguais entre os envolvidos.

Minayo (1994), definindo o campo de estudo da violência para a Saúde Pública, chama a atenção para a violência imperceptível, embutida na sociedade, determinada pela apropriação desigual de bens e informações, que formaria uma rede menos aparente de violência, já que seriam "visíveis" apenas episódios mais agudos, como a violência física explícita. Para ela, a rede em seu todo é composta pela delinquência, em seus aspectos rapidamente reconhecidos como violência, entre eles ferimentos, assassinatos e mortes; pela violência estrutural do Estado e das Instituições que reproduzem as condições geradoras da violência; e pela resistência às condições de desigualdade, que algumas vezes se expressa também pela agressão física. Estas três formas articular-se-iam em rede e estariam conectadas.

No Brasil, o termo "violência contra a mulher" começou a ser usado no final dos anos 70 e difundiu-se rapidamente em função das mobilizações feministas contra o assassinato de mulheres e impunidade dos agressores, frequentemente os próprios maridos, comumente absolvidos em nome da "defesa da honra" (GROSSI, 1998). Nos início dos anos 80, tais mobilizações se estenderam para a denúncia dos espancamentos e maus tratos conjugais, formas também muito comuns de violência

contra a mulher. Com isso o termo passou a ser usado como sinônimo de violência doméstica em função da maior incidência deste tipo de violência ocorrer no espaço doméstico e/ou familiar (AZEVEDO, 1985).

Resultaram dessa luta a criação dos SOS Mulher e demais Serviços de Atendimento a Mulheres Vítimas de Violência, em geral vinculados a organizações não governamentais criadas por militantes feministas envolvidas na luta por políticas públicas voltadas para a mulher. Desses processos surgiram também o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher, os Conselhos Estaduais e Municipais da Condição Feminina e as Delegacias de Defesa da Mulher (DDM), conquistas importantes no combate à violência contra a mulher (ARAÚJO, 2008).

A partir de 1990, com o desenvolvimento dos estudos de gênero, alguns autores passaram a utilizar “violência de gênero” como um conceito mais amplo que “violência contra a mulher” (SAFIOTTI e ALMEIDA, 1995). Este conceito (violência de gênero) abrange não apenas as mulheres, mas também crianças e adolescentes, objeto da violência masculina, que no Brasil é constitutiva das relações de gênero. É também muito usado como sinônimo de violência conjugal, por englobar diferentes formas de violência envolvendo relações de gênero e poder, como a violência perpetrada pelo homem contra a mulher; a violência praticada pela mulher contra o homem; a violência entre mulheres e a violência entre homens. Nesse sentido pode-se dizer que a violência contra a mulher é uma das principais formas de violência de gênero (ARAUJO, MARTINS e SANTOS, 2004).

A violência contra a mulher não escolhe classe social, raça/etnia, religião, idade ou nível de escolaridade, encontra-se disseminada em praticamente todos os seguimentos significativos da sociedade. A presença evidente e cotidiana de todos os tipos de violência - física, sexual ou psicológica - bem como, o modo e a intensidade de episódios de violência que emergem de toda parte, abalam a sociedade; ganham vulto, para motivar pesquisas que visam compreender as diferenças entre homens e mulheres.

E esse conceito da violência que se baseia em gênero é mais abrangente, já que “vítima” tanto mulheres como crianças e adolescentes de ambos os sexos, muitas vezes, violência contra mulheres e violência de gênero ou baseada em gênero, aparecem como sinônimos ou termos intercambiáveis (SAFFIOTI, 2002).

Neste contexto, devido às violências baseadas em gênero, do tipo de homens contra mulheres e meninas, serem mais comumente retratadas ou observadas no

âmbito privado das relações familiares e/ou de intimidade, os termos “violência doméstica” e “violência intrafamiliar” mantêm-se como sendo outras possibilidades terminológicas que incorporam o problema da violência contra a mulher, embora não se restrinja ao mesmo (D’OLIVEIRA e SCHRAIBER, 2002).

A criação de Delegacias Especializadas de Defesa da Mulher, a partir de 1985, é um marco nessa trajetória e uma realização concreta dessa agenda política. Foi a partir dessas Delegacias, inclusive, que vieram à tona as primeiras denúncias de violência sexual infanto-juvenil feminina, conforme revelam Saffioti e Almeida (1995). Além disso, e como decorrência da luta dos movimentos feministas – e de sua articulação nacional e internacional – o Congresso Nacional Brasileiro foi compelido a realizar, em 1992, uma Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) com o objetivo de investigar denúncias de violência contra a mulher no Brasil (ARAUJO, 2006).

O relatório da CPI destinada a investigar extermínios de crianças e adolescentes, em 1992, revelou uma outra modalidade de violência até então “invisível” à sociedade brasileira, ou seja, a exploração sexual de crianças e adolescentes mulheres, na época qualificada de prostituição infanto-juvenil. Isso significa que, pela primeira vez no país, foi oficialmente denunciada como ação criminosa a prática do lenocínio, ou seja, “induzir alguém a manifestar a lascívia de outrem”, “induzir ou atrair alguém à prostituição, facilitá-la ou impedir que alguém a abandone”, “manter, por conta própria ou de terceiro, casa de prostituição ou lugar para fim libidinoso...”, “tirar proveito da prostituição alheia participando diretamente de seus lucros ou fazendo-se sustentar, no todo ou em parte, por quem a exerça”. Desse modo, deu-se publicidade a algo que já estava previsto no Código Penal Brasileiro (CPB), mais especificamente nos artigos 227 (Mediação para servir lascívia de outrem)¹, 229 (Favorecimento da prostituição)² e 230 (Rufianismo)³ (ARAUJO, 2006).

Segundo Araujo (2006), o relatório final dessa CPI, as denúncias oriundas das DDM sobre a prostituição infanto-juvenil feminina, os estudos e pesquisas que exploraram essa temática fizeram com que os movimentos feministas e/ou de mulheres acoplassem a histórica luta contra os chamados “crimes da paixão” (por meio do lema “quem ama não mata”), representativa dos anos 80, a luta contra a violência sexual infanto-juvenil.

Foi dessa forma que essa problemática entrou na agenda dos movimentos

feministas que, articulados aos organismos e movimentos internacionais de proteção dos direitos humanos, passaram a fazer pressão no sentido de publicitar essa grave questão social e, por conseguinte, evidenciar o caráter histórico da invisibilidade da violência sexual infanto-juvenil feminina. Desse modo, a história da tematização da violência sexual de crianças e adolescentes está diretamente atrelada à luta pelos direitos humanos.

Foi assim que, na Conferência de Direitos Humanos de Viena em 1993, adotou-se pela primeira vez uma definição oficial das Nações Unidas sobre a violência contra a mulher definida como:

Todo ato de violência de gênero que resulte em, ou possa resultar em dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico da mulher, incluindo a ameaça de tais atos, a coerção ou a privação arbitrária da liberdade, tanto na vida pública como na vida privada. (Economic and Social Council, 1992 apud HEISE et al., 1994).

Nesta perspectiva, a violência contra a mulher abarcará tanto a violência doméstica praticada por marido ou parceiro, como a violência sexual praticada por parentes (inclusive maridos, ex-maridos e namorados) e por desconhecidos. Entre estas ainda, estão o abuso sexual contra crianças, inclusive o abuso sexual incestuoso, o assédio sexual nas relações de trabalho, no sistema de ensino e na relação médico-paciente (VELZEBOER, 2003).

¹Art. 227 - Induzir alguém a satisfazer a lascívia de outrem: Pena - reclusão, de 1 (um) a 3 (três) anos.
§ 1º - se a vítima é maior de 14 (catorze) e menor de 18 (dezoito) anos, ou se o agente é seu ascendente, descendente, cônjuge ou companheiro, irmão, tutor ou curador ou pessoa a quem esteja confiada para fins de educação, de tratamento ou de guarda: Pena - reclusão, de 2 (dois) a 5 (cinco) anos.□

§ 2º - Se o crime é cometido com emprego de violência, grave ameaça ou fraude: Pena - reclusão, de 2 (dois) a 8 (oito) anos, além da pena correspondente à violência.

§ 3º - Se o crime é cometido com o fim de lucro, aplica-se também multa.

²Art. 229. Manter, por conta própria ou de terceiro, estabelecimento em que ocorra exploração sexual, haja, ou não, intuito de lucro ou mediação direta do proprietário ou gerente: Pena - reclusão, de 2 (dois) a 5 (cinco) anos, e multa.

³Art. 230 - Tirar proveito da prostituição alheia, participando diretamente de seus lucros ou fazendo-se sustentar, no todo ou em parte, por quem a exerça: Pena - reclusão, de 1 (um) a 4 (quatro) anos, e multa.

§ 1º Se a vítima é menor de 18 (dezoito) e maior de 14 (catorze) anos ou se o crime é cometido por ascendente, padrasto, madrasta, irmão, enteado, cônjuge, companheiro, tutor ou curador, preceptor ou empregador da vítima, ou por quem assumiu, por lei ou outra forma, obrigação de cuidado, proteção ou vigilância: Pena - reclusão, de 3 (três) a 6 (seis) anos, e multa.

§ 2º Se o crime é cometido mediante violência, grave ameaça, fraude ou outro meio que impeça ou dificulte a livre manifestação da vontade da vítima: Pena - reclusão, de 2 (dois) a 8 (oito) anos, sem prejuízo da pena correspondente à violência.

Estudos vêm apontando que mulheres que vivem situação de violência são mais expostas a problemas de saúde diversos. As consequências negativas da violência contra mulheres, muitas vezes, se refletem na sociedade em geral, à medida em que afetam tanto o indivíduo que sofre a ação violenta, como podem ainda comprometer o desenvolvimento social ao atingirem outros integrantes da família, como crianças e adolescentes e as estruturas familiares em si, repercutindo, por sua vez, nos meios comunitários e sociais em que se encontram inseridas estas mulheres e seus filhos (HEISE et al., 1994)⁴.

Tanto no estudo pioneiro de Heise et al. (1994), como em outros mais recentes, reunidos no Relatório Mundial sobre Saúde e Violência organizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2002, está comprovada estatisticamente a incidência de violência de homens contra mulheres, sendo a forma mais endêmica encontrada nos estudos a violência sexual e física de companheiros íntimos contra suas mulheres:

“[...] em muitos países, entre um quarto e mais da metade das mulheres informaram ter sido violentadas fisicamente por um parceiro atual ou passado.”(HEISE et al., 1994, p.5-6).

“Dados disponíveis sugerem que em alguns países aproximadamente uma em cada quatro mulheres relatam violência sexual por um parceiro íntimo [...]” (OMS, 2002, p.18).

Raros profissionais de saúde recebem, durante sua formação, conhecimentos mínimos sobre violência de gênero ou algum tipo de capacitação ou orientação para prestar atendimento. O setor saúde ainda encara o tema como questão de cunho policial, o que provoca certa paralisia pelo temor de envolvimento com a justiça. Além disso, prevalecem estereótipos e mitos que comprometem tanto os aspectos técnicos como os éticos do atendimento (DREZETT e DEL POZO, 2002).

⁴ Entre outras consequências mais relacionadas à experiência da violência vivida por mulheres encontram-se : (a) Consequências não fatais para saúde física: Doenças sexualmente transmissíveis (DST), lesões, doença pélvica inflamatória, gravidez indesejada, aborto, dor de cabeça, problemas ginecológicos, abuso de drogas/álcool, comportamento danoso à saúde como sexo inseguro, aleijamento parcial ou permanente, entre outras; (b) Consequências não fatais para a saúde mental: depressão, ansiedade, disfunção sexual, distúrbios da alimentação, problemas múltiplos da personalidade, entre outras; (c) Consequências fatais: suicídios e homicídios; (d) Consequências econômicas: nos países onde a economia e o mercado encontram-se mais consolidados, 19% dos anos de vida perdidos por morte ou incapacitação física, por mulheres de 15 a 44 anos, resultam da violência baseada em gênero.

É de interesse do Setor Saúde e Segurança Pública investigar o fenômeno da violência sexual contra a mulher devido aos altos índices dessa ocorrência e ao consequente comprometimento da produtividade econômica do país, no que se refere aos custos com o sistema de saúde; à polícia; ao poder judiciário; aos órgãos de apoio à mulher; ao absenteísmo da mulher no trabalho e às repercussões na vida reprodutiva dessas mulheres e de sua família.

Para Minayo (2006b), o caso da violência é exemplar. Violência não é um problema médico típico. É fundamentalmente um problema social que acompanha toda a história e as transformações da humanidade. No entanto, a violência afeta muito a saúde: (a) ela provoca morte, lesões e traumas físicos e um sem número de agravos mentais, emocionais e espirituais; (b) diminui a qualidade de vida das pessoas e das coletividades; (c) questiona a adequação da organização tradicional dos serviços de saúde; (d) coloca novos problemas para o atendimento médico; (e) evidencia a necessidade de uma atuação muito mais específica, interdisciplinar, multiprofissional, intersetorial e engajada do setor, visando às necessidades dos cidadãos.

Neste sentido, cada vez mais a violência perpetrada por parceiros íntimos é considerada como um importante problema de Saúde Pública. Segundo a OMS (2002), em 48 pesquisas de base populacional, 10-69% das mulheres entrevistadas apontaram terem sido, alguma vez, alvo de agressão física de seus parceiros; a violência física é frequentemente acompanhada da violência psicológica e, de um terço a 50% dos casos, pela violência sexual.

A Secretaria de Políticas para as Mulheres publicou no ano de 2010 um estudo sobre o perfil das agressões domésticas no Brasil, com base nos registros de Atendimento à Mulher e dados de Secretarias de Segurança Pública. O mapeamento demonstra que, na maioria das Secretarias de Segurança Pública dos Estados, os casos de violência doméstica são computados juntamente com outros tipos de crimes, o que dificulta sua identificação na análise dos dados. Em regra, os crimes são classificados como: ameaça e lesão corporal leve. Em poucos Estados há dados separados sobre as ameaças e lesões “comuns” e as decorrentes de violência doméstica. Em Roraima, segundo a pesquisa, 76% das ocorrências de violência doméstica são de ameaças e lesões corporais contra as mulheres (BRASIL, 2011).

Em julho de 2011, em matéria veiculada em jornal de grande circulação na

capital do estado de Roraima, o Núcleo de Proteção à Criança e ao Adolescente (NPCA) divulgou que crimes sexuais representam cerca de 60% dos inquéritos policiais que tramitam na Unidade, envolvendo os crimes de estupro, abuso e exploração sexual (LIMA, 2011).

Dados recentes da Secretaria de Segurança Pública de Roraima (SSP-RR), através de Relatório Anual da estatística de perícias realizadas no Instituto Médico Legal (IML-RR), nos últimos sete anos (de 2005 a 2011), demonstram a infeliz regularidade de exames de conjunção carnal e atentado violento ao pudor, totalizando, em média, 338,57 exames por ano, cerca de 4,75% de todas as perícias realizadas no Instituto. Estes dados revelam a alta incidência de crimes de cunho sexual no estado de Roraima, registrados, ao passo que nos apontam números assustadores, ao considerarmos ainda a invisibilidade do problema, quando há o silêncio das vítimas e das famílias envolvidas.

Por questões geográficas, Roraima ainda enfrenta o fenômeno do tráfico de mulheres para fins de exploração sexual, principalmente no caso da fronteira Brasil-Venezuela. A BR-174 é reconhecida não só como uma rota de desenvolvimento para o estado de Roraima, com suas possibilidades de intercâmbio com Manaus e o restante do Brasil e com o Caribe e Europa via Venezuela, mas também como uma facilitadora das atividades ilícitas, como tráfico de drogas, de combustível e, principalmente, de mulheres para fins de exploração sexual, referendado pelas pesquisas realizadas na região corroborando o relatório de Leal e Leal (2002) como rota internacional de tráfico. Os números ainda podem ser maiores ao mencionarmos também a fronteira com a República Cooperativista da Guiana, corredor da saída terrestre pela BR-401, com a diferença de não ser uma “fronteira seca”, separada de nosso país pelo rio Tacutu (LEAL, 2007).

Por conta de seu caráter multifacetado, intersetorial e interdisciplinar, esta Dissertação tem por objetivo caracterizar a violência contra a mulher em seus contextos familiares, no estado de Roraima, através dos dados obtidos dos laudos periciais realizados no ano de 2011, no IML-RR. Para a consecução dos objetivos desta pesquisa, a presente Dissertação tem sua fundamentação teórica estruturada em três capítulos:

No primeiro deles, intitulado “O Delineamento da violência contra a mulher” são abordadas questões teóricas e práticas de todas as formas de violência contra a mulher, tendo como recorte o conceito de gênero, perpassando por um breve

histórico que o antecede, até as mais novas concepções de violência e seus reflexos na saúde das mulheres.

No segundo capítulo, a violência é problematizada sob as transformações da contemporaneidade no que tange às formas familiares, à ideia de família e a seus arranjos provocando conflitos e violência nas relações amorosas e familiares. Ainda neste capítulo, são apresentados dados epidemiológicos da violência doméstica e familiar, no Brasil e no mundo, importantes para subsidiar os resultados desta pesquisa.

Para finalizar a base teórica deste estudo, o terceiro capítulo contextualiza a evolução histórica das Políticas Públicas brasileiras, as recentes mudanças da legislação e a importância de se reconhecer este fenômeno como um problema social, político, econômico e de saúde, que requer integração de conhecimentos e serviços para seu enfrentamento.

CAPÍTULO I: O DELINEAMENTO DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

1.1. Os movimentos feministas

Desde a metade do século XIX até depois da Primeira Guerra Mundial, o panorama econômico e cultural do Brasil mudou profundamente. A industrialização e a urbanização alteraram a vida cotidiana, particularmente das mulheres, que passaram a, cada vez mais, ocupar o espaço das ruas, a trabalhar fora de casa, a estudar, etc. (BLAY, 2003).

Segundo Besse (1999), a transformação da infraestrutura econômica, mais a alfabetização das mulheres, o cinema, os meios de transporte, a substituição de bens produzidos em casa pelos oferecidos pelo comércio, alteraram inteiramente o ritmo de vida e os contatos que as mulheres e homens passaram a desfrutar. Essas mudanças trouxeram o contato com comportamentos e valores de outros países, os quais passaram a ser confrontados com os costumes patriarcais ainda vigentes embora enfraquecidos.

Dentre estas mudanças, nos anos de 1920, destacou-se a discussão sobre o casamento. Mulheres das classes média e alta, graças à educação e ao trabalho remunerado, adquiriram maior “poder social e econômico” (BESSE, 1999) e passaram a protestar contra a “tirania dos homens” no casamento, sua infidelidade, brutalidade, abandono.

Naquela época, como hoje, afirmava-se que o trabalho feminino fora de casa provocava a desagregação da família. Daí, o Estado ter incluído no Código Civil (1916), para proteger a família (mesmo a pobre), que a mulher deveria ter autorização do marido para poder trabalhar (BLAY, 2003). Quanto ao casamento, reagia-se afirmando que era necessário retirar dele a romântica união por amor, substituindo-a pelo amor “civilizado”, dotado de razão, excluindo a paixão, responsável pelos “crimes passionais sanguinários” (PEIXOTO, SINGLY e CICCHELLI, 2000).

Os crimes passionais, um dos mais graves problemas da época, constituíam uma verdadeira “epidemia” para algumas feministas. Encabeçando o movimento contra estes crimes, Promotores Públicos como Roberto Lyra, Carlos Sussekind de

Mendonça, Caetano Pinto de Miranda Montenegro e Lourenço de Mattos Borges fundaram o Conselho Brasileiro de Hygiene Social. Pretendiam coibir e punir os crimes passionais então tolerados pela sociedade e pela Justiça. Não era propriamente a defesa das mulheres que eles visavam, mas pretendiam, efetivamente, proteger a instituição família (BESSE, 1999).

A atuação das mulheres nas décadas de 1920 e 1930, mais a ação dos Promotores Públicos e do Juiz Nelson Hungria, apontam o gravíssimo problema do assassinato de esposas e companheiras, até hoje não resolvido, confirmados pelas estatísticas de homicídios de mulheres (BLAY, 2003).

Um forte movimento pela defesa da vida das mulheres e pela punição dos assassinos voltou a ocorrer na década de 1970, tendo seu auge após 30 de dezembro de 1976, quando Angela Diniz foi morta por Doca Street, de quem ela desejava se separar. A morte de Angela e a libertação de seu assassino levantaram um forte clamor das mulheres que se organizaram em torno do lema: “quem ama não mata”. Pela segunda vez na história brasileira, repudiava-se publicamente que o amor justificasse o crime (BLAY, 2003).

Ao longo das décadas de 1960 e 1970, feministas de classe média, militantes políticas contra a ditadura militar e intelectuais foram se somando a sindicalistas e trabalhadoras de diferentes setores. Certamente, unia-as uma visão democrática e igualitária dos direitos da mulher que suplantava diferenças partidárias e ideológicas. Formou-se um vasto movimento unido de mulheres, se considerarmos que o inimigo era comum. Ao movimento feminista se aglutinou uma série de grupos que atuaram cotidianamente a favor dos direitos a melhores condições de vida, pela anistia, pela igualdade de direitos entre homens e mulheres.

A formação de entidades voltadas a abrigar mulheres vítimas de violência doméstica não tardou a se formar. Por todo o Brasil, grupos de ativistas voluntárias procuravam enfrentar todos os tipos de violência: estupros, maus tratos, incestos, perseguição a prostitutas, e infindáveis violações dos direitos humanos de mulheres e meninas (BLAY, 2005).

As primeiras conquistas do movimento feminista, junto ao Estado, para a implementação de Políticas Públicas voltadas ao combate à violência contra mulheres, datam da década de 80. Em 1985, justamente na culminância da Década da Mulher declarada pela ONU, é inaugurada a primeira DDM, em São Paulo, e criado o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM), através da Lei 7.353/85.

No ano seguinte – em 1986 - no estado de São Paulo, foi criada pela Secretaria de Segurança Pública, a primeira Casa Abrigo do país para mulheres em situação de risco de morte (SILVEIRA, 2006). Essas três importantes conquistas da luta feminista brasileira são as principais balizas das ações do Estado voltadas para a promoção dos direitos das mulheres no combate à violência (BRASIL, 2011).

1.2. Violência contra as mulheres e violência de gênero

As carreiras afetivo-sexuais dos indivíduos expressam o modo como crenças, práticas e representações sociais constroem e modelam subjetividades, corpos e condutas no decorrer de suas trajetórias. Os distintos percursos individuais somente podem ser compreendidos se considerados condicionantes sociais, como gênero, classe, escolaridade, cor. O gênero, sobretudo, é um fator determinante (CORDEIRO, 2008).

A primeira corrente teórica identificada como uma das principais referências orientando as análises sobre violência contra as mulheres, nos anos 80, corresponde ao artigo de Marilena Chauí (1985), que concebe violência contra as mulheres como resultado de uma ideologia de dominação masculina que é produzida e reproduzida tanto por homens como por mulheres. A autora define violência como uma ação que transforma diferenças em desigualdades hierárquicas com o fim de dominar, explorar e oprimir. A ação violenta trata o ser dominado como “objeto” e não como “sujeito”, o qual é silenciado e se torna dependente e passivo.

Nesse sentido, o ser dominado perde sua autonomia, ou seja, sua liberdade, entendida como “capacidade de autodeterminação para pensar, querer, sentir e agir”. Seguindo essa concepção, violência contra as mulheres resulta, segundo Chauí (1985), de uma ideologia que define a condição “feminina” como inferior à condição “masculina”.

A autora argumenta ainda que as mulheres são “cúmplices” da violência que recebem e que praticam, mas sua cumplicidade não se baseia em uma escolha ou vontade, já que a subjetividade feminina é destituída de autonomia. As mulheres são “cúmplices” da violência e contribuem para a reprodução de sua “dependência” porque são “instrumentos” da dominação masculina (CHAUÍ, 1985).

A segunda corrente teórica que orienta os trabalhos sobre violência contra as mulheres é concebida pela perspectiva feminista e marxista do patriarcado,

introduzida no Brasil pela socióloga Heleieth Saffioti (1987). Diferentemente da abordagem da dominação adotada por Chauí (1985), essa perspectiva vincula a dominação masculina aos sistemas capitalista e racista. Nas palavras da autora:

O patriarcado não se resume a um sistema de dominação, modelado pela ideologia machista. Mais do que isto, ele é também um sistema de exploração. Enquanto a dominação pode, para efeitos de análise, ser situada essencialmente nos campos político e ideológico, a exploração diz respeito diretamente ao terreno econômico (SAFFIOTI, 1987, p. 50).

A ideologia machista, na qual se sustenta esse sistema, socializa o homem para dominar a mulher e esta para se submeter ao “poder do macho”. A violência contra as mulheres resulta da socialização machista. “Dada sua formação de macho, o homem julga-se no direito de espancar sua mulher. Esta, educada que foi para submeter-se aos desejos masculinos, toma este “destino” como natural” (SAFFIOTI, 1987).

Ao contrário de Chauí (1985), Saffioti (1987) rejeita a ideia de que as mulheres sejam “cúmplices” da violência. Por outro lado, embora concebendo-as como “vítimas”, a autora as define como “sujeito” dentro de uma relação desigual de poder com os homens. Para Saffioti (2004), as mulheres se submetem à violência não porque “consintam”: elas são forçadas a “ceder” porque não têm poder suficiente para consentir.

A terceira corrente teórica dos estudos sobre violência contra as mulheres relativiza a perspectiva dominação-vitimização e tem como principal trabalho, o de Maria Filomena Gregori (1993). Com base em sua experiência como observadora e participante do SOS-Mulher de São Paulo, entre fevereiro de 1982 e julho de 1983, a autora analisa as contradições entre as práticas e os discursos feministas na área de violência conjugal e as práticas das mulheres que sofrem violência.

Segundo Gregori (1993), é preciso considerar que “os relacionamentos conjugais são de parceria e que a violência pode ser também uma forma de comunicação, ainda que perversa, entre parceiros”. A autora não pensa a violência como relação de poder e entende que a perspectiva da dominação não oferece uma alternativa para a vitimização da mulher. Procura, então, analisar o fenômeno da violência conjugal como uma forma de comunicação em que homens e mulheres conferem significado às suas práticas. A violência conjugal trata-se mais de um jogo

relacional do que de uma luta de poder.

Ao contrário de Chauí (1984), Gregori (1993) considera que a mulher tem autonomia e participa ativamente na relação violenta. A mulher não é, portanto, “vítima” da dominação masculina. Seguindo esta linha de pensamento, a mulher é protagonista nas cenas de violência conjugal e se representa como “vítima” e “não-sujeito” quando denuncia, através de queixas, tais cenas. Nestas queixas, a mulher reforça a reprodução dos papéis de gênero. Gregori (1993) não pretende, assim, “culpar” a mulher de sua participação na produção de sua vitimização. O que lhe interessa é “entender os contextos nos quais a violência ocorre e o significado que assume”.

Ao relativizar o binômio dominação-vitimização, Gregori (1993) inaugura um dos debates mais importantes que acompanha os estudos feministas sobre violência contra as mulheres no Brasil, desde o início dos anos 90. No primeiro momento, o movimento de mulheres reage contra essa relativização, mas algumas organizações feministas que prestam atendimento a mulheres nas áreas de violência e saúde, como, por exemplo, a Casa Eliane de Grammont e o Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde em São Paulo, passam a discutir a “cumplicidade” da mulher na relação de violência conjugal e começam a usar a expressão “mulheres em situação de violência” ao invés de “mulheres vítimas de violência” (SANTOS e IZUMINO, 2005).

Ao contrário do termo “sexo”, o “gênero” faz referência às noções de construção e de significado, ou seja, refere-se a uma classificação construída pelas sociedades que postulam diferentes significados sociais e culturais associados à categoria homem e à categoria mulher. O sexo refere-se à identidade biológica, ao fato de se caracterizar biologicamente uma pessoa como sendo macho ou fêmea, enquanto o gênero se refere às expectativas e comportamentos socialmente aprendidos que se associam a cada um dos sexos, remetendo-se à dimensão cultural e não biológica (SAFFIOTI, 2002).

No final dos anos 80, ocorre uma mudança teórica significativa nos estudos feministas no Brasil. Sob a influência dos debates norte-americanos e franceses sobre a construção social do sexo e do gênero, as acadêmicas feministas no Brasil começam a substituir a categoria “mulher” pela categoria “gênero”. Apesar das diferentes áreas temáticas e correntes teóricas, há um consenso de que a categoria gênero abre caminho para um novo paradigma no estudo das questões relativas às mulheres. Enquanto o paradigma do patriarcado pressupõe papéis sociais rígidos,

condicionados culturalmente pelas diferenças biológicas entre o homem e a mulher, a nova perspectiva de gênero enfatiza a diferença entre o social e o biológico (SANTOS e IZUMINO, 2005).

Historicamente, um estudo recente pontua alguns indícios que levam a crer que a tradição jurídica portuguesa do período colonial – sobretudo o conjunto de leis contidas no seio das Ordenações Filipinas – teve um papel importante na construção da tradição de família e de relações familiares formadas no Brasil, tendo servido para consolidar valores e práticas sociais que com o tempo se radicaram no senso comum, os quais têm na violência, sob as suas mais diversas modalidades, um de seus aspectos mais característicos. Segundo os autores, tais práticas teriam entrado no Brasil, inicialmente legitimadas pelos ordenamentos jurídicos portugueses dos séculos XVI e XVII, e inventaram uma tradição (SOUZA, 2009).

Dentro deste contexto histórico, a ideologia de gênero, enquanto substrato simbólico que sustenta e reproduz a subordinação social das mulheres, contando com a ativa colaboração da ciência médica, definiu uma identidade social para as mulheres em que a função reprodutiva ocupou o lugar central (GIFFIN, 1994). A ideologia médica, por seu lado, produziu um discurso que, por uma lado, naturalizou, e, por outro, medicalizou o corpo feminino, visando reve-lo ao lugar reprodutivo, a despeito da massiva e explorada inserção das mulheres no mundo produtivo (BARBOSA, 2006).

As complexas e enredadas expressões das ideologias médica e de gênero que perpassam as práticas cotidianas, reforçam e reproduzem a expectativa da “boa mãe”, um dos pilares da ideologia de gênero que sustenta a exploração e submissão das mulheres em sociedades opressoras, desiguais e injustas. Desde crianças somos instruídos a ver o papel de homem e mulher muito bem consolidado, com regras, valores e idealizações bem limitados. As meninas aprendem a ver o mundo como um espaço que demanda uma postura materna, um preparo físico e emocional para ser reprodutora, dona de casa e boa mulher. Os meninos aprendem a se ver como provedores de uma vida familiar, estimulados a investirem em carreiras profissionais, a virarem seus olhares para o universo público (BARBOSA, 2006).

Sob a influência da nova concepção de gênero, os estudos sobre violência contra as mulheres no Brasil passam a usar a expressão “violência de gênero”. As primeiras autoras brasileiras que utilizam esse termo são Heleieth Saffioti (1995) e Sueli Souza de Almeida (1995). Saffioti e Almeida (1995) definem “violência de

gênero” como uma categoria de violência mais geral, que pode abranger a violência doméstica e a violência intrafamiliar. Segundo as autoras, a violência de gênero ocorre normalmente no sentido homem contra mulher, mas pode ser perpetrada, também, por um homem contra outro homem ou por uma mulher contra outra mulher (SAFFIOTI, ALMEIDA, 1995).

Apesar de usar o conceito de gênero e desenvolver uma nova terminologia nas suas discussões sobre violência contra as mulheres, Saffioti não incorpora esse conceito na sua definição de “violência de gênero”. Isto porque a autora não abandona o paradigma do patriarcado e continua definindo violência como expressão da dominação masculina. Nas palavras de Saffioti, “paira sobre a cabeça de todas as mulheres a ameaça de agressões masculinas, funcionando isto como mecanismo de sujeição aos homens, inscrito nas relações de gênero ” (SAFFIOTI, 2004).

Maria Amélia Teles e Mônica de Melo (2003) também utilizam o mesmo conceito de “violência de gênero” que Saffioti (2004), ao definir que “violência de gênero” é:

(...) uma relação de poder de dominação do homem e de submissão da mulher. Demonstra que os papéis impostos às mulheres e aos homens, consolidados ao longo da história e reforçados pelo patriarcado e sua ideologia, induzem relações violentas entre os sexos e indica que a prática desse tipo de violência não é fruto da natureza, mas sim do processo de socialização das pessoas (...). A violência de gênero pode ser entendida como ‘violência contra a mulher’ (...). (TELES e MELO, 2003)

Violência de gênero é o conceito mais amplo, abrangendo vítimas como mulheres, crianças e adolescentes de ambos os sexos. No exercício da função patriarcal, os homens detêm o poder de determinar a conduta das categorias sociais nomeadas, recebendo autorização ou, pelo menos, tolerância da sociedade para punir o que se lhes apresenta como desvio. A categoria social **homens** exige que sua capacidade de mando seja auxiliada pela violência. Com efeito, a ideologia de gênero é insuficiente para garantir a obediência das vítimas potenciais aos ditames do patriarca, tendo este necessidade de fazer uso da violência (COUTO e SCHRAIBER, apud MINAYO, 2005).

Portanto, entende-se que relações entre adultos e crianças foram historicamente construídas a fim de estabelecer uma relação vertical de poder. Sendo assim, percebe-se que a discussão ganha moldes a serem trabalhados à medida em que novas visões de mundo vão sendo construídas. Desde a Grécia do

século VII, onde as relações entre mestre e aprendiz eram aceitas e estimuladas pela sociedade, passando pelo Brasil do século XIX em que crianças eram prometidas a fazendeiros em troca de influência na sociedade local, chegando aos dias atuais, onde a exaltação da figura feminina jovem em obras dramáticas, exemplificam o quão tênue é a diferença entre o aceitável e o perverso (LEAL, 2007).

1.3. Aspectos conceituais da violência contra as mulheres

Violência é um conceito referente aos processos, às relações sociais interpessoais, de grupos, de classes, de gênero, ou objetivadas em instituições, quando empregam diferentes formas, métodos e meios de aniquilamento de outrem, ou de sua coação direta ou indireta, causando-lhes danos físicos, mentais e morais (MINAYO e SOUZA, 2006).

A tipologia proposta para a classificação da violência, segundo o Relatório da OMS, categoriza o fenômeno a partir de suas manifestações: violência autoinfligida (dirigida contra si mesmo), violência coletiva e violência interpessoal (OMS, 2002). Por violências autoinfligidas se entendem os comportamentos suicidas (suicídio, ideação suicida e tentativas de suicídio) e os autoabusos (agressões a si próprio e as automutilações) (MINAYO, 2006b).

As violências interpessoais compreendem a violência intrafamiliar e a violência comunitária. Por violência intrafamiliar se entende a que ocorre entre os parceiros íntimos e entre os membros da família, principalmente no ambiente da casa, mas não unicamente. Inclui as várias formas de agressão contra crianças, contra a mulher ou o homem e contra os idosos (MINAYO e SOUZA, 2006).

Considera-se que a violência intrafamiliar é, em geral, uma forma de comunicação entre as pessoas e, quando numa família se detecta um tipo de abuso, com frequência, ali existe uma inter-relação que expressa várias formas de violência (D'OLIVEIRA e SCHRAIBER, 2002).

A violência comunitária é definida como aquela que ocorre no ambiente social em geral, entre conhecidos e desconhecidos. Consideram-se suas várias expressões como violência juvenil, agressões físicas, estupros, ataques sexuais e a violência institucional que ocorre, por exemplo, em escolas, locais de trabalho, prisões e asilos (MINAYO e SOUZA, 2006).

Minayo (2006b) acrescenta, ainda, um tipo de violência, classificada como estrutural. Essa categoria se refere aos processos sociais, políticos e econômicos que produzem e cronificam a fome, a miséria e as desigualdades sociais, de gênero e de etnia, além daqueles que mantêm o domínio adultocêntrico sobre as crianças e adolescentes. Difícil de ser quantificado, aparentemente sem sujeitos, a violência estrutural se perpetua nos processos históricos, se repete e se naturaliza na cultura e é responsável por privilégios e formas de dominação. A maioria dos tipos de violência, descritos anteriormente, tem sua base na violência estrutural.

Geralmente, a natureza dos atos violentos pode ser classificada em quatro modalidades de expressão: violência física, psicológica, sexual e abandono, negligência ou privação de cuidados.

O conceito atual de violência contra as mulheres, adotado pela Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres (PNEVM), fundamenta-se na definição da Convenção de Belém do Pará (1994), segundo a qual a violência contra a mulher constitui “qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público como no privado” (Art. 1º). A definição é, portanto, ampla e abarca diferentes formas de violência contra as mulheres, tais como:

- 1) A violência doméstica ou em qualquer outra relação interpessoal, em que o agressor conviva ou haja convivido no mesmo domicílio que a mulher e que compreende, entre outras, as violências física, psicológica, sexual, moral e patrimonial (Lei 11.340/2006);
- 2) A violência ocorrida na comunidade e seja perpetrada por qualquer pessoa e que compreende, entre outros, violação, abuso sexual, tortura, tráfico de mulheres, prostituição forçada, sequestro e assédio sexual no lugar de trabalho, bem como em instituições educacionais, estabelecimentos de saúde ou qualquer outro lugar;
- 3) A violência perpetrada ou tolerada pelo Estado ou seus agentes, onde quer que ocorra (violência institucional) (BRASIL, 2011).

A violência doméstica é entendida como qualquer ação ou omissão baseada no gênero que cause à mulher morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial no âmbito da unidade doméstica, no âmbito da família ou em qualquer relação íntima de afeto, na qual o agressor conviva ou tenha convivido com a ofendida, independentemente de coabitação (BRASIL, 2006)⁵.

O Tráfico de Mulheres tem por base o conceito de tráfico de pessoas, que

deve ser entendido como o recrutamento, o transporte, a transferência, o alojamento ou o acolhimento de pessoas, recorrendo à ameaça ou uso da força ou a outras formas de coação, ao rapto, à fraude, ao engano, ao abuso de autoridade ou à situação de vulnerabilidade ou à entrega ou aceitação de pagamentos ou benefícios para obter o consentimento de uma pessoa que tenha autoridade sobre outra para fins de exploração. A exploração incluirá, no mínimo, a exploração da prostituição de outrem ou outras formas de exploração sexual, o trabalho ou serviços forçados, escravatura ou práticas similares à escravatura, a servidão ou a remoção de órgãos (BRASIL, 2007).

Segundo Taquette (2007), a violência sexual:

É a ação que obriga uma pessoa a manter contato sexual, físico ou verbal, ou participar de outras relações sexuais com uso da força, intimidação, coerção, chantagem, suborno, manipulação, ameaça ou qualquer outro mecanismo que anule o limite da vontade pessoal. Manifesta-se como: expressões verbais ou corporais que não são do agrado da pessoa; toques e carícias não desejados; exibicionismo e voyeurismo; prostituição forçada; participação forçada em pornografia; relações sexuais forçadas - coerção física ou por medo do que venha a ocorrer (TAQUETTE, 2007).

A exploração sexual comercial de crianças e adolescentes, também conhecida pela sigla ESCCA, é considerada como uma questão social e prática criminosa, segundo os artigos 70, 82, 239, 240, 241, 250 do Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA (BRASIL, 1990) e do CPB (BRASIL, 1940), com as modificações de 2004. Representa uma violação de direito humano fundamental, especialmente do direito ao desenvolvimento de uma sexualidade saudável, e uma ameaça à integridade física e psicossocial.

⁵ A violência doméstica contra a mulher compreende ainda:

- a) violência física - entendida como qualquer conduta que ofenda sua integridade ou saúde corporal;
- b) violência psicológica - entendida como qualquer conduta que lhe cause dano emocional e diminuição da autoestima ou que lhe prejudique e perturbe o pleno desenvolvimento ou que vise degradar ou controlar suas ações, comportamentos, crenças e decisões, mediante ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, vigilância constante, perseguição contumaz, insulto, chantagem, ridicularização, exploração e limitação do direito de ir e vir ou qualquer outro meio que lhe cause prejuízo à saúde psicológica e à autodeterminação;
- c) violência sexual - entendida como qualquer conduta que a constranja a presenciar, a manter ou a participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força; que a induza a comercializar ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, que a impeça de usar qualquer método contraceptivo ou que a force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição, mediante coação, chantagem, suborno ou manipulação; ou que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos;
- d) violência patrimonial - entendida como qualquer conduta que configure retenção, subtração, destruição parcial ou total de seus objetos, instrumentos de trabalho, documentos pessoais, bens, valores e direitos ou recursos econômicos, incluindo os destinados a satisfazer suas necessidades;
- e) violência moral - entendida como qualquer conduta que configure calúnia, difamação ou injúria (BRASIL, 2011).

Existem três formas primárias de exploração sexual comercial e que possuem uma relação entre si: a prostituição, a pornografia e o tráfico com fins sexuais, incluindo o turismo sexual. A violação está relacionada a algum tipo de transação comercial ou alguma troca e/ou benefício em dinheiro, ofertas ou bens, por intermédio da exploração sexual de menores de 18 anos. Em muitas cidades, existe um mercado com fins sexuais, em que o corpo de adolescentes (na maioria do sexo feminino, das várias classes, originadas de cidades do interior, zonas rurais, populações ribeirinhas ou bairros de periferia) é “abusado” ou “explorado” para uma demanda consumidora (na maioria do sexo masculino e mais idoso), numa prática clandestina, ilegal e, muitas vezes, ligada ao crime organizado, redes de tráfico sexual internacional ou redes de pornografia e erotização de crianças e adolescentes (TAQUETTE, 2007).

Destarte, é possível contextualizar a violência sexual como uma violência de gênero devido a condição de inferioridade a qual a criança, o adolescente e a mulher estão submetidas socialmente, culturalmente e historicamente. A violência sexual poderá acarretar às suas vítimas, diversos tipos de traumas físicos e principalmente psicológicos, dependendo da estrutura psicológica destas, que se não receberem a atenção psicossocial necessária, culminarão como demanda aos serviços de atenção à Saúde Mental (SQUIZATTO, 2004).

Se na ocorrência de violência sexual contra mulheres temos na figura masculina a expressão de uma construção histórica, que deu ao homem a capacidade de acreditar que uma possível diferença biológica e *status* social lhe dariam o poder de decidir pela vida sexual de mulheres, a violência contra crianças e adolescentes tem um agravante, pois por mais que a maioria esmagadora de casos notificados de abuso sexual seja cometido por homens, essa etapa da vida ainda é a mais vulnerável, visto que na construção de hierarquias em uma sociedade as crianças e adolescentes têm historicamente menor poder de participar da construção dos papéis sociais (LEAL, 2007).

A violência sexual por parceiro íntimo é definida como um comportamento dentro de uma relação íntima que causa dano físico, sexual ou psicológico, incluindo atos de agressão física, coerção sexual, abuso psicológico e comportamentos controladores. Essa definição cobre violência pelos cônjuges e parceiros atuais e passados; pode ser também perpetrada por mulheres contra homens e no âmbito de relações com o mesmo sexo (HEISE e GARCIA-MORENO, 2002; JEWKES, SEN e

GARCIA-MORENO, 2002).

Desta forma, do ponto de vista conceitual, segundo Faleiros (2000), compreende-se abuso sexual como uma situação de ultrapassagem (excessiva) de limites: de direitos humanos, legais, de poder, de papéis, do nível de desenvolvimento da vítima, do que esta sabe e compreende, do que o abusado pode consentir, fazer e viver, de regras sociais e familiares e de tabus; abusos sexuais infringem maus-tratos às vítimas.

Por último, outra forma de violência é a Institucional, compreendida em:

Aquela praticada, por ação e/ou omissão, nas instituições prestadoras de serviços públicos (...). É perpetrada por agentes que deveriam garantir uma atenção humanizada, preventiva e reparadora de danos. A violência institucional compreende desde a dimensão mais ampla, como a falta de acesso aos serviços e a má qualidade dos serviços prestados, até expressões mais sutis, mas não menos violentas, tais como os abusos cometidos em virtude das relações desiguais de poder entre profissional e usuário (BRASIL, 2011)

Uma forma comum de violência institucional ocorre em função de práticas discriminatórias, sendo as questões de gênero, raça, etnia, orientação sexual e religião um terreno fértil para a ocorrência de tal violência” (TAQUETTE, 2007). Mulheres em situação de violência são, por vezes, ‘revitimizadas’ nos serviços quando: são julgadas; não têm sua autonomia respeitada; são forçadas a contar a história de violência inúmeras vezes; são discriminadas em função de questões de raça/etnia, de classe e geracionais.

Uma outra forma de violência institucional que merece destaque é a violência sofrida pelas mulheres em situação de prisão, que são privadas de seus direitos humanos, em especial de seus direitos sexuais e reprodutivos.

Portanto, o conceito de violência contra as mulheres, que tem por base a questão de gênero, remete a um fenômeno multifacetado, com raízes histórico-culturais, que é permeado por questões étnico-raciais, de classe e de geração. Falar em gênero, em construção social requer do Estado e demais agentes uma abordagem intersetorial e multidimensional na qual as dimensões acima mencionadas sejam reconhecidas e enfrentadas. Além do mais, uma política na área de violência contra as mulheres requer uma atuação conjunta para o enfrentamento (prevenção, combate, assistência e garantia de direitos) do problema pelas diversos setores envolvidos, tais como: a saúde, a educação, a assistência social, a segurança pública, a cultura, a justiça, entre outros; no sentido de dar conta da

complexidade da violência contra as mulheres e de garantir a integralidade do atendimento à mulher.

1.4. O impacto da violência na saúde da mulher

O impacto da morbimortalidade por causas externas (violências e acidentes), no Brasil e no mundo, constitui uma das maiores preocupações para chefes de Estado e dirigentes do setor saúde.

O incremento da mortalidade por violências e acidentes, assim como do número de internações e de sequelas devido, principalmente, a homicídios, acidentes de transporte terrestre e quedas têm contribuído significativamente para a redução da expectativa de vida de adolescentes e jovens e da qualidade de vida da população. O fenômeno das violências e acidentes pode ser considerado endêmico em muitos países, entre os quais o Brasil, tornando-se um grave problema de Saúde Pública (BRASIL, 2010).

De acordo com Grossi (1995), mulheres que sofrem violência doméstica apresentam cinco vezes mais chances de terem problemas psicológicos quando comparadas às mulheres que não vivenciam essa situação. Entre os problemas citados, encontrou-se: nervosismo, esquecimento, sentimento de insegurança e transtornos do sono (GALVÃO, 1999).

As consequências da violência doméstica incluem: lesões permanentes, problemas crônicos como dor de cabeça, dor abdominal, infecções vaginais, distúrbios do sono e da alimentação, doenças de efeito tardio como artrite, hipertensão e doenças cardíacas, além de obesidade, síndrome de dor crônica, distúrbios gastrointestinais, fibromialgia, fumo, invalidez, distúrbios ginecológicos, aborto espontâneo e até morte. Os efeitos relacionados com o trauma são acentuados pelo fato de o agressor ser um parceiro íntimo, o que aumenta as sensações de vulnerabilidade, perda, traição e falta de esperança. A experiência do abuso destrói a autoestima feminina, expondo-a a um risco mais elevado de sofrer de problemas mentais, como depressão, fobia, estresse pós-traumático, tendência ao suicídio e consumo abusivo de álcool e outras drogas (DAY et al., 2003).

A mulher vítima de violência carrega as marcas das agressões que são exteriorizadas por sintomas clínicos, e na maioria das vezes o profissional não consegue encontrar um diagnóstico compatível com o problema apresentado pela

paciente, pois normalmente a queixa não é denunciada nem aparece na consulta (ANGULO-TUESTA, 1997).

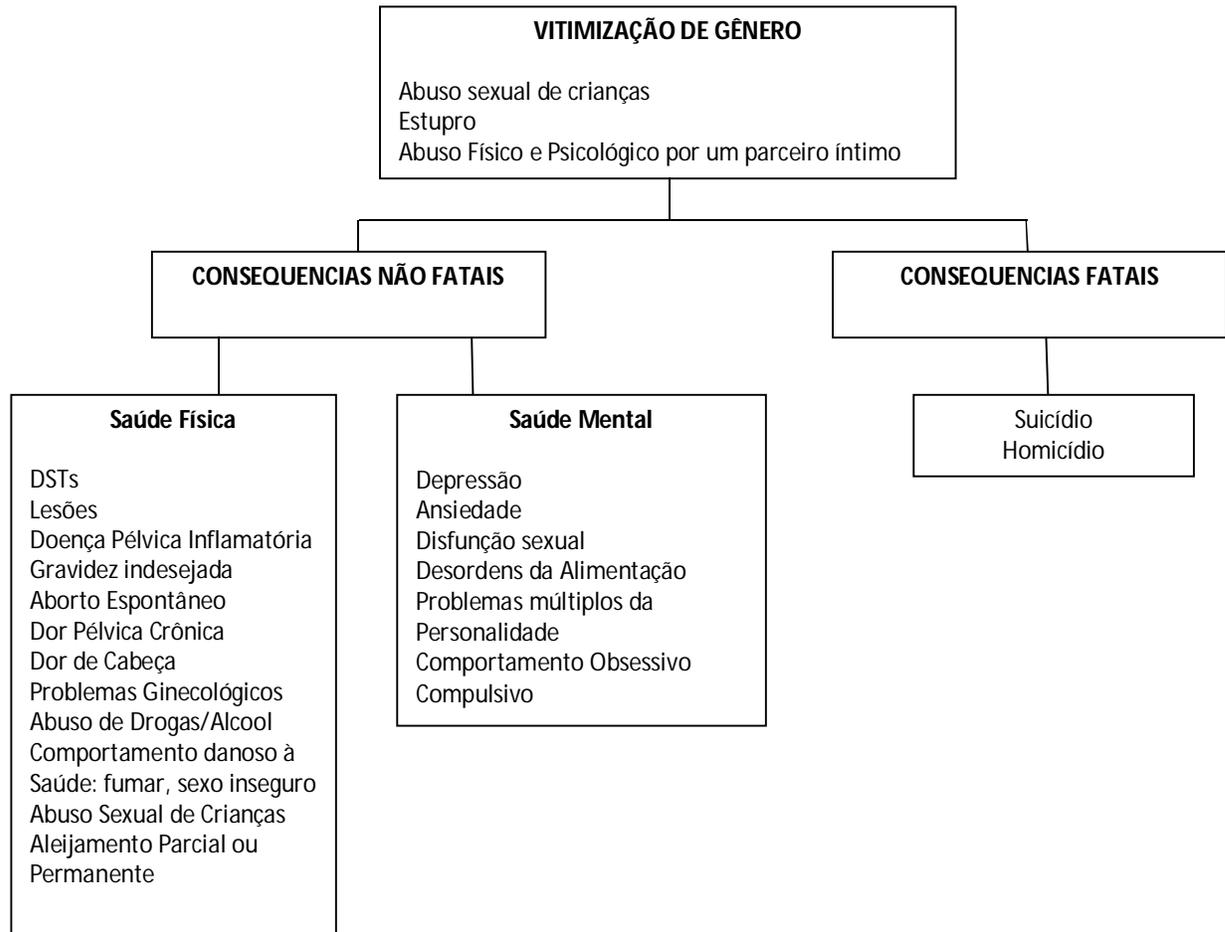
Estudiosos explicam essa realidade pelo fato das mulheres viverem anos em situações de violência, afetando a sua autoestima e autoimagem, deixando-as com menos possibilidade de se proteger, menos seguras do seu valor e dos seus limites pessoais, e mais propensas a aceitar a vitimização como sendo parte de sua condição de mulher. Isso diminui sua capacidade de reagir, de buscar emprego, de participar plenamente na sociedade. Buscam menos apoio porque acham que não serão ouvidas, nem acreditarão nas suas demandas. A violência de gênero é um problema que tende a piorar com o tempo, tornando-se mais intensa e frequente, se não houver uma intervenção apropriada (GIFFIN, 1994).

O fenômeno da violência contra a mulher pode ser entendido como uma relação de forças que converte as diferenças entre os sexos em profunda desigualdade. Nesse sentido, a violência sexual constitui uma das mais antigas e amargas expressões da violência de gênero, além de representar uma inaceitável e brutal violação de direitos humanos. Não obstante, é igualmente necessário entendê-la como problema de Saúde Pública. Essas premissas são fundamentais para compreender o tema e para nortear Políticas Públicas que atendam as necessidades e expectativas das mulheres em situação de violência sexual, incluindo-se aquelas elaboradas pelos serviços de saúde. O fato é que nos últimos anos a violência de gênero vem sendo crescentemente remetida à área da saúde. Isso resulta não apenas da melhor compreensão dos agravos causados para a saúde física e mental das mulheres, mas da percepção do espaço da saúde como espaço privilegiado para tratar o problema (D'OLIVEIRA e SCHRAIBER, 1999).

As repercussões da violência sexual ou de outras formas de maus tratos são graves, e profundas na saúde física e mental dos atingidos e podem se traduzir nos sintomas tais como fadiga, estresses, insônia, perda de apetite, isolamento, frustração, revolta, medo, entre outros (CAVALCANTE et al, 2006).

Day et al. (2003) ainda afirmam que o abuso sexual na infância traz várias consequências psiquiátricas com maior risco de transtornos depressivos, de conduta, de personalidade, de preferência sexual e comportamentos sexuais agressivos, abuso de substâncias e comportamento suicida. Os agressores sexuais apresentam um risco seis vezes maior de terem sido vitimados sexualmente na infância.

FIGURA 1 - Resumo das consequências para a saúde de mulheres em situação de violência



Fonte: Heise, 1994

A contaminação por uma DST como resultado da violência sexual pode implicar em severas consequências físicas e emocionais. Se por um lado os danos físicos são pouco frequentes em mulheres em situação de violência sexual, por outro, as DST apresentam taxas seguramente alarmante. Considerando-se todos os riscos específicos possíveis, cerca de 50% das mulheres em situação de violência sexual enfrentam alguma DST (DREZETT, 2002).

Infelizmente, grande parte das mulheres em situação de violência sexual não recorre aos serviços de saúde ou o faz tardiamente, o que impede o oferecimento de medidas protetoras. Crianças, envolvidas com situações crônicas e prolongadas de abuso, geralmente ingressam nos serviços de saúde com infecções estabelecidas que, muitas vezes, encontram-se em adiantada evolução clínica. Para essas situações, cabe apenas o diagnóstico e o tratamento apropriados, no sentido de se

obter a reabilitação ou a redução dos danos (DREZETT et al, 2001).

Apesar disso, é cada vez maior o número de mulheres que recorre aos serviços de saúde em tempo hábil para a realização de medidas protetoras. No entanto, ainda são poucas as que recebem medicações adequadas para prevenir as DST. Essa inabilidade em abordar as DST reflete o despreparo de muitos gestores e profissionais de saúde (DREZETT, 2002).

Vale destacar que o Ministério da Saúde publicou, em 1998, Norma Técnica específica para a prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual, que estabelece um protocolo de assistência para as DST, pautado em seguras evidências científicas (DREZETT, 2003).

Entre as consequências da violência sexual, a gravidez se destaca pela complexidade das reações psicológicas e sociais que determina. Geralmente é encarada como uma segunda violência, intolerável para a maioria das mulheres (FAÚNDES et al, 1999).

A anticoncepção de emergência (AE) é um direito da mulher e uma das ações mais importantes na assistência imediata após a violência sexual e consta nas normas técnicas do Ministério da Saúde, desde 1998 (DREZETT et al. 2001; BRASIL, 2005).

A psicopatologia grave é um exemplo de transtorno do estresse pós-traumático (TEPT), induzido por estupro. A ocorrência do estupro é muito mais comum do que pensávamos anteriormente e as consequências emocionais podem ser permanentes (BALLENGER, 2004).

O “trauma” (traumatismo psíquico) como um acontecimento da vida do sujeito que se define pela intensidade, pela incapacidade em que se encontra o sujeito de reagir a ele de forma adequada, pelo transtorno e pelos efeitos patogênicos duradouros que provoca na organização psíquica, caracteriza-se por um afluxo de excitações que é excessivo em relação à tolerância do sujeito e sua incapacidade de dominar e elaborar psiquicamente estas excitações (OUTEIRAL, 1999).

Estudos em mulheres americanas têm demonstrado que o TEPT é uma consequência muito comum do estupro, encontraram que 57 % das mulheres de uma amostra da comunidade que tinham sido estupradas desenvolveram o TEPT, em algum momento de suas vidas (GREENBERG et al., 1999).

Um levantamento do Centro Nacional de Vítimas nos Estados Unidos constatou que 31% das vítimas de estupros desenvolveram a TEPT em algum

momento, comparados a 5% das não vítimas. Na época desse levantamento, 11% tinham TEPT diagnosticável. O relatório calculou que, baseado em seus resultados sobre a incidência de estupro, 1,3 milhões de mulheres norte americanas apresentam atualmente, o TEPT relacionado ao estupro e aproximadamente 211.000 o desenvolverão, a cada ano (BARLOW, 1999).

Nos Estados Unidos, estimou-se em 5,8 bilhões de dólares o custo anual total da violência conjugal contra a mulher em 1995 (estupros, violência física e ameaças). Desse montante, quase US\$ 4,1 bilhões foram gastos com cuidados à saúde física e mental, enquanto que cerca de US\$ 1,7 bilhões foram consumidos com perda de produtividade de vítimas não-fatais. Mais US\$ 1 bilhão foram perdidos com prejuízos à economia em função das vítimas fatais. Mesmo assim, esses dados ainda subestimam a importância do impacto, pois desconsideram outros prejuízos importantes, como aqueles relativos à saúde e à educação da população infantil oriunda de famílias onde ocorre a violência (MIRANDA, DE PAULA e BORDIN, 2010).

Além do grande impacto na morbimortalidade, a violência, nas mais diversas formas como se apresenta, tem contribuído para a perda de qualidade de vida entre os cidadãos, com aumento dos custos sociais com cuidados em saúde, previdência, absenteísmo à escola e ao trabalho, dentre outros.

A violência é, ainda, uma das mais significativas causas da desestruturação familiar e pessoal. No Brasil, a violência e os acidentes representaram, em 2009, a terceira causa de morte na população geral e a primeira na população de 1 a 39 anos.

As doenças cardiovasculares e as neoplasias foram a primeira e a segunda causa de morte, respectivamente. Dados do Ministério da Saúde registraram, no mesmo ano, 138.697 óbitos por causas externas, representando 12,5% do total de óbitos. No período de 1980 a 2009, houve incremento de 16,9% nos óbitos atribuídos a essas causas. O sexo masculino respondeu por 83,1% dos óbitos e o feminino por 16,8% (BRASIL, 2010).

Entre 2000 e 2009, verificou-se aumento de 3,9% na taxa de mortalidade por causas externas, porém, a variação não foi uniforme. Entre os acidentes, houve aumento de 14,9% no risco de mortes por acidentes de transporte terrestre. Porém, dentre as vítimas dessa causa, os motociclistas apresentaram maior aumento (+224,2%) no risco de morte, enquanto os pedestres tiveram redução de 9,9%.

Houve aumento na taxa de mortalidade por quedas, sendo que as quedas de mesmo nível destacaram-se com incremento de 352,5%. Dentre as mortes por causas violentas, percebeu-se incremento de 22,5% no risco de morte por suicídio (BRASIL, 2010).

O VIVA Contínuo (2008), estudo descritivo, do tipo série de casos, com dados sobre as vítimas de violência doméstica, sexual e/ou outras violências notificadas durante o período de 01 de janeiro a 31 de dezembro de 2008, em unidades de referência para atendimento de vítimas de violências, em serviços/centros de referência para violências, centros de referência para DST/AIDS, ambulatórios especializados, maternidades, entre outros, em 22 municípios distribuídos em 15 Unidades da Federação, registrou que, das 8.766 notificações, 6.236 (71,1%) eram mulheres. Sobre a evolução dos casos, o principal destino foi o encaminhamento para tratamento ambulatorial (30,6%), enquanto 26% das vítimas receberam alta, 13% foram hospitalizadas, 2,9% evadiram-se e 1,3% morreram. Entre os homens a maioria dos casos evoluiu para alta (28%), enquanto que entre as mulheres houve predomínio de encaminhamento ambulatorial (34,6%) (BRASIL, 2008).

O Brasil ocupa a sétima posição no contexto dos 84 países do mundo com dados homogêneos da OMS compreendidos entre 2006 e 2010, com uma taxa de 4,4 homicídios em 100 mil mulheres – Tabela 1 (WAISELFISZ, 2012).

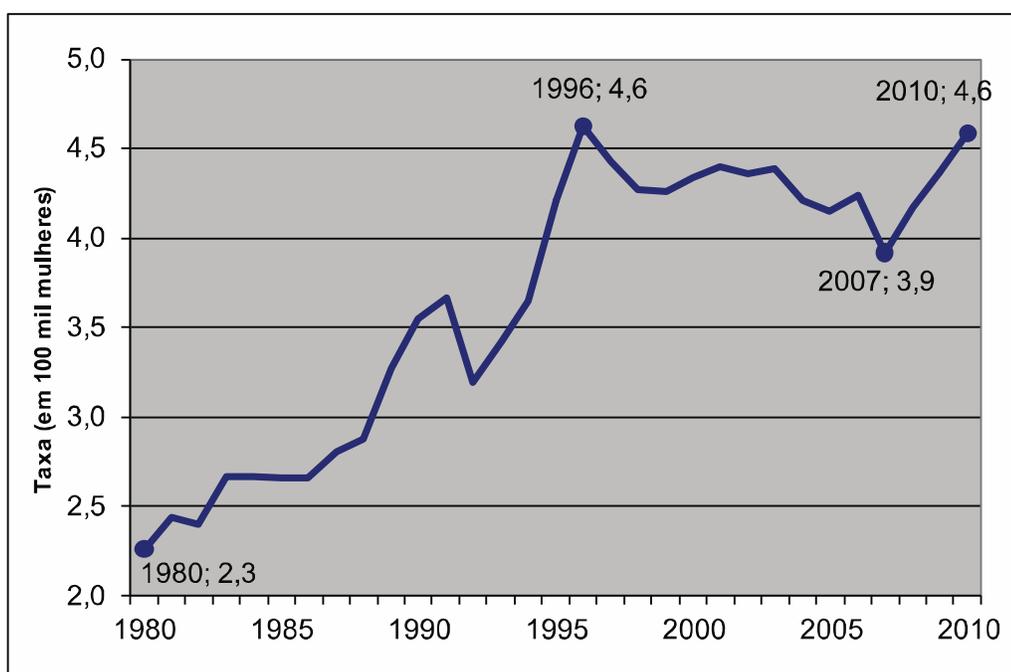
Quadro 1 - Número e taxas (em 100.000 mulheres) de homicídios femininos. Brasil. 1980/2010.

País	Ano	Taxa	Pos	País	Ano	Taxa	Pos
El Salvador	2008	10,3	1º	Finlândia	2009	1,0	43º
Trinidad e Tobago	2006	7,9	2º	Romênia	2010	1,0	44º
Guatemala	2008	7,9	3º	Jordânia	2008	1,0	45º
Rússia	2009	7,1	4º	Sri Lanka	2006	0,9	46º
Colômbia	2007	6,2	5º	Irlanda do Norte	2009	0,9	47º
Belize	2008	4,6	6º	Eslováquia	2009	0,9	48º
Brasil	2009	4,4	7º	Armênia	2009	0,8	49º
Casaquistão	2009	4,3	8º	Escócia	2010	0,8	50º
Guiana	2006	4,3	9º	Israel	2008	0,7	51º
Moldávia	2010	4,1	10º	República Tcheca	2009	0,7	52º
Bielorrússia	2009	4,1	11º	Hong Kong	2009	0,6	53º
Ucrânia	2009	4,0	12º	Holanda	2010	0,6	54º
São Vicente e Granadinas	2008	3,7	13º	Áustria	2010	0,6	55º
Panamá	2008	3,7	14º	Polônia	2009	0,6	56º
Venezuela	2007	3,6	15º	Suíça	2007	0,6	57º
Iraque	2008	3,2	16º	Eslovênia	2009	0,6	58º
Estônia	2009	3,2	17º	Noruega	2009	0,5	59º
Lituânia	2009	3,0	18º	Alemanha	2010	0,5	60º
África do Sul	2008	2,8	19º	Suécia	2010	0,5	61º
Dominica	2009	2,7	20º	Malta	2010	0,5	62º
Letônia	2009	2,4	21º	Austrália	2006	0,5	63º
Equador	2009	2,4	22º	Catar	2009	0,5	64º
Filipinas	2008	2,1	23º	Peru	2007	0,4	65º
EUA	2007	2,1	24º	Malásia	2006	0,4	66º
Cuba	2008	2,0	25º	Dinamarca	2006	0,4	67º
México	2008	2,0	26º	França	2008	0,4	68º
Quirguistão	2009	2,0	27º	Luxemburgo	2009	0,4	69º
Costa Rica	2009	1,8	28º	Itália	2008	0,4	70º
Barbados	2006	1,4	29º	Irlanda	2009	0,4	71º
República de Coréia	2009	1,3	30º	Portugal	2009	0,3	72º
Paraguai	2008	1,3	31º	Japão	2009	0,3	73º
Chipre	2009	1,2	32º	Espanha	2009	0,3	74º
Sérvia	2009	1,2	33º	Geórgia	2009	0,3	75º
Croácia	2009	1,2	34º	Reino Unido	2009	0,1	76º
Hungria	2009	1,2	35º	Kuwait	2009	0,1	77º
Argentina	2008	1,2	36º	Azerbaijão	2007	0,1	78º
Bulgária	2008	1,1	37º	Inglaterra e Gales	2009	0,1	79º
Maurício	2010	1,1	38º	Marrocos	2008	0,0	80º
Nova Zelândia	2007	1,1	39º	Egito	2010	0,0	80º
Nicarágua	2006	1,1	40º	Bahrein	2009	0,0	80º
Chile	2007	1,0	41º	Arábia Saudita	2009	0,0	80º
Tailândia	2006	1,0	42º	Islândia	2009	0,0	80º

Fonte: Whosis, Census, IBGE.

Dados do Mapa da Violência 2012, demonstram, ainda, que nos 30 anos decorridos entre 1980 e 2010, foram assassinadas no país acima de 92 mil mulheres, 43,7 mil só na última década. O número de mortes nesse período passou de 1.353 para 4.465, que representa um aumento de 230%, mais que triplicando o quantitativo de mulheres vítimas de assassinato no país.

Gráfico 1 - Evolução das taxas de homicídio feminino (em 100.000 mulheres). Brasil. 1980/2010



Fonte: SIM/SVS/MS

Além do aumento no número de homicídios em mulheres, é possível verificar a grande heterogeneidade existente entre os estados do país. Espírito Santo, com uma taxa de 9,6 homicídios em cada 100 mil mulheres, mais que duplica a média nacional e quase quadruplica a taxa de Piauí, estado que apresenta o menor índice.

Quadro 2 - Número e taxas de homicídio feminino (em 100.000 mulheres) por UF. Brasil. 2010.

UF	Nº	Taxa	Pos.	UF	Nº	Taxa	Pos.
Espírito Santo	175	9,8	1º	Rondônia	37	4,8	15º
Alagoas	134	8,3	2º	Amapá	16	4,8	16º
Paraná	338	6,4	3º	Rio Grande do Norte	71	4,4	17º
Pará	230	6,1	4º	Sergipe	45	4,2	18º
Mato Grosso do Sul	75	6,1	5º	Rio Grande do Sul	227	4,1	19º
Bahia	433	6,1	6º	Minas Gerais	405	4,1	20º
Paraíba	117	6,0	7º	Rio de Janeiro	339	4,1	21º
Distrito Federal	78	5,8	8º	Ceará	174	4,0	22º
Goiás	172	5,7	9º	Amazonas	66	3,8	23º
Pernambuco	251	5,5	10º	Maranhão	117	3,5	24º
Mato Grosso	80	5,4	11º	Santa Catarina	111	3,5	25º
Tocantins	34	5,0	12º	São Paulo	671	3,2	26º
Roraima	11	5,0	13º	Piauí	40	2,5	27º
Acre	18	4,9	14º	Brasil	4.465	4,6	

Fonte: SIM/SVS/MS

Nas capitais dos estados, os níveis são ainda mais elevados. Se a taxa média dos estados no ano de 2010 foi de 4,4 homicídios cada 100 mil mulheres, a taxa das capitais foi de 5,1. Destacam-se aqui, pelas elevadas taxas, Vitória, João Pessoa, Maceió e Curitiba, com níveis acima dos 10 homicídios em 100 mil mulheres.

Quadro 3 - Taxas de homicídio feminino (em 100.000 mulheres) por capitais. Brasil. 2010.

UF	Nº	Taxa	Pos.	UF	Nº	Taxa	Pos.
Vitória	23	13,2	1º	Aracaju	18	5,9	15º
João Pessoa	48	12,4	2º	Fortaleza	76	5,8	16º
Maceió	59	11,9	3º	Brasília	78	5,8	17º
Curitiba	95	10,4	4º	Boa Vista	8	5,6	18º
Salvador	118	8,3	5º	Campo Grande	22	5,4	19º
Recife	63	7,6	6º	Manaus	48	5,2	20º
Goiânia	46	6,8	7º	Belém	36	4,9	21º
Porto Alegre	50	6,6	8º	Rio de Janeiro	130	3,9	22º
Macapá	13	6,4	9º	Cuiabá	10	3,5	23º
Rio Branco	11	6,4	10º	Teresina	14	3,2	24º
Natal	27	6,3	11º	Florianópolis	7	3,2	25º
São Luís	34	6,3	12º	São Paulo	163	2,8	26º
Belo Horizonte	78	6,2	13º	Palmas	2	1,7	27º
Porto Velho	13	6,2	14º	Capitais	1.290	5,4	

Fonte: SIM/SVS/MS

De fato, as questões relativas à saúde da mulher têm sido preocupação de organismos internacionais e nacionais, associados a outros sistemas de organização civil, em função de várias questões produtoras de adoecimento e, dentre essas, se encontra a violência que se pratica no interior dos lares, com grau de severidade e como sujeito preferencial a mulher (MONTEIRO, 2005).

CAPÍTULO II – A VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES NO CONTEXTO DAS RELAÇÕES FAMILIARES

2.1 – As novas concepções de família e parentesco

A discussão sobre família nas ciências sociais é construída com maior intensidade a partir da década de 50 e 60, onde há uma preocupação com a “crise da família” vivida em função das novas dinâmicas da modernidade, produzindo um paradoxo entre a sociedade moderna – baseada nas relações econômicas e na racionalidade – e a família – tradicional, com formas sociais arcaicas e arraigadas na relação de parentesco. Surge, portanto, a necessidade de saber em que a modernização mudou a família e como esta passava a se organizar (SEGALEN, 1999).

Nas décadas de 70 e 80, a produção sociológica passou a contar com as análises voltadas aos estudos demográficos. Destacam-se, ainda, os estudos voltados à economia familiar, à psicologia, à relação entre os membros da família e às relações de conjugalidade, levando em conta os sentimentos que permeavam as relações familiares. Na década de 70, persistiu a ideia de que a família “tinha um sentido mais forte de suas responsabilidades relativamente aos jovens, velhos e doentes”. Neste caminho, os estudos relacionados à sociologia da família tiveram como pano de fundo a teoria durkheimiana, onde a família moderna é ao mesmo tempo “privada” e “pública”, na verdade, como alguns autores argumentam “a privatização incontestável da família moderna é, de alguma forma, uma ilusão porque é acompanhada de uma grande intervenção do Estado e das instituições”. Passando pela década de 80, multiplicaram-se os estudos sobre a relação entre gerações e, não mais unicamente, sobre o casal. A família já não é rejeitada pelo seu sentido arcaico, surgindo, pelo contrário, como um valor moderno (AGUIAR, 2009).

A partir desse cenário torna-se possível entender os estudos sobre família em dois sentidos. De um lado, os estudos que priorizam as análises baseadas na individualização e na autonomia dos membros da família, trazendo a compreensão de que ela passa a ser um espaço relacional no qual o comportamento do indivíduo alimenta as novas estruturas familiares que, por sua vez, são reflexos da própria autonomia deste indivíduo priorizando, assim, a relação conjugal. De outro lado, os

estudos que acentuam a importância dos laços de parentesco e das relações construídas ao longo do tempo. Para esta corrente compreender tais laços deve ser prioritário na tentativa de compreender as relações familiares (SINGLY, 2007).

À luz da psicanálise, ao analisar a família ocidental, Roudinesco (2003) destaca três importantes períodos caracterizados por diferentes formas de organização familiar. No primeiro período forma-se a família tradicional pautada na preocupação com a transmissão de um patrimônio. Em um segundo momento a família passa a ser construída como fruto do amor romântico. E posteriormente a família moderna, contemporânea ou pós-moderna, fundamenta-se no amor e no prazer, com uma característica de atemporalidade, ou seja, a união dura enquanto durar o amor e o prazer.

A globalização não é um fenômeno recente, mas, em decorrência do avanço da tecnologia, do barateamento dos transportes, da disseminação dos meios de comunicação e do fim da guerra-fria que opunha países socialistas e capitalistas, ela se caracteriza atualmente por uma integração entre todos os países da terra e entre regiões de um mesmo país – incluindo suas populações - em termos econômicos, políticos, sociais e culturais. Como resultado, ocorrem profundas transformações estruturais e organizacionais nas sociedades, que afetam suas populações, entre as quais se encontram a precariedade e a precarização do trabalho, as características da família e seu lugar na sociedade, e as relações entre diferentes grupos e categorias sociais (BRUMER, 2009).

Helena Hirata demonstra em seu trabalho que as mulheres são afetadas de maneira particular pela precarização do trabalho, tendo em vista sua presença significativa no comércio e nos serviços, nos quais são mais frequentes os empregos em tempo parcial e no setor informal (HIRATA, 2009).

Femenías e Rossi (2009) examinam o significado das configurações atuais do patriarcado, na era da globalização, destacando algumas dificuldades enfrentadas pelas mulheres para alcançar o status de plena igualdade com os homens. As autoras privilegiam um aspecto decorrente da globalização, o paradigma informacional, para examinar tanto o crescente número de homens inferiorizados por questões econômicas como o recrudescimento da violência contra as mulheres na América Latina e suas possíveis explicações. Sua hipótese central é que os homens – como consequência das mudanças ocorridas no mercado de trabalho e da cultura vigente em nossas sociedades – estariam tentando disciplinar com violência as

mulheres “autônomas”, vistas por eles como responsáveis por seus males.

E as próprias mulheres são exploradas, principalmente em modalidades de trabalho contemporâneos - como as “maquilas” e os contratos “free lance” - que substituem o trabalho domiciliar clássico do passado. Com base na idéia de que o paradigma informacional estabelece o que precisa ser descrito, interpretado ou explicado e qual descrição dos fenômenos é aceitável, Femenías e Rossi (2009) procuram explicar os fenômenos relacionados ao poder e à violência sobre o corpo das mulheres.

Ao considerar os efeitos da globalização sobre o mundo do trabalho, constata-se que graças à globalização, a lógica do trabalho afasta-se do Estado de Bem-Estar para funcionar como um trabalho estruturado segundo o modelo do trabalho doméstico que tem como resultado a perda de coberturas legais, sociais, de saúde, diminuição da jornada de trabalho, entre outros aspectos. Os efeitos da globalização sobre o mercado de trabalho são ainda mais perversos nos países dependentes e com democracias débeis, recentes ou inconsistentes, já que provocam o debilitamento das estruturas vinculadas aos direitos sociais. Neste sentido, o mundo do trabalho é apenas o ponto de partida para o exame das relações de poder entre homens e mulheres e da possibilidade de associação entre a exclusão material, a feminização da pobreza e a violência contra as mulheres (BRUMER, 2009).

No estudo de McCallum e Bustamante (2012) é analisada a construção cotidiana de parentesco, individuação e diferenças de gênero num bairro de baixa renda de Salvador da Bahia, Brasil. As autoras defendem que a casa existe na medida em que está inserida em uma configuração de casas e que, em ambas, as relações se organizam ao integrar dois princípios distintos de “conectividade” (relatedness): “sangue” e “consideração”.

Ademais, a existência relacional da casa e da configuração de casas está vinculada à coexistência e integração mútua de esforços de individuação e de processos relacionais. Portanto, afirmam ainda, categoricamente, que não se pode aplicar o conceito de família nuclear para tratar da organização social entre as camadas populares brasileiras (McCALLUM e BUSTAMANTE, 2012).

Corroborando com as autoras, Fonseca (2003) afirma que há uma pluralidade de arranjos residenciais e de formas de se organizar o parentesco, entre os quais a família conjugal é apenas uma das formas que se concretizam na prática

(FONSECA, 2003; HITA 2008).

Neste contexto atual, Roudinesco (2003) afirma que, ao contrário do que se pensou, a família não se dissolveu, mas se reorganizou de forma horizontal e em redes, garantindo a reprodução das gerações. O casamento perdeu o ornamento da sacralidade, e em constante declínio é hoje caracterizado pela união afetiva de cônjuges – com filhos ou não – que, buscando o refúgio das desordens do mundo exterior, unem-se não mais por uma vida, mas por um período aleatório que, como em mais de um terço dos casos, termina em divórcio, na maioria das vezes solicitado pelas mulheres, que ainda são as que inicialmente mais sofrem com os encargos dessa ruptura. Os filhos são freqüentemente concebidos fora dos laços matrimoniais, e esse quadro, que já aterrorizou muito, mostra-se hoje com naturalidade e comprova que a civilização não foi engolida por essas “desordens”.

2.2 – As expressões conceituais da violência contra a mulher no âmbito familiar

A magnitude da violência doméstica contra a mulher pelo parceiro íntimo e suas implicações, passou a receber mais atenção desde a década passada, com a publicação de Lori Heise e outros autores, cujo estudo relata inclusive as conseqüências negativas para saúde reprodutiva da mulher (SILVA, 2008).

A partir da Declaração de Erradicação da Violência contra a Mulher, considera-se este fenômeno como um problema de saúde pública, amplia-se o número de estudos para investigar este tipo de violência e a categorização de violência do parceiro íntimo começa a ser utilizada, passando a ser definida como:

Violência sofrida pela mulher e perpetrada pelo seu parceiro íntimo, com o propósito explícito ou não de manter o controle da relação, através da omissão ou ação de condutas agressivas, incluindo violência emocional, física e sexual, infligidas contra a propriedade ou o indivíduo e relacionadas com mulher (WHO, 2001).

São muitos os desafios envolvidos no intercâmbio de expressões como “violência contra a mulher” (noção criada pelo movimento feminista a partir da década de 1960), “violência conjugal” (outra noção que especifica a violência contra a mulher no contexto das relações de conjugalidade), “violência doméstica” (incluindo manifestações de violência entre outros membros ou posições no núcleo doméstico – e que passou a estar em evidência nos anos de 1990), “violência

familiar” (noção empregada atualmente no âmbito da atuação judiciária e consagrada pela recente Lei “Maria da Penha” como violência doméstica e familiar contra a mulher) ou “violência de gênero” (conceito mais recente empregado por feministas que não querem ser acusadas de essencialismo). Trata-se de saber o que significa o emprego de cada uma dessas noções, sua rentabilidade em termos analíticos, bem como as limitações e os paradoxos que elas apresentam (DEBERT e GREGORI, 2008).

A violência doméstica, não é um produto de nossa sociedade moderna, pois sempre aconteceu. No entanto, em um passado não muito distante, argumentava-se, a fim de não proteger as suas vítimas, que aquilo dizia respeito a um problema de família e que terceiros estranhos àquela relação, “não tinham que se meter”. Esses anos todos de passividade estatal fez com que a violência nos lares aumentasse cada dia mais (GRECO, 2008).

De acordo com Hassemer e Munõz Conde (2001), entre os grupos de vítimas que mais estão representados nas atuais pesquisas de vitimização, e que são objeto de estudos especiais e investigações, encontram-se as mulheres maltratadas no âmbito familiar por seu companheiro ou cônjuge. Provavelmente, nenhuma relação de convivência humana é tão conflitiva e produtora de violência como a familiar, e dentro dela, a conjugal ou de companheirismo (HASSMER e MUNÕZ CONDE, 2001).

Para Saffiotti (1997), a violência doméstica ultrapassa o espaço da residência, tendo em vista que muitas mulheres são vitimadas pelo marido, na rua ou no local de trabalho, e que meninas podem ser abusadas sexualmente pelo pai longe do local de moradia. Nesse sentido, o termo “violência doméstica” caracteriza a prática de crime por pessoa que priva da intimidade da vítima mediante relações familiares ou de autoridade e não é, necessariamente, indicativo do lugar da ocorrência do crime.

É preciso, no entanto, reconhecer o efeito político da violência doméstica. Lesões corporais, tentativas de homicídio e homicídios cometidos por maridos ou companheiros são, sem dúvida, as expressões mais dramáticas e convincentes da opressão de que as mulheres são vítimas e da importância do trabalho das instituições voltadas para medidas punitivas ou para procedimentos de proteção às vítimas. Os dados sobre violência doméstica têm levado autores a considerarem que o lar é o espaço onde as mulheres e as crianças correm maior risco (SAFFIOTTI,

2001).

A idéia de que a violência contra a mulher não se reduz ao espancamento de esposas e companheiras é um princípio básico do discurso das feministas que se manifestaram contra a criação das Delegacias de Polícia de Proteção à Mulher ou a seu favor. Mas são essas as expressões que mobilizam maior indignação e por isso, apesar das ênfases dos militantes de não reduzir os problemas à dimensão familiar, a violência doméstica aparece como uma expressão englobadora das mazelas da sociedade brasileira e passa a ser confundida e usada como sinônimo da violência contra a mulher, da violência contra a criança ou ainda da violência contra o idoso (DEBERT e GREGORI, 2008).

O abuso por parte do marido ou companheiro é a forma mais comum de violência contra a mulher presente em muitos países do mundo. Pode manifestar-se de formas variadas: maltrato físico (golpes, bofetadas, pontapés etc.); psicológico (menosprezo, intimidações, humilhações constantes) e relação sexual forçada. Poucas são as mulheres vítimas de violência que procuram ajuda das autoridades. A maioria busca algum tipo de ajuda junto à família ou a amigas/os ou silencia, por diversas razões, entre elas: medo de represálias, preocupação com os filhos, dependência econômica, falta de apoio da família e dos amigos e esperanças de que a situação de violência venha a ter um fim (BARSTED, 1998).

Mais do que corrigir os excessos, os abusos cometidos pelos chefes de estado, erradicar esse tipo de violência supõe colocar em xeque a desigualdade de poder no seio familiar e tornar inadmissível qualquer atitude que fira os direitos fundamentais dos envolvidos (DEBERT e GREGORI, 2008).

2.3 – Prevalência da violência doméstica e familiar

No mundo todo a maioria das pesquisas apontam para uma alta incidência da violência contra a mulher nas diferentes classes sociais, culturas e raças. Os números são alarmantes, segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Nos países do continente americano as estatísticas mostram que uma em cada três mulheres é vítima da violência (OMS, 2012).

No entanto, sabe-se que essa forma de violência é difícil de ser aferida em números. As pesquisas variam muito em suas metodologias, controle e interpretação dos dados, o que dificulta a comparação entre elas, assim como a obtenção de uma

visão geral da incidência do fenômeno na população. Muitas vezes ao compararmos dados de pesquisas encontramos porcentagens que revelam, por exemplo, um alto índice de violência contra a mulher em determinados países, quando, na verdade, os números significam apenas que nesses países existem melhores condições de registros e não propriamente um maior índice de violência em relações a outros que não contam com as mesmas condições (OMS, 2012).

Rodríguez e Guerra (1997), em estudo envolvendo mulheres de três subpopulações na cidade de Guadalajara/México, identificaram o companheiro/parceiro como o principal perpetrador de violência doméstica contra a mulher, encontrando-se uma frequência de mulheres vítimas de violência de 46% na zona urbana e 57% na zona rural; uma em cada cinco sofreu violência física e uma em cada dez foi alvo de violência sexual, não se identificando um padrão temporal de violência.

O parceiro íntimo é o mais importante perpetrador de violência física contra a mulher, mais frequente do que todos os outros perpetradores reunidos, mesmo em regiões em grave instabilidade política ou social. Estudos na população geral situam a prevalência da violência conjugal física contra a mulher durante a vida entre 10% (Paraguai) e 69% (Manágua, na Nicarágua). Essa amplitude de prevalências reflete tanto características locais quanto diferenças entre as metodologias utilizadas nos diversos estudos (HYNES, et al., 2004).

A literatura aponta o alto consumo de álcool pelo parceiro íntimo e a exposição de crianças à violência doméstica (no papel de vítima ou de testemunha) como fatores associados à violência conjugal física contra a mulher, principalmente em comunidades pobres e em culturas que favorecem um menor empoderamento feminino. Nesse contexto, diversos fatores geram tensões que levam a agressões físicas, como a iniquidade econômica entre homens e mulheres dentro do lar, a dependência econômica feminina, impasses que levam a uma necessidade de afirmação masculina (como desemprego) e dificuldades de comunicação entre o casal no tocante às tomadas de decisões na família (GAGE, 2005). Na Albânia, por exemplo, são agredidas as mulheres com nível educacional maior do que o do companheiro e aquelas com alto *status* ocupacional, enquanto na Nigéria as mulheres que têm idéias “avançadas” sobre o papel feminino são as que estão em maior risco de sofrer violência conjugal física (OKEMGBO, OMIDEYI e ODIMEGWU, 2002).

A OMS em colaboração com outros organismos internacionais, realizou entre os anos de 2000 e 2003, uma pesquisa de base populacional, em 15 capitais ou grandes cidades e regiões de províncias distribuídas em dez países (Bangladesh, Brasil, Etiópia, Japão, Namíbia, Peru, Servia e Montenegro, Samoa, Tailândia e República Unida da Tanzânia). O Estudo envolveu 24.097 mulheres, com idade entre 15 a 49 anos, e as prevalências de violência física ou sexual sofrida nos últimos 12 meses e perpetrada pelo parceiro íntimo variaram de 4% a 54%. No Brasil, a pesquisa encontrou prevalência de 9,8% na cidade de São Paulo e 14,8% na Zona da Mata de Pernambuco (SILVA, 2008).

Richardson et al. (2002) encontrou em Londres, em serviço de atenção primária, prevalência de 41% de violência doméstica contra a mulher. Parish et al. (2004) em estudo realizado na China, para identificar prevalência da violência do parceiro íntimo, fatores de risco e associação com problemas de saúde das mulheres, os autores adotaram uma amostra representativa nacional de mulheres e homens com idade entre 20 e 64 anos. Constataram que 34% das mulheres e 18% dos homens investigados já haviam sofrido agressão durante seus relacionamentos, e foi de 12% e 5% respectivamente entre as mulheres e entre os homens, a prevalência de violência com sangramentos, hematomas, inchaço ou ferimentos graves.

Sabe-se que a dimensão do problema é muito maior que a violência denunciada ou detectada pelas pesquisas. Os inúmeros estudos realizados nas últimas décadas, inegavelmente deram maior visibilidade ao problema, mas é impossível afirmar com precisão se a violência contra a mulher aumentou ou diminuiu (ARAUJO, 2008).

Tratando-se de questões econômicas, o Brasil é o país que mais sofre com a violência doméstica, perdendo cerca de 10,5% do seu PIB em decorrência desse grave problema (TAVARES, 2000).

Deslandes, Gomes e Silva (2000) realizaram um estudo quantitativo e qualitativo, com objetivo de caracterizar os casos de violência doméstica contra a mulher, em dois grandes hospitais de referência em emergência do Rio de Janeiro, 70,4% das mulheres entrevistadas sofreram agressões por espancamento e em 69,4% dos casos, as agressões foram perpetradas pelo marido/companheiro/namorado.

Dados resultantes de pesquisa feita pela Fundação Perseu Abramo (2002) indicam percentuais variando entre 53% a 70%, da violência praticada contra a mulher são causadas por seus parceiros, por serem as pessoas mais íntimas a elas. Outra contribuição vem do Instituto de Pesquisa IBOPE (2009), que nos mostra o percentil de 55% dos brasileiros afirmando conhecer uma mulher que viveu ou vive em situação de violência com seu parceiro.

A fim de estimar a prevalência de violência conjugal física ao longo da vida em mulheres de comunidade urbana de baixa renda, em estudo-piloto brasileiro de corte transversal, vinculado a projeto multicêntrico internacional conduzido em 1999, com amostra probabilística de conglomerados no município de Embu, Estado de São Paulo, foram considerados elegíveis os domicílios com mulheres de 15 a 49 anos, que residissem com filho/filha menores de 18 anos e tivessem vivido com algum marido/companheiro ao longo da vida. Foram considerados três tipos de violência conjugal física sofrida ao longo da vida: grave (chute, soco, espancamento e/ou uso/ameaça de uso de arma), não grave (tapa na ausência de violência grave) e algum tipo (grave e/ou não grave, além de outras formas de agressão física espontaneamente referidas. As entrevistadas referiram tapa (32,6%), soco (17,5%), espancamento (15,2%), uso/ameaça de arma (13,9%) e chute (10,6%). Foram altas as taxas de prevalência de violência conjugal: grave 22,1%, não grave 10,5% e algum tipo 33,7% (VIZCARRA, et al., 2001).

Galvão e Andrade (2002), em estudo descritivo com mulheres de um Centro de Atendimento, na cidade de Londrina-PR, encontraram prevalência de violência emocional de 56,4% e de violência física de 36,1%. Os resultados foram obtidos através da avaliação de 470 fichas de atendimento das mulheres assistidas no serviço no ano de 2001. O objetivo foi caracterizar o tipo de violência sofrida, o ambiente onde aconteceu a violência e o tipo de vínculo do agressor com a mulher.

Embora os dados não possam ser generalizados, estudo realizado por Schraiber et al. (2002), na cidade de São Paulo, identificaram 34,1% de prevalência de violência doméstica física contra a mulher cometida pelos companheiros ou familiares, em serviço da atenção primária em saúde. Os autores afirmam que a alta frequência do problema confirma o fato de que uma em cada cinco usuárias do serviço admitiu ter medo de alguém próximo a elas, e uma em cada três conhecia outras mulheres que viviam situações de violência doméstica. É importante registrar que são poucas as mulheres que reconhecem mesmo a agressão física, como forma

de violência. Parece que se estabelece uma representação da violência como um direito adquirido do parceiro, talvez devido à questão de gênero.

Silva (2003), em estudo de corte transversal realizado na Região Nordeste, utilizando amostra por conglomerado, em serviço de referência em urgência e emergência na cidade de Salvador-BA, encontrou 46,0% de prevalência de violência geral, 36,5% de violência física e 18,5% de violência sexual, sofridas na vida.

A magnitude da violência do parceiro foi investigada em estudo com amostra de base populacional. Em 15 capitais brasileiras e no Distrito Federal, 6.760 mulheres, com idades entre 15 e 69 anos foram investigadas. As prevalências para agressão verbal e abuso físico, sendo estas duas últimas classificadas em menor e severo, mostraram-se distintas entre as cidades envolvidas na pesquisa. A maior prevalência para abuso físico menor foi 34,7% na cidade de Belém-PA e a menor foi de 12,8% na cidade de João Pessoa-PB, sendo respectivamente Regiões Norte e Nordeste do Brasil (REICHENHEIM, et al., 2006).

Pesquisa realizada por Araújo, Martins e Santos (2004), a partir da análise de 3.627 Boletins de Ocorrência (BO) de uma DDM, em uma cidade do interior do Estado de São Paulo, constatou que as mulheres mais atingidas pela violência são as jovens, casadas e sem atividade remunerada (62% delas têm entre 21 e 40 anos e 57% são casadas). O trabalho remunerado potencialmente aumenta a margem de poder e negociação da mulher dentro da relação (ou da família), mas nem sempre ela faz uso desse poder. Há mulheres que ganham mais que seus maridos, sustentam a casa e, mesmo assim, continuam vítimas dos mais diferentes abusos físicos, psicológicos e/ou sexuais (ARAÚJO, 2008).

Pesquisa realizada pelo Instituto Patrícia Galvão e pelo Ibope, em maio de 2006, mostra que, para 33% da população brasileira com 16 anos ou mais de idade, a violência contra as mulheres (dentro e fora de casa) é percebida como o problema que mais preocupa a população feminina na atualidade. Para 55% da população, este é um dos três principais problemas que afligem as mulheres. Além disso, 51% dos entrevistados declararam conhecer ao menos uma mulher que foi agredida pelo seu companheiro, ratificando dados da OMS segundo os quais metade dos crimes cometidos contra as mulheres no mundo é de autoria de seus (ex) companheiros (BRASIL, 2011).

O espaço doméstico e familiar é, na maioria dos casos (60%), o lugar onde ocorrem as agressões e o agressor alguém que mantém ou manteve com a vítima

uma relação de proximidade e intimidade - marido, companheiro e/ou namorado (46% de relações atuais e 23% de relações passadas). A violência física é a mais freqüente ou pelo menos a mais denunciada (58% no total, sendo 32% com lesão corporal). A violência psicológica aparece com 36% e a sexual com 6% entre os BO pesquisados. Os motivos da agressão são os mais variados. Em 69% dos casos resulta de discussões motivadas por ciúme, ameaça de separação, problemas de dinheiro, questões relacionadas aos filhos, etc. Alcoolismo, distúrbio mental e desemprego também aparecem como motivos, mas em menor incidência. O fator realmente preponderante é a relação de poder que o homem tem sobre a mulher e que lhe dá o “direito” de agredi-la por qualquer motivo (ARAUJO, MARTINS e SANTOS, 2004).

Em estudo de caracterização da violência contra a mulher, em Timon-MA, realizado por Silva (2008), com dados de mulheres que sofreram violência, encaminhadas ao IML, concluiu-se que a violência contra a mulher não se restringe a uma determinada faixa etária, cor, profissão ou estado civil e que em 54% das agressões, o agressor era conhecido pela mulher, sendo que destes, 44% era marido/namorado.

A pesquisa “*Violência entre namorados Adolescentes*”, feita entre 2007 e 2010, a pedido do Centro Latino-Americano de Estudos da Violência e Saúde Jorge Careli e coordenada por Kathie Njaine (FAPESP, 2011), reuniu um grupo de 11 pesquisadores de diversas universidades para investigar a violência nas relações afetivo-sexuais de “ficar” ou namorar entre jovens de 15 a 19 anos de idade, a partir de um universo de 3,2 mil estudantes de escolas públicas e privadas de 10 capitais brasileiras. Segundo a pesquisa, 9 (nove) em cada 10 (dez) jovens que namoram praticam ou sofrem variadas formas de violência e para marcar território casais jovens recorrem à violência para controlar seus parceiros, e a agressão virou sinônimo de domínio nas relações amorosas desses adolescentes. Os padrões de violência afetivo-sexual tendem a se reproduzir, porque são estruturais e estruturantes, conforme afirma Kathie Njaine:

Grande parte dos rapazes e moças considera normal a agressão verbal e física na resolução de seus conflitos amorosos. Romper com essas práticas implica o questionamento sobre certos modelos de existência instituídos no campo social. É importante questionar a associação mecânica de características tidas como universais ao ‘ser homem’ e ao ‘ser mulher’, bem como criticar a desqualificação de um gênero em prol da valorização do outro (NJAINÉ, 2009).

Uma amostra de 265 mulheres, usuárias de um Centro de Saúde em Ribeirão Preto, SP, no ano de 2003, com idade de 18 a 49 anos, participou de pesquisa a fim de determinar a prevalência de violência doméstica, por meio de questionário face a face. Dentre os resultados obtidos, a violência psicológica ocorreu pelo menos uma vez na vida para 41,5%, violência física para 26,4% e violência sexual para 9,8%; 45,3% referiram ocorrência de qualquer um dos tipos de violência, das quais 20,3% em até 12 meses antecedendo a entrevista; 22,3% afirmaram ter sofrido violência alguma vez na vida. A análise multivariada mostrou os fatores de risco detectados para cada tipo de violência: violência psicológica e geral – uso de drogas pelo companheiro, condição socioeconômica e violência na família; violência física – uso de drogas pelo companheiro, escolaridade e violência na família; violência sexual – condição socioeconômica e violência na família (BRUSCHI, DE PAULA e BORDIN, 2006).

Os resultados do *WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence* sobre a prevalência da violência contra mulheres por parceiros íntimos encontrada no Brasil, demonstram que as mulheres de São Paulo e Pernambuco relataram, respectivamente, ao menos uma vez na vida: violência psicológica (N=383; 41,8% e N=580; 48,9%), física (266; 27,2% e 401; 33,7%); sexual (95; 10,1% e 170; 14,3%). Houve sobreposição dos tipos de violência, que parece associada às formas mais graves de violência. A maior taxa da forma exclusiva foi, para São Paulo e Pernambuco, a da violência psicológica (N=164; 17,5% e N=206; 17,3%) e a menor da violência sexual (N=2; 0,2% e 12; 1,0%) (SCHRAIBER, 2007).

O tráfico para fins sexuais, no Brasil, é predominantemente de mulheres e adolescentes afro-descendentes, com idade entre 15 e 25 anos. As mulheres são oriundas de classes populares, apresentam baixa escolaridade, habitam em espaços urbanos periféricos com carência de saneamento, transporte, dentre outros bens sociais comunitários. Além disso, moram com algum familiar, têm filhos e exercem atividades laborais de baixa qualificação. Muitas, inclusive, já tiveram passagem pela prostituição. Uma outra característica das mulheres em situação de tráfico é que já sofreram algum tipo de violência, intra ou extra familiar, ou ainda em escolas, abrigos ou outras redes de exploração sexual (ARAUJO, 2006).

Drezett (2000) afirma que nas circunstâncias da violência sexual o fenômeno se repete e acumulam-se evidências de que o agressor sexual, na maioria dos casos, é alguém conhecido e próximo da mulher. Contudo, significativo percentual

de casos é praticado por agressores desconhecidos. Diferentemente da dinâmica da violência doméstica, a abordagem da mulher adulta ou da adolescente comumente se faz no percurso do trabalho ou da escola, ou no exercício de atividades cotidianas em sua comunidade. Apesar de o agressor interceptá-las em espaços públicos, a violência sexual é praticada em locais isolados e distantes da possibilidade de testemunho de qualquer pessoa.

Essa face intra-familiar da violência sexual compromete criticamente crianças e adolescentes, especialmente nos espaços privados. Para elas impõe-se o medo, a ameaça, a sedução, ou o simples temor reverencial. O abuso permanece oculto por longo tempo, protegido por uma “conspiração de silêncio” e pela incapacidade da sociedade em admitir e revelar sua existência (DREZETT, 2000).

Todos esses dados comprovam que a violência doméstica e familiar atingem prevalências de grande magnitude. Outrossim, torna-se necessário conhecer a realidade brasileira para respaldar ações políticas e de organização dos serviços de saúde, seja para prevenção, promoção e/ou tratamento dos agravos à saúde das pessoas vitimadas, seus familiares e a comunidade.

CAPÍTULO III – VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER E AS INSTITUIÇÕES POLÍTICAS E JUDICIÁRIAS

3.1. Das ONG feministas às DDM

Ao longo das décadas de 1960 e 1970, feministas de classe média, militantes políticas contra a ditadura militar e intelectuais foram se somando a sindicalistas e trabalhadoras de diferentes setores. Ao movimento feminista, se aglutinou uma série de grupos que atuaram cotidianamente a favor dos direitos a melhores condições de vida, pela anistia, pela igualdade de direitos entre homens e mulheres. A formação de entidades voltadas a abrigar mulheres vítimas de violência doméstica não tardou a se formar. Por todo o Brasil, grupos de ativistas voluntárias procuravam enfrentar todos os tipos de violência: estupros, maus tratos, incestos, perseguição a prostitutas, e infundáveis violações dos direitos humanos de mulheres e meninas. Diferentemente das décadas de 1910 e 1920, agora as denúncias destes crimes escondidos na e pela família tornaram-se públicas; recebidas inicialmente com descrédito e sarcasmo pela mídia em geral, aos poucos foram reconhecidos (BLAY, 2003).

Com a anistia de 1979, a eleição direta de governadores em 1982 e a reorganização partidária, o cenário feminista se fortaleceu mas se segmentou em grupos partidários (BLAY, 2003).

Em 1985, criou-se a primeira DDM, órgão eminentemente voltado para reprimir a violência contra a mulher (MASSUNO, 2002). Nos anos anteriores, as mulheres que recorriam às Delegacias em geral sentiam-se ameaçadas ou eram vítimas de incompreensão, machismo e até mesmo de violência sexual. Com a criação das DDM o quadro começou a ser alterado. O serviço nas DDM era e é prestado por mulheres, mas isto não bastava, pois muitas destas profissionais tinham sido socializadas numa cultura machista e agiam de acordo com tais padrões. Foi necessário muito treinamento e conscientização para formar profissionais, mulheres e homens, que entendessem que meninas e mulheres tinham o direito de não aceitar a violência cometida por pais, padrastos, maridos, companheiros e outros. Esta tarefa de reciclagem deve ser permanente, pois os quadros funcionais mudam e também os problemas (BLAY, 2003).

Embora seja considerada a importância da criação de DDM no combate à

violência, em 1985, a legislação sobre tais delegacias não fazia menção à violência contra a mulher. A cultura jurídica que informava e orientava o trabalho nas delegacias definia como função da Polícia Judiciária investigar crimes com base no “princípio de legalidade”, segundo o qual não há crime sem lei anterior que o defina como tal, não há pena sem prévia determinação legal. As delegacias atuavam segundo tipificações penais e a violência contra mulher (familiar, doméstica ou de gênero) não constituía figura jurídica, definida pela lei criminal. O que era descrito como tipo penal, implicando uma classificação, dependia, sobretudo, da interpretação que a agente (e, no caso concreto, a delegada ou a escrivã) tinha da queixa enunciada pela vítima (DEBERT e GREGORI, 2008).

A maior parte dos estudos etnográficos, realizados nos anos de 1980 e 1990, sobre os atendimentos nessas delegacias revela que em função da ausência de uma abordagem sobre a complexidade da dinâmica em que ocorrem os conflitos interpessoais nos quais as vítimas são mulheres, a classificação dos casos tornava-se aleatória ou por demais imiscuída nos repertórios ou representações pessoais das agentes. Como destaca Santos (1999), as policiais tendiam a restringir a noção feminista de violência contra a mulher aos crimes e às infrações cometidos no âmbito da sociedade conjugal em cenário doméstico, excetuando-se, evidentemente, o estupro ou a violência sexual quando cometidos por desconhecidos.

Outro aspecto importante, destacado pela literatura especializada sobre procedimento judiciário desse período, era de que todo o saber que se tinha sobre os conflitos conjugais e que orientavam o atendimento e o encaminhamento dos casos estava subordinado às demandas das queixosas. A maioria dos casos referia-se a mulheres de um certo extrato social e queixas relativas ao relacionamento com maridos, companheiros ou parceiros em contexto doméstico. Paradoxal e limitante: o objeto foi sendo definido a partir de informações fornecidas pela demanda imediata. Além disso, casos como violência sexual em relações conjugais, assédio sexual, discriminação sexual, ou, ainda, violência psicológica, não encontravam guarida no tratamento institucional. As pesquisas de cunho etnográfico mostraram que as mulheres atendidas pelas DDM descreviam os conflitos sem mencionarem a categoria violência (GREGORI, 1993).

Os Juizados Especiais Criminais (Jecrims) foram criados pela Lei 9.099 de 1995, o que representou uma mudança radical na dinâmica das DDM e no modo

como eram conduzidas as ocorrências nelas registradas. Esta lei tem como objetivos centrais ampliar o acesso da população à Justiça e promover a rápida e efetiva atuação do direito, simplificando os procedimentos com o intuito de dar maior celeridade ao andamento dos processos. Orientados pelos princípios da busca de conciliação, esses juizados julgam casos de contravenção e crimes considerados de menor poder ofensivo, cuja pena máxima não ultrapassa dois anos de reclusão. Aqui, os princípios da informalidade e da economia processual dispensam a feitura do inquérito policial; o BO foi substituído pela elaboração de um Termo Circunstanciado (TC) que traz um relato dos fatos e a caracterização das partes e pode ser encaminhado, com presteza, ao tribunal (AMORIM, 2003).

O efeito dessa lei sobre as DDM foi extraordinário, sobretudo porque a maioria dos casos atendidos por elas era tipificado como crimes considerados de menor poder ofensivo (lesões corporais e ameaças) e, como tal, objeto de atendimento pelos novos Jecrims (DEBERT e BERALDO, 2007).

Uma das críticas mais contundentes dirigidas às DDM estava relacionada ao número elevado de BO que não se transformava em denúncias encaminhadas para o Ministério Público e, portanto, ao fato de, no limite, as vítimas continuarem a ter acesso reduzido à Justiça. Mas, com a criação dos Jecrims, as ocorrências registradas como lesões corporais leves e ameaças, tinham um rápido encaminhamento à Justiça, e as partes podiam ser chamadas a comparecer numa audiência perante o Juiz em até menos de uma semana (AMORIM, 2003).

Todavia, embora houvesse agilidade nos processos, a lei restringia o poder de coação da polícia, desvirtuando o próprio sentido das DDM. Um dos procedimentos definidos pela lei consiste em autorizar penas alternativas que envolvem a prestação de serviços à comunidade, sendo o pagamento de uma cesta básica a pena imputada com maior frequência aos casos de violência doméstica e de agressões de vizinhos e parentes. Beraldo de Oliveira (2006) mostra claramente que o processo de informalização dos procedimentos judiciais, que tinha por objetivo maximizar a eficiência e ampliar o acesso à Justiça, acabou por produzir um efeito de invisibilidade dos delitos cometidos. A observação dos atendimentos anteriores às audiências preliminares revelou induções insistentes para que as mulheres renunciassem à representação e aguardassem o prazo decadencial.

A indignação com o modo pelo qual a violência doméstica era tratada e a visão de que esse crime merecia um tratamento diferenciado induziram os

movimentos feministas a reivindicar mudanças que levaram à promulgação da Lei “Maria da Penha”. (DEBERT, et al., 2006).

3.2 - As mudanças na Legislação Brasileira vigente

O Estado brasileiro, ao reconhecer formalmente mulheres, crianças e adolescentes como sujeitos de direitos, expressos na Constituição Federal (CF) de 1988, e no ECA, tornou-se, ao longo da década de 1990, um dos maiores signatários dos principais instrumentos internacionais de proteção aos direitos humanos, sobretudo no trato da violência de gênero e da violência sexual contra crianças e adolescentes. A Conferência de Viena, por exemplo, reconhece e declara, em seu artigo 18, que:

Os direitos humanos das mulheres e das meninas são inalienáveis e constituem parte integrante e indivisível dos direitos humanos universais (...) A violência de gênero e todas as formas de assédio e exploração sexual (...) são incompatíveis com a dignidade e o valor da pessoa humana e devem ser eliminadas (...) Os direitos humanos das mulheres devem fazer parte integrante das atividades das Nações Unidas (...) que devem incluir a promoção de todos os instrumentos de direitos humanos a mulheres e meninas. (CONFERÊNCIA MUNDIAL DOS DIREITOS HUMANOS, 1993 apud, ARAUJO, 2006).

Um dos marcos recentes no campo jurídico foi a criação da Lei nº 11.340, conhecida como Lei Maria da Penha, decretada pelo Congresso Nacional e sancionada pelo ex-presidente do Brasil, Luiz Inácio Lula da Silva, em 7 de agosto de 2006. Dentre outras mudanças, a lei tem como principais objetivos criar mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispor sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher e alterar o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal (BRASIL, 2006).

Verifica-se que no Brasil o reconhecimento da magnitude do problema possibilitou que a violência doméstica passasse a ser vista numa nova perspectiva. A violência doméstica ocorre com maior frequência na vida privada, e até então o Estado não intercedia por ser considerá-la de “menor potencial ofensivo”. Com a sanção da Lei Maria da Penha a violência doméstica contra a mulher passou a ser

considerada um ato grave e prevê intervenção do Poder Público, mesmo se praticada na vida privada (SILVA, 2008).

A Lei Maria da Penha instituiu a criação de Juizados Especiais para os crimes previstos nessa legislação e estabeleceu medidas de assistência e proteção às vítimas, além de assegurar a criação de Políticas Públicas para a garantia dos direitos da mulher. O artigo 5º dessa lei define violência doméstica como:

[...] configura violência doméstica e familiar contra a mulher qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial:

I - no âmbito da unidade doméstica, compreendida como o espaço de convívio permanente de pessoas, com ou sem vínculo familiar, inclusive as esporadicamente agregadas;

II - no âmbito da família, compreendida como a comunidade formada por indivíduos que são ou se consideram aparentados, unidos por laços naturais, por afinidade ou por vontade expressa;

III - em qualquer relação íntima de afeto, na qual o agressor conviva ou tenha convivido com a ofendida, independentemente de coabitação. (BRASIL, 2006).

De acordo com essa Lei, a esfera da unidade doméstica refere-se ao espaço onde convivem constantemente as pessoas tendo ou não vínculo familiar, inclusive aquelas que esporadicamente se agregam. Já o âmbito da família é entendido como o grupo formado pelas pessoas que são ou se consideram aparentados, que se unem por laços naturais, afinidades ou vontade expressa. Com referência à relação íntima de afeto, corresponde a qualquer relação em que o agressor conviva ou tenha convivido com a vítima, independente de residirem sob o mesmo teto (BRASIL, 2006).

Essa lei é inovadora e também polêmica. Para Campos (2010), a Lei Maria da Penha trouxe consigo um paradigma jurídico novo ao proporcionar uma proteção específica para a mulher. Essa legislação específica define as formas de violência praticadas contra as mulheres, sendo elas: física, psicológica, sexual, patrimonial e moral. Estabelece ainda a criação de Juizados Especializados para o julgamento dos crimes nela previstos.

A Lei n. 11.340/2006 prevê que os Juizados poderão contar com uma equipe multidisciplinar que será composta por uma rede de profissionais das áreas psicossocial, jurídica e de saúde. Nas Comarcas onde esses ainda não tenham sido criados, os crimes devem ser julgados nas Varas Criminais. A lei também proíbe a aplicação de penas pecuniárias e pagamentos de cestas básicas (CARNEIRO e FRAGA, 2012).

Corrêa (2010) explica que a Lei Maria da Penha marca o início de um novo tempo, pois essa norma jurídica transformou os casos envolvendo mulheres vítimas de violência, uma vez que antes eram tratados pelo direito penal como irrelevantes, pois se enquadravam em crimes de menor potencial ofensivo. Para a mesma autora, esse marco caracteriza uma mudança de um tempo onde as mulheres eram oprimidas por toda a ordem de violência para, a partir dessa lei, recuperar sua dignidade, por meio da conquista do respeito e consideração pelos operadores jurídicos.

Um grande passo foi dado com essa lei, no sentido de que a violência que ocorre nas relações familiares e de afeto deixou de ser tratada como um problema privado, onde reinava a impunidade sobre os agressores. Outro benefício da Lei Maria da Penha é a agilidade com que os casos envolvendo crimes contra as mulheres podem ser analisados e as providências cabíveis tomadas, conforme a situação. Isso significa que quando a notícia de um crime enquadrado na Lei n. 11.340/2006 chega até uma Delegacia de Polícia, os procedimentos adotados divergem dos demais casos, uma vez que essa norma jurídica determina especificamente as providências legais cabíveis a serem tomadas pela autoridade policial e seus agentes (CARNEIRO e FRAGA, 2012).

Não obstante, a Lei Maria da Penha, como as demais, é passível de críticas e entendimentos diversos sobre sua aplicabilidade — alguns chegam a questionar sua constitucionalidade. Mas não se pode deixar de considerar que a Lei Maria da Penha modificou o panorama da violência doméstica, alterou o CPB e o CPPB, como também instituiu a impossibilidade de aplicação da Lei n. 9.099/95, de acordo com artigo o 41º da Lei n. 11.340/2006.

Em síntese, essa lei instituiu uma nova norma jurídica na vida da mulher vítima de violência doméstica, apesar das inúmeras discussões existentes sobre algumas implicações polêmicas elencadas em seu texto. Cabe considerar, entretanto, que ainda existem muitas mulheres que desconhecem os preceitos da lei que lhe trouxeram garantias, como também ainda se está distante da aplicabilidade integral da mesma, a ponto de a mulher deixar de fazer uso de todos os recursos nela disponíveis (CARNEIRO e FRAGA, 2012).

Quadro 4 - Comparação das definições e ações instituídas antes e após a Lei Maria da Penha

ANTES DA LEI MARIA DA PENHA	DEPOIS DA LEI MARIA DA PENHA
Não existia lei específica sobre a violência doméstica	Tipifica e define a violência doméstica e familiar contra a mulher e estabelece as suas formas: física, psicológica, sexual, patrimonial e moral.
Não tratava das relações entre pessoas do mesmo sexo.	Determina que a violência doméstica contra a mulher independe de orientação sexual.
Nos casos de violência, aplica-se a lei 9.099/95, que criou os Juizados Especiais Criminais, onde só se julgam crimes de " <i>menor potencial ofensivo</i> " (pena máxima de 2 anos).	Retira desses Juizados a competência para julgar os crimes de violência doméstica e familiar contra a mulher.
Esses juizados só tratavam do crime. Para a mulher resolver o resto do caso, as questões cíveis (separação, pensão, guarda de filhos) tinha que abrir outro processo na vara de família.	Serão criados Juizados Especializados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher, com competência cível e criminal, abrangendo todas as questões.
Permite a aplicação de penas pecuniárias, como cestas básicas e multas.	Proíbe a aplicação dessas penas.
A autoridade policial fazia um resumo dos fatos e registrava num termo padrão (igual para todos os casos de atendidos).	Tem um capítulo específico prevendo procedimentos da autoridade policial, no que se refere às mulheres vítimas de violência doméstica e familiar.
A mulher podia desistir da denúncia na delegacia.	A mulher só pode renunciar perante o Juiz.
Era a mulher quem, muitas vezes, entregava a intimação para o agressor comparecer às audiências.	Proíbe que a mulher entregue a intimação ao agressor.
Não era prevista decretação, pelo Juiz, de prisão preventiva, nem flagrante, do agressor (Legislação Penal).	Possibilita a prisão em flagrante e a prisão preventiva do agressor, a depender dos riscos que a mulher corre.
A mulher vítima de violência doméstica e familiar nem sempre era informada quanto ao andamento do seu processo e, muitas vezes, ia às audiências sem advogado ou defensor público.	A mulher será notificada dos atos processuais, especialmente quanto ao ingresso e saída da prisão do agressor, e terá que ser acompanhada por advogado, ou defensor, em todos os atos processuais.
A violência doméstica e familiar contra a mulher não era considerada agravante de pena. (art. 61 do Código Penal).	Esse tipo de violência passa a ser prevista, no Código Penal, como agravante de pena.
A pena para esse tipo de violência doméstica e familiar era de 6 meses a 1 ano.	A pena mínima é reduzida para 3 meses e a máxima aumentada para 3 anos, acrescentando-se mais 1/3 no caso de portadoras de deficiência.
Não era previsto o comparecimento do agressor a programas de recuperação e reeducação (Lei de Execuções Penais).	Permite ao Juiz determinar o comparecimento obrigatório do agressor a programas de recuperação e reeducação.
O agressor podia continuar frequentando os mesmos lugares que a vítima frequentava. Tampouco era proibido de manter qualquer forma de contato com a agredida.	O Juiz pode fixar o limite mínimo de distância entre o agressor e a vítima, seus familiares e testemunhas. Pode também proibir qualquer tipo de contato com a agredida, seus familiares e testemunhas.

Fonte: Observatório Lei Maria da penha- http://www.observe.ufba.br/lei_aspectos

Vale esclarecer alguns itens, modificados recentemente, no CPB vigente, a fim de subsidiar o material e procedimentos utilizados para análise dos dados desta

pesquisa. Até agosto de 2009, o crime de estupro e de atentado violento ao pudor eram tipificados distintamente, no CPB:

Estupro

Art. 213. Constranger mulher à conjunção carnal, mediante violência ou grave ameaça:

Pena - reclusão, de 6 (seis) a 10 (dez) anos.

Atentado violento ao pudor

Art. 214. Constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a praticar ou permitir que com ele se pratique ato libidinoso diverso da conjunção carnal:

Pena – reclusão, de 6 (seis) a 10 (anos) (BRASIL, 1940).

Atualmente, com o advento da Lei 12.015/09, há um só crime para as condutas acima descritas, que agora reunidas no artigo 213 do mesmo Código, assim se encontra redigido:

Estupro

Art. 213. Constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso: (Redação dada pela Lei nº 12.015, de 2009)

Pena - reclusão, de 6 (seis) a 10 (dez) anos. (BRASIL, 2009)

Destarte, conceitua-se estupro como o ato de praticar conjunção carnal violenta contra homem ou mulher e também o comportamento de obrigar a vítima, homem ou mulher, a praticar ou permitir que se pratique outro ato libidinoso diverso da conjunção carnal. Antes da referida Lei, o estupro só poderia ser praticado contra mulher, daí a menção no artigo da conjunção carnal, ao passo que o atentado violento ao pudor poderia ser praticado contra qualquer pessoa, o que justificava a previsão no artigo 214 da expressão “ato libidinoso diverso da conjunção carnal”. Com a junção de ambas as condutas em um único tipo penal (artigo 213, CPB), algumas consequências foram percebidas pela doutrina e, aos poucos, pela jurisprudência. O homem é vítima em potencial do crime de estupro. Assim como também a mulher passa a ser potencial sujeito ativo do mesmo crime que, antes era praticado (por “ela”) apenas na modalidade de autoria mediata (GOMES e SOUZA, 2012).

3.3 – Políticas Públicas no Enfrentamento à Violência contra as Mulheres

A violência doméstica, no momento que afeta a integridade física e psicológica da mulher, exige estratégias de enfrentamento públicas e políticas.

Dentre essas proposições, destacam-se as Casas Abrigo, como um espaço para acolher mulheres e crianças em risco de vida, devido à situação de violência doméstica (ROCHA, 2007).

As primeiras conquistas do movimento feminista junto ao Estado para a implementação de Políticas Públicas voltadas ao combate à violência contra mulheres datam da década de 80. Em 1985, justamente na culminância da Década da Mulher declarada pela ONU, é inaugurada a primeira DDM, em São Paulo e criado o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM), através da lei 7.353/85. No ano seguinte - em 1986 - no estado de São Paulo, foi criada pela Secretaria de Segurança Pública a primeira Casa-Abrigo do país para mulheres em situação de risco de morte. Essas três importantes conquistas da luta feminista brasileira são as principais balizas das ações do Estado voltadas para a promoção dos direitos das mulheres no combate à violência (SILVEIRA, 2006).

De 1985 a 2002, a criação de DDM e de Casas-Abrigo foi o principal eixo da política de combate à violência contra as mulheres, com ênfase na segurança pública e na assistência social. A promulgação da Lei 10.778, de 25/11/2003, instituiu um novo avanço: a notificação compulsória dos casos de violência contra as mulheres atendidas nos serviços de saúde, públicos ou privados (BRASIL, 2003a).

Com a criação da Secretaria Especial de Políticas para Mulheres (SPM) em 2003, as ações para o enfrentamento à violência contra as mulheres passam a ter um maior investimento e a política é ampliada no sentido de promover a criação de novos serviços (como o Centro de Referência, as Defensorias da Mulher) e de propor a construção de Redes de Atendimento para a assistência às mulheres em situação de violência. No entanto, é em 2004, com a realização da I Conferência Nacional de Políticas para Mulheres (I CNPM) e a construção coletiva do Plano Nacional de Políticas para Mulheres, que se consolida do eixo de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, com a previsão de ações na área para o período 2004- 2007. Assim, a partir do PNPM as ações de enfrentamento à violência contra as mulheres não mais se restringem às áreas da segurança e assistência social, mas buscam envolver diferentes setores do Estado, no sentido de garantir os direitos das mulheres a uma vida sem violência (BRASIL, 2011).

O enfrentamento requer a ação conjunta dos diversos setores envolvidos com a questão (saúde, segurança pública, justiça, educação, assistência social, entre outros), no sentido de propor ações que: desconstruam as desigualdades e

combatam as discriminações de gênero e a violência contra as mulheres; interfiram nos padrões sexistas/machistas ainda presentes na sociedade brasileira; promovam o empoderamento das mulheres; e garantam um atendimento qualificado e humanizado às mulheres em situação de violência. Portanto, a noção de enfrentamento não se restringe à questão do combate, mas compreende também as dimensões da prevenção, da assistência e da garantia de direitos das mulheres.

Figura 2 - Esquema dos eixos estruturantes da PNEVM



Fonte: PNEVM/MS

As mulheres vítimas devem ser encaminhadas a programas e serviços de proteção e assistência social, uma vez que a Lei Maria da Penha prevê a criação de Políticas Públicas que venham a garantir os direitos das mulheres em suas relações domésticas e familiares. O objetivo dessas normas programáticas visa resguardar a mulher vítima de violência doméstica de toda a forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, segundo prevê o artigo 3º, parágrafo 1º da Lei n. 11.340/2006 (CARNEIRO e FRAGA, 2012).

A Lei Maria da Penha também determina a criação do Sistema Nacional de Dados e Estatísticas sobre a violência doméstica. Tais dados são de fundamental importância para a reflexão da temática, avaliação da funcionalidade e aplicabilidade dessa lei (BRASIL, 2006). Essa é uma medida fundamental que poderá funcionar como um termômetro da latência da violência doméstica, uma vez que, revelando os

dados, poderá ser diagnosticada a eficácia da lei nas diferentes realidades locais e regionais.

Uma norma técnica, lançada em setembro de 2010 pela SPM, com a finalidade de padronizar o atendimento aos casos de violência doméstica visa, em conformidade à Lei Maria da Penha, uniformizar as estruturas e procedimentos das unidades policiais que atendem casos de violência contra a mulher. Estabelece, assim, ações que vão desde a formação dos agentes policiais sobre o acolhimento às vítimas até a modificação de espaços físicos adequados para a escuta das partes nas Delegacias de Atendimento à Mulher (CARNEIRO e FRAGA, 2012).

O respeito à vítima que sofreu violência nem sempre é observado, seja no atendimento prestado pelos serviços de saúde, seja na recepção de denúncias em delegacias, nos institutos de medicina legal e outros órgãos envolvidos. É comum as mulheres serem responsabilizadas ou culpadas pela violência sofrida. Essa conjuntura dificulta a tomada de atitudes por parte das mulheres, tanto para denunciar as agressões, quanto para reagir de maneira efetiva modificando a situação vivida. Tal situação é ainda mais grave no caso de crianças, adolescentes e deficientes, que dependem de um adulto para procurar atendimento que, muitas vezes, é o próprio agressor (BRASIL, 2001).

Embora no âmbito dos serviços de saúde, o reconhecimento dos danos causados pela violência sexual seja fundamental à orientação das condutas, para alguns profissionais de saúde a violência sexual cometida contra a mulher se encontra representada por idéias associadas de sofrimento, por envolver dor e trauma, é visto por meio de um olhar biomédico que reconhece a violência sexual como uma experiência corporal feminina, podendo ser compreendida por intermédio de sinais e sintomas passíveis de diagnóstico e tratamento (MINAYO, 2006b).

Mulheres em situação de violência freqüentam com assiduidade os serviços de saúde. Em geral, apresentam “queixas vagas” e, muitas, os exames não apontam resultados alterados. Por isso, é importante que haja um trabalho multiprofissional nos serviços de saúde, de forma que qualquer profissional esteja apto/a a ouvir com atenção e respeito os problemas da usuária, cabendo ao/à profissional de saúde diagnosticar, orientar e encaminhar a mulher em situação de violência (RUFINO, 2001).

Mulheres com queixas tipo dispareunia, disfunção sexual, diminuição da libido, enxaqueca, dores articulares, taquicardia, insônia e depressão entre outras,

são tidas como “poliqueixosas”, após exaustiva investigação clínica e laboratorial para identificação da causa orgânica sem sucesso, são rotuladas como de causa desconhecida, ou seja, “idiopática”. Entretanto, muitas dessas mulheres, ao se realizar uma anamnese direcionada às relações intra e extra-familiares, identifica-se muitas causas para as queixas subjetivas (FAÚNDES et al, 1999).

A aplicação de um plano de ação e protocolos específicos para este atendimento, assim como o investimento na capacitação dos/as profissionais de saúde, é fundamental para promover a confiança das mulheres e, em conseqüência, tornar visíveis as dimensões reais do problema, criando assim condições para o seu enfrentamento. Devendo o acompanhamento ser de responsabilidade de equipe multiprofissional, recomenda-se que o profissional que realiza o atendimento á vítima de violência, tenha habilidade para identificar situações tais como medo, pavor, agressividade, desconfiança e insegurança, além da agressão física (RUFINO, 2001).

Ainda existe uma tendência ao isolamento dos serviços e à desarticulação entre os diversos níveis de governo no enfrentamento da questão. O trabalho em rede surge, então, como um caminho para superar essa desarticulação e a fragmentação dos serviços, por meio da ação coordenada de diferentes áreas governamentais, com o apoio e monitoramento de organizações não-governamentais e da sociedade civil como um todo; no sentido de garantir a integralidade do atendimento (BRASIL, 2011).

A constituição da rede de atendimento busca dar conta da complexidade da violência contra as mulheres e do caráter multidimensional do problema, que perpassa diversas áreas, tais como: a saúde, a educação, a segurança pública, a assistência social, a cultura, entre outros.

A necessidade de criação de uma Rede de Atendimento leva em conta a rota crítica que a mulher em situação de violência percorre. Essa rota possui diversas portas-de-entrada (serviços de emergência na saúde, delegacias, serviços da assistência social), que devem trabalhar de forma articulada no sentido de prestar uma assistência qualificada e não-revitimizante à mulher em situação de violência (OMS, 2002).

OBJETIVO GERAL

- Caracterizar a violência física doméstica e familiar contra a mulher, por meio da análise dos laudos periciais do Instituto Médico Legal de Roraima, no ano de 2011.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conhecer e analisar as diferentes formas de violência física contra mulher, no âmbito familiar.
- Identificar grau de parentesco do agressor.
- Contribuir com subsídios para a discussão de ações possíveis de serem desenvolvidas no setor da Segurança Pública e da Saúde, no enfrentamento da violência doméstica e familiar.

MATERIAIS E MÉTODOS

Tendo em vista os objetivos propostos, a pesquisa será elaborada com cunho descritivo-exploratório, de método quantitativo, delineada por meio de pesquisa documental.

Segundo Cellard (2008), o uso de documentos em pesquisa permite acrescentar a dimensão do tempo à compreensão do social. A análise documental favorece a observação do processo de maturação ou de evolução de indivíduos, grupos, conceitos, conhecimentos, comportamentos, mentalidades, práticas, entre outros.

A pesquisa documental se caracteriza pela “busca de informações em documentos que não receberam nenhum tratamento científico, como relatórios, reportagens de jornais, revistas, cartas, filmes, gravações, fotografias, entre outras matérias de divulgação” (OLIVEIRA, 2007).

Sá-Silva, Almeida e Guindani (2009) justificam a escolha desta metodologia para a primeira fase desta pesquisa ao definir que:

Trata-se de um método de coleta de dados que elimina, ao menos em parte, a eventualidade de qualquer influência – presença ou intervenção do pesquisador – do conjunto das interações, acontecimentos ou comportamentos pesquisados, anulando a possibilidade de reação do sujeito à operação de medida.

Por entender que o fenômeno da violência doméstica e familiar contra a mulher é um problema de Saúde Pública, em todo o Brasil, a metodologia apresentada pretende delinear, nos seus aspectos mais gerais, uma realidade sobre a qual, apesar da sua gravidade, no estado de Roraima, ainda é pouco visível; e que seus resultados possam balizar a formulação de Políticas Públicas efetivas no enfrentamento da problemática pelo estado e pela sociedade.

Vale esclarecer, para fins de entendimento metodológico, que o BO, realizado nas Delegacias de Polícia, é um documento que registra o fato para o conhecimento da autoridade policial, que diante da notícia de qualquer crime, deve determinar a instauração do inquérito policial - procedimento investigatório. Todavia, o BO não é imprescindível para a instauração do inquérito policial, trata-se de uma providência burocrática, criada pelas Instituições Policiais, apenas para registrar a notícia de um crime. Não há prazo para a lavratura do BO - a qualquer tempo a vítima de um crime pode noticiar o fato à polícia. Não há necessidade que o BO seja lavrado na

presença da vítima, qualquer pessoa pode comunicar o fato à polícia.

O IML é um Órgão Público, subordinado à SSP, destinado, dentre outras atividades, a realizar necropsias e perícias médico e odontológicas em pessoas vivas, quando requisitadas por autoridades policiais e judiciárias, necessárias ao esclarecimento de processos policiais, judiciários e administrativos. O exame de corpo de delito, realizado no IML, gera um laudo, que vem a ser um documento elaborado para obter prova criminal. Portanto, só é realizado quando solicitado por autoridade policial competente (Delegado de Polícia), por meio de um encaminhamento (Guia de Exame).

Tanto o BO como o laudo do IML são procedimentos elaborados para a persecução penal e são importantes para o desencadeamento da atividade investigatória policial e para a propositura da ação penal pelo Ministério Público. Uma cópia do BO é entregue à vítima imediatamente a sua lavratura, porém não é necessária sua apresentação ou juntada ao laudo, quando do exame pericial. Enquanto que o laudo pericial tem prazo legal de dez dias para sua conclusão, prorrogáveis pelo tempo que o perito julgar necessário, e encaminhado para a autoridade solicitante, quando concluído.

Por ser o único serviço técnico-científico à disposição da Polícia e do Judiciário, em Roraima, o IML-RR foi o Órgão elencado para dar início aos trabalhos de pesquisa, haja vista garantir um quadro real da caracterização da violência contra mulher, originados nas Delegacias, em todo o estado.

O IML-RR não possui sistema de informatização que interligue as informações entre os Órgãos da Polícia Civil e promova a agilidade do serviço. Diante disto, os laudos são ainda manuscritos pelos peritos oficiais; digitados pelos servidores responsáveis pela digitação; em seguida, revisados por dois peritos e mais um funcionário do cartório; para posteriormente ser assinado pelos peritos oficiais e encaminhado à Delegacia de Origem, sendo que uma via deste laudo, também original, é arquivada no Instituto. Todo esse trâmite acarreta em uma certa morosidade ao processo, provocando um atraso de meses no arquivamento destes laudos. Para garantir que todos os laudos que seriam avaliados estivessem devidamente arquivados, foi escolhido o período de 01/01/2011 a 31/12/2011 para coleta dos dados.

No ano de 2011, foram realizados um total de 8.612 laudos periciais, entre letais e não-letais, no estado de Roraima. Os critérios de inclusão para a

determinação da população a ser estudada foram:

- a) Mulheres com idade igual ou superior a 18 anos;
- b) Ocorrência de violência física, sexual ou física e sexual (mista), não-letais;
- c) Toda morte violenta ou não-natural.

Os laudos periciais obedeceram aos seguintes critérios de exclusão:

- a) Homens;
- b) Mulheres menores de 18 anos;
- c) Vítimas não-letais de acidentes de trânsito;
- d) Morte natural.

Os casos duplicados foram identificados e excluídos. Considerou-se duplicidade registros com informações iguais à idade, naturalidade, bairro de residência e ocupação, todas combinadas.

No primeiro momento, foi realizada leitura e preenchimento do formulário de coleta de dados de 1.111 laudos periciais de mulheres adultas (12,9% do total) que foram encaminhadas ao IML-RR para exames de lesão corporal (corpo de delito), conjunção carnal, atentado violento ao pudor, integridade física e exame cadavérico, no ano de 2011.

O instrumento utilizado para coleta de dados foi um Formulário (Anexo 1) elaborado a partir das informações contidas nos laudos periciais oficiais, com os seguintes caracteres:

- 1) Tipo de exame;
- 2) Origem do encaminhamento;
- 3) Data e hora da realização do exame;
- 4) Idade da pericianda;
- 5) Estado civil;
- 6) Nacionalidade;
- 7) Naturalidade;
- 8) Profissão / ocupação;
- 9) Etnia;
- 10) Local de residência;
- 11) Causa da morte;
- 12) Tipo de violência no vivo;
- 13) Local(is) da violência física no corpo;
- 14) Agente(s) traumatizante(s);

- 15) Classificação das lesões;
- 16) Características dos crimes sexuais;
- 17) Vínculo entre vítima e agressor.

Na segunda etapa da análise dos dados, com o objetivo de caracterizar a violência física e/ou sexual nos contextos familiares, tomando por base as referências teóricas apresentadas, foram considerados os vínculos vítima/agressor como: (a) pai; (b) mãe; (c) filho(a); (d) irmã(o); (e) padrasto; (f) enteado(a); (g) outros parentes (cunhado(a), sogra(o), nora, genro, sobrinho(a), tia(o), etc...); (h) marido; (i) ex-marido; (j) namorado; (l) ex-namorado; (m) pai do filho(a); (n) atual esposa/namorada do ex-marido/ex-namorado; (o) ex-esposa/ex-namorada do atual marido/namorado; (p) amante do marido e (q) companheira.

Destarte, foram excluídos da análise os laudos que descreveram agressores como: (a) conhecidos, sem relação de parentesco ou convívio familiar; (b) vizinhos; (c) desconhecidos; (d) violência coletiva fora das relações familiares; (e) auto-flagelo; (f) não humanos e os que (g) nada constavam; perfazendo um total de 616 laudos, letais e não-letais.

Os dados coletados destes 616 laudos foram tabulados e submetidos à análise estatística utilizando o programa Microsoft Excel Gallery e os resultados representados em gráficos e tabelas para discussão e elaboração das conclusões e considerações finais.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, da Universidade Federal de Roraima, com a anuência das Instituições envolvidas, de acordo com o Termo de Liberação da Secretaria de Segurança Pública de Roraima por meio da anuência da Delegacia-Geral de Polícia Civil e do Termo de Concordância da Instituição (IML-RR).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A população de Roraima é de 425.398 habitantes, segundo Censo 2010 IBGE, o que faz do estado a Unidade Federativa menos populosa do Brasil. A capital, Boa Vista, concentra 65,3% da população do estado. A população de Roraima quase dobrou em vinte anos. Em 1991, o estado contava com 217.583 habitantes, um aumento significativo de 95,51 % de crescimento populacional; colocando-se entre os de maior crescimento no Brasil, com uma taxa de 4,6%, muito superior à média nacional de 1,6% de crescimento. Do total da população do estado em 2010, 229.343 habitantes são homens e 221.884 habitantes são mulheres. Ao considerarmos somente as mulheres com idade igual ou maior que 18 anos (141.155 mulheres), temos uma taxa de 43,6 mulheres que estão em situação de violência doméstica ou familiar, a cada 100.000 mulheres.

A primeira etapa da pesquisa demonstra que, do total de laudos periciais realizados no IML-RR (8.612), no ano de 2011, 12,9% (1.111) foram de mulheres adultas, que sofreram algum tipo de violência física não-letal e/ou morte violenta ou não-natural, respeitando os critérios de inclusão e exclusão pré-estabelecidos e descritos anteriormente (Figura 4).

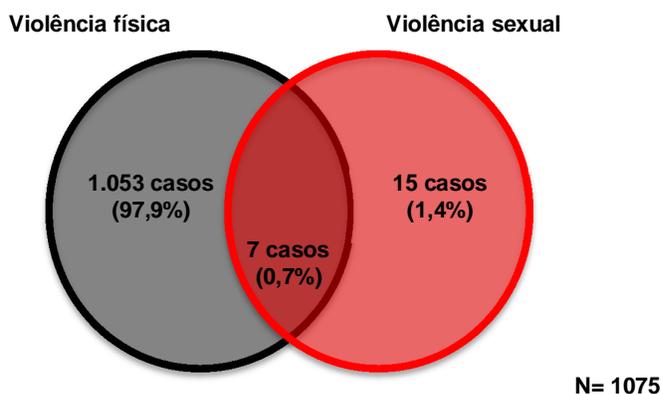
Figura 4 – Esquema demonstrativo dos laudos periciais analisados. IML-RR, 2011.



Fonte: IML-RR, 2011

Considerando o total de mulheres adultas, cujos laudos foram analisados, 3,2% (36 casos) levaram à morte violenta ou não-natural, enquanto que 96,8% (1075 casos) foram registros de violência não-letal, podendo ser classificadas entre física, sexual e mista (física e sexual) (Figura 5).

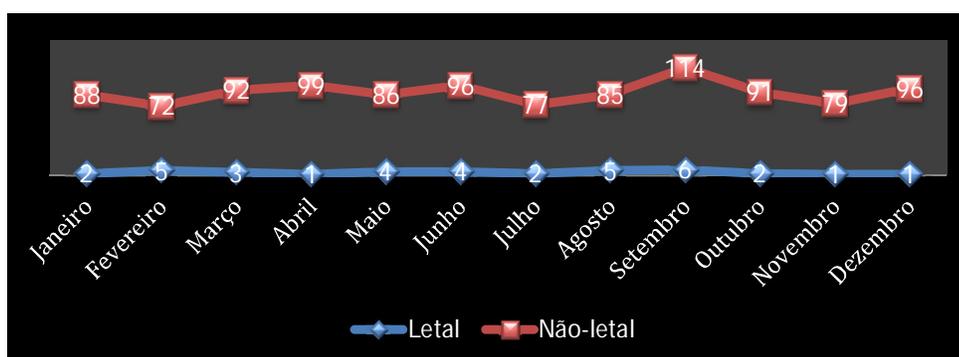
Figura 4 - Frequência e sobreposição dos casos de violência física, sexual e mista, não-letais, em mulheres adultas. IML-RR, 2011.



Fonte: IML/RR, 2011

A frequência mensal da violência contra a mulher, letal e não-letal, registrada no IML-RR, no ano de 2011, está representada no Gráfico 2, apontando o mês de setembro com o maior número de casos, tanto letais (06), como não-letais (144). A média de ocorrências de morte violenta ou não-natural, no ano estudado, é de 3 casos por mês, enquanto que para os casos de violência física e/ou sexual, em mulheres adultas, a média mensal é de 89,6 casos.

Gráfico 2 – Frequência mensal de mortes violentas e/ou não-naturais e de violência não-letal, em mulheres adultas. IML-RR, 2011.



Fonte: IML-RR, 2011

Na tabela 1, é possível visualizar as características sócio-demográficas do total de mulheres estudadas no IML-RR, distinguindo casos letais e não-letais, ocorridos no ano de 2011.

Tabela 1 – Características sócio-demográficas das mulheres adultas, em situação de violência e morte violenta e não-natural. IML-RR, 2011.

Características	Letal (N= 36)	N (%)	Não letal (N= 1075)	N (%)	Total (N=1.111)	N (%)
Faixa etária (anos)						
18 a 25	11	30,5	409	38,0	420	37,8
26 a 35	6	16,7	427	39,7	433	39,0
36 a 45	5	13,9	158	14,7	163	14,7
46 a 55	11	30,5	62	5,8	73	6,6
acima de 56	3	8,3	14	1,3	17	1,5
Não consta	-	-	5	0,5	5	0,4
Etnia						
Branca	5	13,9	135	12,5	140	12,6
Negra	-	-	5	0,5	5	0,4
Parda	23	63,9	924	85,9	947	85,2
Amarelo de origem Oriental	-	-	-	-	-	-
Indígena ou de origem indígena	6	16,7	3	0,3	9	0,8
Não consta	1	2,8	8	0,7	9	0,8
Nacionalidade						
Brasileira	36	100	1.067	99,3	1103	99,3
Estrangeira	-	-	8	0,7	8	0,7
<i>Venezuela</i>			6	0,5	6	0,5
<i>Colômbia</i>			1	0,1	1	0,1
<i>Portugal</i>			1	0,1	1	0,1
Naturalidade						
RR	21	58,3	540	50,2	561	50,5
AC	-	-	4	0,4	4	0,4
AP	-	-	3	0,3	3	0,3
AM	2	5,5	88	8,2	90	8,1
PA	3	8,3	131	12,2	134	12,1
RO	-	-	12	1,1	12	1,1
TO	-	-	4	0,4	4	0,4
Região Norte	26	72,2	782	72,7	808	72,7
BA	1	2,8	5	0,5	6	0,5
AL	-	-	2	0,2	2	0,2
CE	1	2,8	42	3,9	43	3,9
MA	6	16,7	154	14,3	160	14,4
PB	-	-	3	0,3	3	0,3
PE	-	-	5	0,5	5	0,5
PI	-	-	10	0,9	10	0,9
RN	-	-	4	0,4	4	0,4
SE	-	-	-	-	-	-
Região Nordeste	8	22,2	225	20,9	233	21,0
DF	-	-	2	0,2	2	0,2
GO	-	-	6	0,6	6	0,5
MT	-	-	5	0,5	5	0,5
MS	1	2,8	4	0,4	5	0,5
Região Centro- Oeste	1	2,8	17	1,6	18	1,6

Tabela 1 – Características sócio-demográficas das mulheres adultas, em situação de violência e morte violenta e não-natural. IML-RR, 2011. Continua

Características	Letal (N= 36)	N (%)	Não letal (N= 1075)	N (%)	Total (N=1.111)	N (%)
Naturalidade						
ES	-	-	-	-	-	-
MG	1	2,8	7	0,7	8	0,7
RJ	-	-	5	0,5	5	0,5
SP	-	-	9	0,8	9	0,8
Região Sudeste	1	2,8	21	2,0	22	2,0
PR	-	-	9	0,8	9	0,8
RS	-	-	5	0,5	5	0,5
SC	-	-	-	-	-	-
Região Sul	-	-	14	1,3	14	1,3
Estado civil						
Solteira	28	77,8	640	59,5	668	60,1
Casada	3	8,3	133	12,4	136	12,2
Separada / Divorciada	1	2,8	35	3,3	36	3,2
Viúva	1	2,8	7	0,7	8	0,7
União Estável / Convivente	1	2,8	250	23,3	251	22,6
Não consta	2	5,5	11	1,0	13	1,2

Do total de mulheres adultas que sofreram violência física, 50,1% procuraram a DDM, a fim de realizar a denúncia da agressão. Enquanto que, nos casos de morte violenta ou não-natural, 36,1% foram oriundos da DGH. Ambos os dois Departamentos de Polícia encontram-se na capital, Boa Vista (Tabela 2).

Tabela 2 – Frequência da origem dos encaminhamentos para exame, em mulheres em situação de violência, morte violenta ou não-natural. IML-RR, 2011.

Delegacia de Origem	Letal (N= 36)	N (%)	Não letal (N= 1075)	N (%)	Total (N=1.111)	N (%)
DDM	-	-	539	50,1	539	48,5
PLANTÃO CENTRAL	5	13,9	237	22,0	242	21,8
1º DP	11	30,5	91	8,5	102	9,2
2º DP	-	-	59	5,5	59	5,3
3º DP	-	-	37	3,4	37	3,3
4º DP	-	-	16	1,5	16	1,4
5º DP	-	-	3	0,3	3	0,3
NPCA	-	-	27	2,5	27	2,4
DDIJ	-	-	23	2,1	23	2,1
DGH	13	36,1	-	-	13	1,2
Outras (capital)	-	-	17	1,6	17	1,5
Outras (interior)	7	19,4	26	2,4	33	3,0

Dentre as mortes violentas e não-naturais, ocorridas em 2011, em 63,9% dos casos, as mulheres residiam na capital; em 33,3% residiam no interior do estado e em 2,8%, não constavam local de residência.

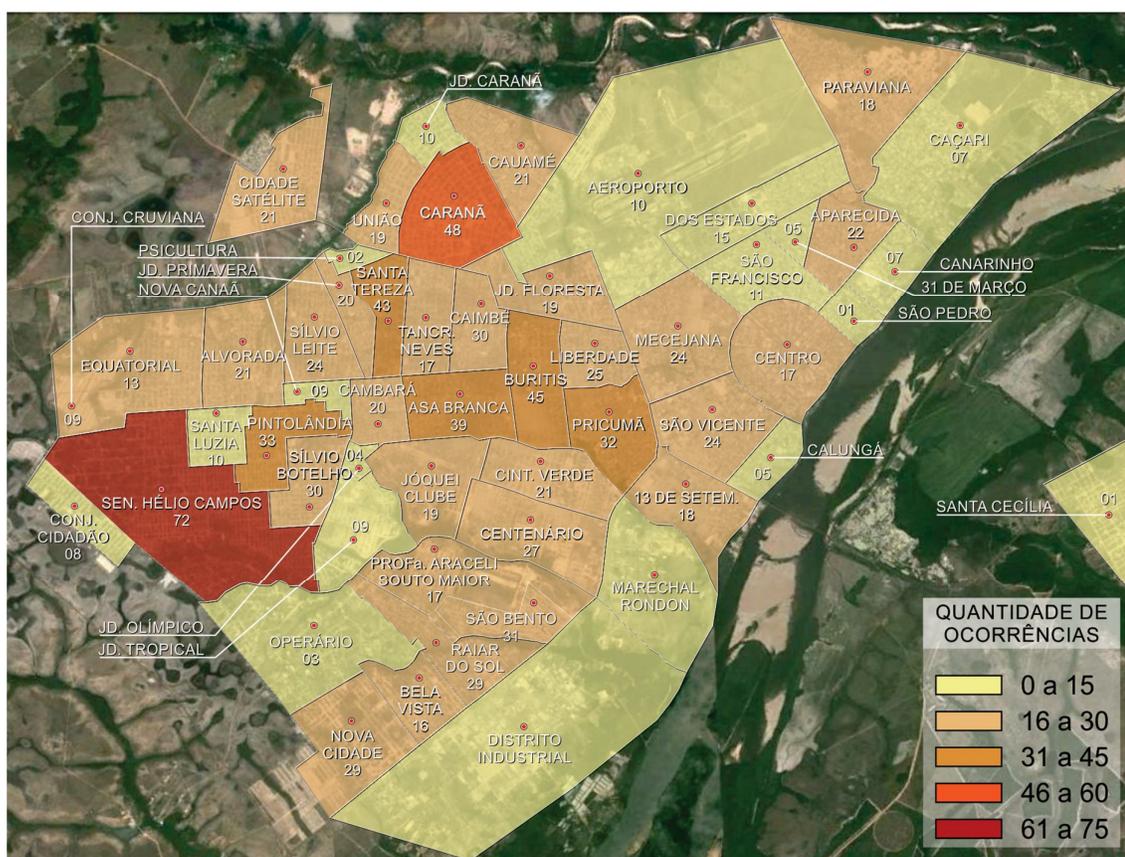
Ao distribuímos as ocorrências de violência contra a mulher, letal e não-letal, por municípios de residência em Roraima, encontramos que a capital Boa Vista, predomina com um percentual de 94,4%; os demais municípios somados atingem 4,3% e em 1,3% não continham informações quanto ao local de residência da mulher (Mapa 1).

Mapa 1 – Distribuição das ocorrências de mortes não naturais e violentas e violência física contra a mulher, por municípios de Roraima. IML-RR, 2011.



Ao considerarmos apenas as violências ocorridas em Boa Vista, capital do estado, constatamos que 6,5% das mulheres em situação de violência residem no bairro Senador Hélio Campos; 4,3% no Caraná e 4,0% no Buritis, bairros da zona oeste do município (Mapa 2).

Mapa 2 – Distribuição das ocorrências de mortes não-naturais ou violentas e violência física contra a mulher, por bairros da capital, Boa Vista-RR. IML-RR, 2011.



Quanto às características das mortes não-naturais ocorridas em mulheres adultas, no ano de 2011, os dados mostraram que 30,5% foram provocadas por acidentes: 16,7% por acidente de trânsito; 5,5% por fulminação; 2,8% por atropelamento, afogamento e choque elétrico, cada um. 19,4% das mortes foram por homicídio, enquanto que 2,8% por latrocínio. Os suicídios por enforcamento e envenenamento somaram 22,2% do número de mortes. Não foi possível extrair, dos laudos examinados, informações sobre as causas que levaram essas mulheres a cometer suicídio. As demais causas de morte detêm um total de 25% dos casos,

conforme Tabela 3.

Tabela 3 – Características das mortes violentas e não-naturais de mulheres adultas. IML-RR, 2011.

Características	Nº de mortes (N= 36)	N (%)
Acidente	11	30,5
Fulminação	2	5,5
Atropelamento	1	2,8
Acidente de trânsito	6	16,7
Afogamento	1	2,8
Choque elétrico	1	2,8
Homicídio	7	19,4
Latrocínio	1	2,8
Suicídio	8	22,2
Enforcamento	7	19,4
Envenenamento	1	2,8
Outros	9	25,0
Carbonização	1	2,8
Morte pós-parto (não-natural)	2	5,5
TCE de causa prejudicada	2	5,5
Indeterminada	4	11,1

Quanto ao vínculo entre vítima e agressor, nos 1075 casos de violência física não-letal, os resultados encontrados demonstram que 46,0% foram perpetradas por pessoas que possuíam algum tipo de relação afetiva com a vítima; 10,8% foram provocadas por pessoas que detinham relações de parentesco com a vítima (parentes diretos e agregados); 16,5% por não-parentes, ou sem vínculo familiar, ou de parentesco e 1,3% por não-humanos (Tabela 4).

Tabela 4 – Relação da violência contra a mulher não-letal e agressor. IML-RR, 2011.

Agressor	Nº de casos (N= 1075)	N(%)
Pai	5	0,5
Mãe	1	0,1
Filha(o)	12	1,1
Irmã(o)	40	3,7
Padrasto	4	0,4
Outros (relação de parentesco)	54	5,0
Vizinho(a)	16	1,5
Marido/Companheiro	242	22,5
Ex-marido/Ex-companheiro	171	15,9
Namorado	26	2,4
Ex-namorado	25	2,3
Pai do filho(a)	9	0,8
Companheira	1	0,1

Tabela 4 – Relação da violência contra a mulher não-letal e agressor. IML-RR, 2011.
Continua

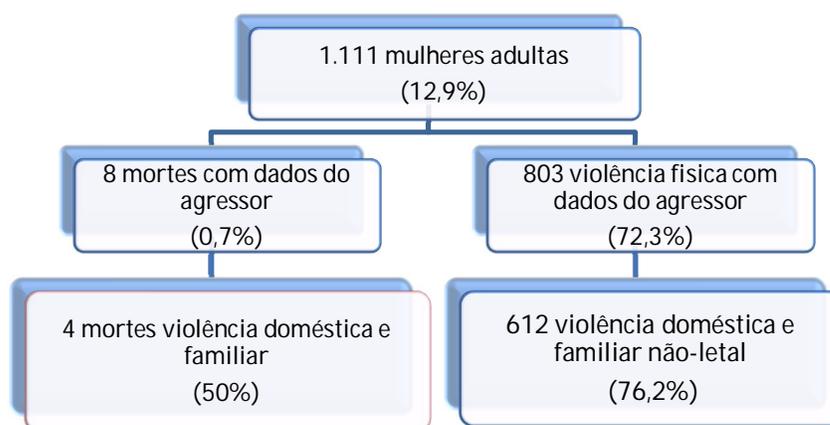
Agressor	Nº de casos (N= 1075)	N(%)
Atual esposa/namorada do ex-marido/ex-namorado	7	0,6
Ex-esposa/ex-namorada do atual marido/namorado	14	1,3
Amante do marido	1	0,1
Conhecidos (relação no trabalho)	16	1,5
Conhecidos (relação na escola/Faculdade)	7	0,6
Conhecidos	47	4,4
Homem	22	2,0
Mulher	25	2,3
Desconhecidos	77	7,2
Assaltante	8	0,7
Policial	16	1,5
Homem	39	3,6
Mulher	14	1,3
Outros	28	2,6
Mais de uma pessoa fora do contexto familiar	14	1,3
Acidentes objetos inanimados	7	0,6
Mordidas de cachorro	4	0,4
Atos cirúrgicos/Erros profissionais	3	0,3
Auto-flagelo	1	0,1
Não consta	272	25,3

Em 25,3% dos laudos, não constavam informações sobre o agressor. Tal fato nos leva a crer que há falhas, por parte dos legistas, no preenchimento do item “Histórico”, contido nos laudos periciais, no qual é possível obter o registro dos fatos mais significativos que motivam o pedido da perícia ou que possam esclarecer e orientar a ação do legisperito, a partir da palavra do(a) periciado(a), de forma simples e objetiva. O número expressivo de laudos sem informações do agressor, embora preocupante, não compromete os resultados da pesquisa, quando removidos da estatística.

A partir dos resultados iniciais obtidos, podemos inferir que a violência familiar pode ocorrer no interior do domicílio ou fora dele, embora seja mais frequente o primeiro caso. A violência doméstica, então, apresenta pontos de sobreposição com a familiar. Atinge, também pessoas que, não pertencendo à família, vivem, parcial ou integralmente, no domicílio do agressor, como é o caso de agregados, com ou sem vínculo consanguíneos. Ao conceber estes conceitos de violência familiar envolvendo membros de uma mesma família extensa ou nuclear, levando-se em conta a consangüinidade e a afinidade, a segunda parte da pesquisa, busca alcançar os objetivos propostos.

As violências não-letais de origem doméstica e familiar corresponderam a 56,9% do total de mulheres vítimas de violência física (1.075 casos). Todavia, ao considerarmos apenas os laudos de violência não-letal nos quais foram relatadas informações quanto ao(s) agressor(es), obtivemos 803 casos. Desses casos, 76,2% (612 laudos) foram praticados por agressor(a) que possui ou mantém vínculo de parentesco ou arranjo familiar com a vítima da violência (Figura 5).

Figura 5 - Esquema demonstrativo dos laudos periciais de violência doméstica e familiar, letal e não-letal. IML-RR, 2011.



Fonte: IML-RR, 2011.

Tomando por base a população de Roraima, segundo o Censo 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), de 450.479 habitantes e uma população de mulheres adultas (idade igual ou superior a 18 anos) de 141.155, obtemos uma taxa de prevalência da violência doméstica e familiar, letal e não-letal, de 43,6 a cada 10.000 mulheres.

Rodríguez e Guerra (1997), em estudo envolvendo mulheres de três subpopulações na cidade de Guadalajara/México, identificaram o companheiro/parceiro como o principal perpetrador de violência doméstica contra a mulher, encontrando-se uma frequência de mulheres vítimas de violência de 46% na zona urbana e 57% na zona rural; uma em cada cinco sofreu violência física e uma em cada dez foi alvo de violência sexual, não se identificando um padrão temporal de violência.

Neste estudo, 76,2% dos laudos que continham dados do agressor foram de violências não-letais de origem doméstica e familiar. Desses laudos, foi verificado o

predomínio da violência física em 99,2%. Enquanto que no estudo similar de Silva (2008), as lesões corporais atingiram 78% dos casos. Nos dados divulgados pela FAPESP (1999), 81,5% foram de lesões corporais dolosas nos processos analisados, um pouco diferente de Barsted (1998), onde as lesões corporais foram apenas 26,2% dos casos registrados na DDM de Goiânia. Kronbauer e Meneghel (2005) citam a violência psicológica 55%, com predomínio sobre a física 38%.

As características socio-demográficas das mulheres, atendidas no IML-RR, em 2011, que sofreram violência doméstica e familiar, gerando morte ou não, estão apresentadas na Tabela 5.

Tabela 5 – Caracterização sócio-demográfica da amostra de mulheres, em situação de violência doméstica e familiar. IML-RR, 2011.

Características	Letal (N= 4)	N (%)	Não-letal (N=612)	N (%)
Faixa etária (anos)				
18 a 25	1	25	238	38,9
26 a 35	1	25	251	41,0
36 a 45	1	25	82	13,4
46 a 55	1	25	33	5,4
acima de 56	-	-	6	1,0
Não consta	-	-	2	0,3
Etnia				
Branca	-	-	59	9,6
Negra	-	-	4	0,6
Parda	4	100	541	88,4
Amarelo de origem Oriental	-	-	-	-
Indígena ou de origem indígena	-	-	3	0,5
Não consta	-	-	6	1,0
Nacionalidade				
Brasileira	4	100	608	99,3
Estrangeira	-	-	4	0,6
Venezuela	-	-	4	0,6
Naturalidade				
RR	4	100	328	53,6
AC	-	-	2	0,3
AP	-	-	2	0,3
AM	-	-	55	9,0
PA	-	-	69	11,3
RO	-	-	8	1,3
TO	-	-	3	0,5
Região Norte	4	100	467	76,3
BA	-	-	2	0,3
AL	-	-	-	-
CE	-	-	21	3,4
MA	-	-	86	14,0
PB	-	-	2	0,3
PE	-	-	2	0,3
PI	-	-	2	0,3
RN	-	-	1	0,1
SE	-	-	-	-
Região Nordeste	-	-	116	18,9

Tabela 7 – Caracterização sócio-demográfica da amostra de mulheres, em situação de violência doméstica e familiar. IML-RR, 2011. Continua

Características	Letal (N= 4)	N (%)	Não-letal (N=612)	N (%)
Naturalidade				
DF	-	-	-	-
GO	-	-	2	0,3
MT	-	-	4	0,6
MS	-	-	2	0,3
Região Centro-Oeste	-	-	8	1,3
ES	-	-	-	-
MG	-	-	3	0,5
RJ	-	-	1	0,1
SP	-	-	5	0,8
Região Sudeste	-	-	9	1,5
PR	-	-	5	0,8
RS	-	-	3	0,5
SC	-	-	-	-
Região Sul	-	-	8	1,3
Estado civil				
Solteira	3	75	361	59,0
Casada	-	-	58	9,5
Separada / Divorciada	-	-	20	3,3
Viúva	-	-	3	0,5
União Estável / Convivente	1	25	163	26,6
Não consta	-	-	7	1,1
Cidade de residência				
Boa Vista	1	25	584	95,4
Alto Alegre	-	-	1	0,1
Amajari	-	-	2	0,3
Bonfim	-	-	2	0,3
Cantá	-	-	13	2,1
Caracaraí	2	50	1	0,1
Caroebe	-	-	-	-
Iracema	-	-	-	-
Mucajaí	-	-	2	0,3
Normandia	-	-	1	0,1
Pacaraima	-	-	-	-
Rorainópolis	-	-	-	-
São João da Baliza	1	25	-	-
São Luiz do Anauá	-	-	-	-
Uiramutã	-	-	-	-
Santa Helena Uairen (VE)	-	-	1	0,1
Não consta	-	-	5	0,8
Profissão				
Agricultora	1	25	5	0,8
Aposentada	-	-	6	1,0
Assist. /aux. Administrativo	-	-	18	2,9
Autônoma	-	-	25	4,1
Aux. Serviços Gerais	-	-	17	2,8
Cabeleireira	-	-	7	1,1
Comerciante	-	-	8	1,3
Cozinheira/Aux. De cozinha	-	-	6	1,0
Do lar	2	50	199	32,5
Doméstica / Diarista	-	-	41	6,7
Empresária	-	-	7	1,1
Estudante/ Acadêmica /	-	-	71	11,6
Universitária	-	-	-	-
Funcionária Pública	-	-	27	4,4

Tabela 7 – Caracterização sócio-demográfica da amostra de mulheres, em situação de violência doméstica e familiar. IML-RR, 2011. Conclusão

Características	Letal (N= 4)	N (%)	Não-letal (N=612)	N (%)
Profissão				
Garçonete	-	-	5	0,8
Manicure	-	-	13	2,1
Professora	-	-	22	3,6
Recepcionista	-	-	10	1,6
Secretária	-	-	11	1,8
Vendedora	-	-	27	4,4
Zeladora/Porteira	-	-	7	1,1
Outras	1	25	58	9,5
Não consta	-	-	22	3,6

As 04 mortes provocadas por violência doméstica, correspondem a 11,1% do total de mortes violentas e não-naturais de mulheres adultas, no ano de 2011. A idade das mulheres foi igualmente proporcional dos 18 aos 55 anos. Todas as mulheres foram consideradas pardas. Todas são brasileiras, naturais do estado de Roraima. Quanto ao município de residência, 75% são do interior do estado e 25% da capital Boa Vista. Dos 04 casos letais, 03 (75%) eram solteiras e 01 (25%) possuía união estável. 50% foram registradas como do lar.

Nossos achados demonstram ainda que, dentre as violências não-letais, a faixa etária mais atingida, é de 26 a 35 anos (41,0%), seguida do intervalo de 18 a 25 anos (38,9%) e corroboram com os estudos da DDM-GO (1999), FAPESP (1999), Andrade e Mello Jorge (2001) e Silva (2008).

Enquanto que em estudo descritivo com dados sobre as vítimas de violência doméstica, sexual e/ou outras violências notificadas durante o período de 01 de janeiro a 31 de dezembro de 2008, em unidades de referência para atendimento de vítimas de violências, em 22 municípios distribuídos em 15 UF – VIVA 2008, a maior proporção de ocorrência de violência entre as mulheres foi observada entre as pessoas de 10 a 19 anos (28,8%), seguidas das de 0 a 9 anos (21,0%) e de jovens de 20 a 29 anos (19,9%). Ainda, segundo o local de ocorrência, os atos de violência em mulheres predominaram na residência (62,7%) e na escola (11%) (BRASIL, 2010).

Na variável naturalidade aparece um dado importante que confirma os aspectos migratórios do estado de Roraima, pois apresentam 53,6% das mulheres vítimas de violência não-letal são naturais do estado, seguido das maranhenses (14%); paraenses (11,3%) e das amazonenses (9%).

Com relação ao estado civil obtivemos 59% de mulheres que se intitularam como solteiras e 26,6% como relação de união estável. Para Andrade e Mello Jorge (2001), as solteiras eram 82% das vítimas de violência contra a mulher, enquanto que, para Silva (2008) as solteiras sofrem mais esse tipo de agressão, com 64% do total pesquisado. No estudo VIVA-2008, a situação conjugal encontrada foi que 38,7% das vítimas afirmaram ser solteiras e 25,6% eram casadas ou viviam em união estável. Os resultados são similares entre os estudos, todavia faz-se necessário atentar que em todos os trabalhos, foram também consideradas mulheres menores de 18 anos (BRASIL, 2010).

Nesta pesquisa foram consideradas pardas, 88,4% das mulheres que sofreram violência doméstica e familiar, não-letal. No trabalho de Lamoglia (2004), o grande número de desinformação na variável cor inviabilizou seu resultado, as mulheres eram 37% brancas, 33% pardas, 8% negras; sendo 22% sem informação. Nas características das mulheres vítimas de violência examinadas no IML de Timon-MA, por Silva (2008), as mais atingidas foram as de cor parda (56%).

Enquanto que, nos resultados do VIVA 2008, no que se refere à raça/cor da pele, as mulheres brancas representaram 47%, seguidas de pardas (36,1%), havendo uma inversão comparada aos resultados encontrados neste estudo. As mulheres pretas (7,9%), amarelas e indígenas (0,6%, cada um) corresponderam às menores proporções no total de vítimas, corroborando com nossos achados.

Quanto à raça/cor da pele das mulheres vítimas de violência, o percentil alto encontrado na pesquisa, nos intriga pelo baixo número de registros de mulheres indígenas (0,5%), em um estado que, proporcionalmente, tem a maior população indígena do país (49.637 declaram-se indígenas - 11% da população de Roraima). Esta prevalência pode ser explicada pelo fato da informação ser de total interpretação do(a) atendente do IML-RR, no momento do preenchimento dos dados de identificação da pericianda, sem o devido questionamento à própria mulher de como ela percebe sua cor/raça e, ademais, a despreocupação desses agentes quanto à importância do correto preenchimento destes dados, levando a crer que as indígenas ou de origem indígena devem estar inseridas em mulheres pardas.

Na análise dos dados em relação à profissão, comprova-se o que é relatado na literatura, todas as profissões e classes são atingidas, com maiores proporções para do lar (32,5%), estudante (11,6%) e doméstica (6,7%). Estes dados são semelhantes aos encontrados no estudo de Silva (2008) com as mesmas profissões

mais atingidas: dona de casa/doméstica 39%, depois estudantes, com 28%.

No trabalho de Andrade e Mello Jorge (2001), na variável estudante, o percentual é de 41%, visto que ele analisou mulheres desde os 5 anos de idade, o que justificaria um maior número de estudantes. Para Lamoglia (2004), as profissões das mulheres foram: 31% do lar, 30% sem informação, 12% empregadas domésticas, 8% professoras, 5% estudantes, 4% comerciantes, 3% contabilistas, 4% atendentes, 3% desempregadas.

No Mapa 3, é possível visualizar a distribuição da violência doméstica e familiar, letal e não-letal, por local de residência, em todo o estado de Roraima. Em 95,1% dos casos, as mulheres residiam em Boa Vista; 2,1% no município do Cantá, enquanto que nos municípios de Uiramutã, Pacaraima, Iracema, Rorainópolis, Caroebe e São João da Baliza, não foram registrados casos de violência doméstica e familiar, no IML-RR.

É possível perceber que, quanto aos municípios de residência, os dados de violência doméstica e familiar acompanham a violência geral contra a mulher, demonstrada no Mapa 1. O município do Cantá permanece com o segundo maior percentual de casos, possivelmente, pela proximidade geográfica com a capital Boa Vista.

Conquanto, dados preocupantes aparecem na pesquisa, haja vista ser perceptível a invisibilidade da violência contra a mulher, nos demais municípios do estado, fora da capital Boa Vista. É inaceitável crer, por exemplo, que no segundo município mais populoso do estado, com 24.279 habitantes, segundo o último Censo do IBGE, Rorainópolis não apresentou um caso sequer de violência doméstica e familiar contra a mulher, durante o ano de 2011.

Partindo do princípio que há somente um IML-RR em todo estado e que não há prestação de serviço regular de médicos e odontologistas nos demais municípios, fora da capital, vale refletir sobre as possíveis causas para estes números: As mulheres em situação de violência que residem nos municípios do interior não procuram os Departamentos de Polícia do seu município, por não serem delegacias especializadas em violência contra a mulher? As que procuram, nunca sofreram violência física ou não são encaminhadas para realizarem exame de corpo de delito, pelas autoridades competentes? A distância e as dificuldades geográficas influenciam no deslocamento dessas mulheres à capital? Estes questionamentos, ainda sem respostas concretas, merecem ser melhor estudadas.

Mapa 3 – Distribuição da violência doméstica e familiar, por municípios de residência, em Roraima. IML-RR, 2011.



Ao distribuímos as ocorrências de violência doméstica e familiar na capital do estado, por local de residência, percebemos que na maioria das ocorrências as mulheres residiam nos bairros Senador Hélio Campos (6,7%), Caraná (4,7%) e São Bento (4,5%). As regiões do Água Boa, PA Nova Amazônia, Bom Intento Água Santa, Acampamento Augusto Mariano, Monte Cristo, Passarão e Monte das Oliveiras tiveram, em cada um, 01 (uma) ocorrência de violência doméstica e familiar contra a mulher (Mapa 4).

É tácito que a violência contra a mulher, bem como a violência doméstica e

Tabela 6 – Frequência da origem dos encaminhamentos para exame, em mulheres em situação de violência doméstica e familiar. IML-RR, 2011.

Delegacias de Origem	Letal (N= 4)	N (%)	Não-letal (N=612)	N (%)
DDM	-	-	419	68,5
PLANTÃO CENTRAL	-	-	98	16,0
1º DP	-	-	13	2,1
2º DP	-	-	17	2,8
3º DP	-	-	8	1,3
4º DP	-	-	7	1,1
5º DP	-	-	2	0,3
NPCA	-	-	18	2,9
DDIJ	-	-	9	1,5
DGH	1	25	-	-
Outras (capital)	-	-	8	1,3
DPs do interior	3	75	13	2,1
São Luiz do Anauá	-	-	-	-
Uiramutã	-	-	-	-
Santa Helena Uairen (VE)	-	-	1	0,1
Não consta	-	-	5	0,8

As mulheres vítimas de violência doméstica e familiar recorrem, em sua grande maioria (68,5%), à DDM, demonstrando que a delegacia especializada para o atendimento destes casos de violência faz parte dos eixos estruturantes da Política de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres e possui grande aceitabilidade por parte das mulheres em situação de violência. Em Roraima, há apenas uma DDM e grande parte das demais delegacias, bem como o Plantão Central, disponível a partir das 19h, a procura de direitos e auxílio concentra-se, maciçamente, na capital Boa Vista.

Dos casos de violência doméstica e familiar que geraram mortes (04), todas foram praticadas por força física, utilizando instrumentos perfuro-cortantes: 75% atingindo tronco e 25% membros inferiores (Tabela 7).

Na mesma tabela, observamos que dentre os casos não-letais de violência doméstica e familiar (612), quase que em sua totalidade (99,2%) foi produzida por força física. A violência mista (0,5%) e a violência sexual (0,3%) em mulheres adultas, tiveram baixa prevalência. Os dados da pesquisa de Silva (2008) demonstram que a força física do homem aparece com 52% dos tipos de agressões, desde puxões, empurrões, tapas, socos, espancamento e esganadura. No estudo VIVA 2008, entre as mulheres, além da agressão física (52%), foram as violências psicológica/moral (49,5%) e sexual (39%) os tipos que apresentaram maior ocorrência.

Alguns pontos devem ser esplanados devido à disparidade de ocorrências de

violência sexual, quando comparadas com o estudo do VIVA 2008. Em primeiro lugar, neste estudo limitamos a faixa etária das mulheres, para somente igual ou superior a 18 anos, enquanto que no VIVA 2008 (BRASIL, 2010), crianças e adolescentes também fazem parte da amostra. Além disso, os locais de coleta de dados são diferentes, um no IML-RR e o outro em estabelecimentos de assistência à saúde, referências no atendimento de situações de violência, o que difere desde a abordagem do fenômeno até a questão de demanda espontânea, haja vista qualquer exame a ser realizado no IML, necessariamente deve ser encaminhado por uma Delegacia de Polícia. Este fato corrobora com os estudos etnográficos abordados neste trabalho, quando entendemos que a cultura do silêncio e da impunidade ainda está muito presente em nosso país.

O meio de agressão mais utilizado foi a força corporal por meio de ação e/ou instrumento contundente (88,7%), dado encontrado nesta pesquisa (Tabela 7). Dados interessantes são encontrados no estudo de Bruschi (2006) que estima a prevalência de violência conjugal física ao longo da vida em mulheres de comunidade urbana de baixa renda, por meio de entrevistas. Entre os comportamentos definidos como violência conjugal física, o tapa obteve a maior taxa (32,6%), seguido de soco (17,5%), espancamento (15,2%), uso/ameaça de uso de arma (13,9%) e chute (10,6%), sendo possível a ocorrência de agressões múltiplas. Quando investigado o item “outros tipos de violência” sofrida ao longo da vida, 8,1% das mulheres espontaneamente citaram: “marteladas na cabeça”, “empurrões”, “pauladas”, “quebrar a mulher”, “jogar algum objeto na cabeça”, “esganar, sufocar” ou “machucar com tesoura e alicate”.

A ação do instrumento usado para provocar lesão na mulher, de ação contundente (mão, pau, pedra e cabo de revólver) apareceu em 70%, segundo Silva (2008). No estudo VIVA 2008, em 41,2% das mulheres em situação de violência houve predomínio do uso da força física (BRASIL, 2010).

Quanto às partes do corpo mais atingidas, os dados mostram neste trabalho que, 63,4% foram cabeça e pescoço, seguido dos membros superiores (52,6%) (Tabela 7). No estudo de Garbin et al. (2006), a maior prevalência de lesões foi na região da cabeça. Para Lamoglia (2004), o rosto parece ser o lugar preferido para as lesões, especialmente, socos nos olhos e nos dentes.

Com relação à localização da lesão, no estudo VIVA 2008, as regiões do corpo mais atingidas foram cabeça e pescoço (26,1%) e membros superiores

(11,8%) (BRASIL, 2010).

Há uma inversão na prevalência destes dados, quando comparamos com estudo de Silva (2008), onde o local mais atingido foram os membros superiores (MMSS) com 34%, depois as lesões na cabeça com 30%. Todavia, mantém-se a predominância dos mesmos locais nas violências físicas.

Pode-se inferir que o agressor demonstra preferência por locais que deixem marcas visíveis, difíceis de esconder, necessitando, por vezes, ausentar-se do trabalho ou de suas funções, ou até mesmo, mentir, por medo ou vergonha de contar a origem das lesões.

Tabela 7 – Caracterização da violência doméstica e familiar, em mulheres adultas. IML-RR, 2011.

Características	Letal (N= 4)	N (%)	Não-letal (N=612)	N (%)
Tipo de violência				
Física	4	100	607	99,2
Sexual	-	-	2	0,3
Sexual e Física	-	-	3	0,5
Agente traumatizante				
Queimadura	-	-	2	0,3
Cortante	-	-	7	1,1
Contundente	-	-	543	88,7
Perfurante	-	-	-	-
Corto-contundente	-	-	16	2,6
Perfuro-cortante	4	100	4	0,6
Perfuro-contundente	-	-	-	-
Mais de um agente	-	-	36	5,9
Prejudicado	-	-	4	0,6
Parte do corpo atingida				
Cabeça e pescoço	-	-	388	63,4
Tronco	3	75	168	27,4
Membros superiores	-	-	322	52,6
Membros inferiores	1	25	169	27,6

No presente estudo, classificamos as lesões, provenientes de violência doméstica e familiar, de acordo com o que define o CPB, em seu artigo 129 e seus parágrafos. As lesões corporais representam os elementos objetivos de um crime, e classificam-se em leves, graves e gravíssimas. O conceito de lesão corporal de natureza leve é estabelecido por exclusão, uma vez que o art. 129 do CPB, define a ofensa à integridade corporal ou à saúde de outrem, tendo como agravantes as tipificações dos parágrafos 1º, 2º, 3º e 7º, conseqüentemente, as demais agressões são leves. As lesões leves são responsáveis por 80% do total das lesões corporais, constituindo-se em equimoses, escoriações e feridas contusas.

As lesões graves relacionam-se ao § 1º do art.129 do CPB, que em seus incisos estabelecem como graves as lesões que resultem em:□□

I - incapacidade para as ocupações habituais, por mais de 30 (trinta) dias:□□Não há aqui sentido apenas econômico, pois significa a incapacidade para qualquer atividade rotineira. A doutrina majoritária, afirma que a incapacidade cessa quando a vítima reúne condições razoáveis de retomar suas ocupações, sem que haja risco de agravamento da lesão. As fraturas são as lesões que mais incapacitam, por período superior a trinta dias, com exceção das fraturas nasais, que permitem a recuperação da vítima em período menor.

II - perigo de vida: Não era considerada uma lesão grave, já que a recuperação da vítima em período menor que o mês, incluía-a no rol das lesões leves. O Código Penal de 1940 corrigiu a falha, pois a gravidade foi relacionada ao risco que estaria correndo o paciente, em virtude da ofensa recebida. As lesões com maior probabilidade de colocar em risco a vida da vítima são: Feridas penetrantes do abdômen e do tórax;□□· hemorragias abundantes;□□· estados de choque;□□· queimaduras generalizadas;□□· fraturas de crânio e da coluna vertebral.□□Cabe exclusivamente ao perito determinar a existência do risco, já que se trata de um prognóstico médico.□□

III - debilidade permanente de membro, sentido ou função: A debilidade é a perda de força, o enfraquecimento, resultante de um dano anatômico ou funcional. Inclui-se ainda nesta categoria a perda de um ou dois dedos e dentes. Os membros, braços e pernas, são os apêndices do corpo, podendo ficar debilitados permanentemente em consequência de lesões. Sentidos são os mecanismos sensoriais que possibilitam o relacionamento do indivíduo com o mundo (visão, audição, tato, olfato e paladar), podendo ser afetados em decorrência de traumatismos diretos sobre os órgãos responsáveis por estes sentidos ou por lesões no crânio. As funções passíveis de debilitação são as atividades de órgãos ou aparelhos do corpo humano (rins, coração, olhos, ouvidos, mastigação), que apesar de reduzidas não ficam inutilizadas por completo.□

IV - aceleração de parto:□□Pode ocorrer por trauma físico ou psíquico. É a antecipação da expulsão do feto, desrespeitando o período fisiológico. Caso ocorra o óbito fetal, a lesão transforma-se em gravíssima, pois resultou em aborto.

As lesões corporais de natureza gravíssima decorrem do agravamento punitivo inscrito no § 2º do art.129 do CPB. Estão vinculadas diretamente às lesões

que causem: □□

I - incapacidade permanente para o trabalho: Abrange a incapacidade laboral da vítima, em virtude da lesão, sendo definitiva. A lei trata de qualquer atividade, não apenas o trabalho específico da vítima. □□

II - enfermidade incurável: É qualquer estado mórbido de lenta evolução, que venha a resultar na morte da vítima ou que, mesmo tendo cura, esta se dê em um longo prazo. □

III - perda ou inutilização de membro, sentido ou função: □□ Decorre da mutilação, ou inutilização, permanente de membro, sentido ou função. Mesmo que continue existindo o apêndice físico sua inoperância, ou perda de funcionalidade, caracterizam o tipo penal. □

IV - deformidade permanente: Os danos aparentes, estéticos, que afetem a subjetividade da vítima, aborrecendo-o ou causando-lhe incômodo, podendo inclusive afetar sua auto-estima. □□

V - aborto: □□ A situação aqui descrita faz referência ao aborto preterintencional, quando o agente quer apenas lesionar a vítima, mas acaba provocando o aborto (BRASIL, 1940).

Diante do exposto, nossos resultados demonstram que, segundo a interpretação dos peritos oficiais do IML-RR, 1,0 % da violência doméstica e familiar, não-letal, foi praticada com requintes de crueldade pelo(a) agressor(a). 92,1% dos casos de violência doméstica e familiar são de natureza leve; 2,9% graves; 0,2% gravíssimas; 0,3% graves e gravíssimas combinadas e em 4,1% não foi possível determinar a natureza das lesões (Tabela 8). Nesses casos pode ocorrer que, no momento do exame, pela presença de curativos, ataduras, ausência de radiografias, ou outras intercorrências, não há como o perito responder a todos os quesitos obrigatórios no laudo, tendo que solicitar um exame complementar, realizado posteriormente.

Quanto à natureza da lesão, no estudo VIVA 2008 (BRASIL, 2010), foram mais comuns os atendimentos em que a vítima apresentava corte/perfuração/laceração (8,3%) e contusão (9,2%). Em 45,8% dos atendimentos, não foi observado sinal evidente de lesão corporal. Para o grande número de atendimentos sem registro de lesões, é plausível crer que os profissionais de saúde da assistência, não possuem o mesmo olhar e treinamento dos profissionais de saúde que atuam como peritos no IML.

Tabela 8 – Caracterização das lesões por violência doméstica e familiar não-letal, em mulheres adultas. IML-RR, 2011.

Natureza das lesões no vivo	Não-letal (N=612)	N (%)
Crueldade	6	1,0
Leves	564	92,1
Graves	18	2,9
Incapacidade para ocupações habituais, por mais de 30 dias	6	1,0
Perigo de vida	5	0,8
Debilidade permanente de membro, sentido ou função	1	0,2
Aceleração do parto	1	0,2
Gravíssimas	1	0,2
Enfermidade incurável	-	-
Perda ou inutilização do membro, sentido ou função	-	-
Deformidade permanente	1	0,2
Aborto	-	-
Graves e Gravíssimas	2	0,3
Incapacidade para ocupações habituais, por mais de 30 dias	2	0,3
Perigo de vida	2	0,3
Debilidade permanente de membro, sentido ou função	-	-
Aceleração do parto	-	-
Enfermidade incurável	-	-
Perda ou inutilização do membro, sentido ou função	1	0,2
Deformidade permanente	1	0,2
Aborto	-	-
Prejudicado	25	4,1

Na tabela 9, são apresentadas as relações entre vítima e agressor(a), nas violências que ocorreram nos contextos familiares e no ambiente doméstico. Na maior parte das agressões domésticas e familiares às mulheres, a prática se deu por um agressor do sexo masculino (89,7%). Levando em consideração somente a consaguinidade, obtivemos 10,3% das agressões, sendo que deste percentual, 63,5% foram praticadas por irmãos.

Somente os maridos/companheiros atingem 39,5% das agressões domésticas. Contudo, se somarmos os vínculos de relações afetivas (maridos, companheiros, ex-maridos, ex-companheiros, namorados, ex-namorados e companheira), alcançamos 75,9% (Tabela 9). Neste tipo de estudo, cabe considerar que há uma passagem muito tênue entre ser atual cônjuge ou ex-cônjuge, assim que a mulher é agredida fisicamente. Os relatos são diretamente influenciados pelo recém-sentimento de indignação, raiva ou até vingança, comum ao pouco tempo

decorrido da agressão ao momento do exame. Ademais, mesmo que consideremos que as ex-relações já estejam consolidadas, é tácito observar que ainda existem laços ou comunicações que são expressadas pela violência.

Para Cabral e Brancalhone (2000), os resultados obtidos demonstraram que as mulheres que vivenciaram a violência doméstica exprimem representações de seus casamentos e dos seus companheiros, essencialmente negativas, desesperançosas e repletas de ressentimentos. Para Lamoglia (2004), em relação ao grau de parentesco da vítima, observa-se que 32% são ex-companheiros; 27% companheiros; 18% maridos; 13% ex-maridos; 6% namorados e 4% ex-namorados. Foi identificado que a mulher sofre agressão praticada por homem que tem ou teve algum vínculo com ela, ou, por homem que é um desconhecido ou apenas um vizinho. Na pesquisa de Rabello et al. (2006), em João Pessoa, foi constatado que a maioria das mulheres agredidas eram vítimas de companheiros 31,5%.

Na pesquisa continuada, em vários estados do país, no caso das mulheres, a violência foi cometida por um único indivíduo (75,5%), do sexo masculino (70,3%) e que mantinha a relação próxima com a vítima na condição de cônjuge (18,7%); amigo (13,3%); ex-cônjuge (6,0%); namorado (2,4%) e ex-namorado (2,0%) (OPAS, 2012).

Para Silva (2008), no quesito relacionado ao conhecimento da mulher com o agressor, foi registrado que 54% eram conhecidos da vítima. Quando se pesquisou o tipo de parentesco confirmou que o marido/companheiro destacou-se com 44% dos casos de agressão à mulher. Esse percentual aumentou para 74% quando foram somados todos os casos de violência considerada conjugal.

Tabela 9 – Relação de parentesco, intimidade e arranjos familiares entre as mulheres em situação de violência e o(a) agressor(a). IML-RR, 2011.

Agressor	Letal (N= 4)	N (%)	Não-letal (N=612)	N (%)
Pai	-	-	5	0,8
Mãe	-	-	1	0,2
Filho	-	-	10	1,6
Filha	-	-	2	0,3
Irmão	-	-	26	4,2
Irmã	-	-	14	2,3
Padrasto	-	-	4	0,6
Enteado	-	-	1	0,2
Enteada	-	-	2	0,3
Outros parentes	1	25	51	8,3

Tabela 9 – Relação de parentesco, intimidade e arranjos familiares entre as mulheres em situação de violência e o(a) agressor(a). IML-RR, 2011. Continua.

Agressor	Letal (N= 4)	N (%)	Não-letal (N=612)	N (%)
Marido	2	50	242	39,5
Ex-marido	1	25	171	27,9
Namorado	-	-	26	4,2
Ex-namorado	-	-	25	4,1
Pai do filho(a)	-	-	9	1,5
Atual esposa/namorada do ex-marido/ex-namorado	-	-	7	1,1
Ex-esposa/ex-namorada do atual marido/namorado	-	-	14	2,3
Amante do marido	-	-	1	0,2
Companheira	-	-	1	0,2

Dos homicídios de mulheres adultas ocorridos em Roraima, em 2011, 57,1% foram provocados por violência doméstica ou familiar, tendo como agressores: sobrinho (25%), marido (50%) e ex-marido (25%) (Tabela 9). Ao considerarmos a população de mulheres com idade igual ou superior a 18 anos, em Roraima, Segundo Censo 2010 IBGE, obtem-se uma taxa de 4,9 homicídios em cada 100.000 mulheres e uma taxa de 2,8 homicídios por violência doméstica e familiar em cada 100.000 mulheres. Nossa taxa encontra-se acima da nacional que é de 4,4 homicídios para cada 100.000 mulheres. Entre os 84 países do mundo com dados a partir do sistema de estatísticas da OMS, o Brasil ocupa a 7ª colocação, como um dos países de elevados níveis de feminicídio.

Nesta pesquisa, a idade das mulheres foi igualmente proporcional dos 18 aos 55 anos. O que difere dos dados do Mapa da Violência no Brasil (2012) onde as maiores taxas de vitimização de mulheres concentra-se na faixa dos 15 aos 29 anos de idade, com preponderância para o intervalo de 20 a 29 anos, que é o que mais cresceu na década analisada. Por sua vez, nas idades acima dos 30 anos a tendência foi de queda (WAISELFISZ, 2012).

As armas de fogo continuam sendo o principal instrumento dos homicídios, tanto femininos quanto masculinos, no Brasil, só que em proporção diversa. Nos masculinos, representam quase 3/4 dos incidentes, enquanto nos femininos pouco menos da metade. Já outros meios além das armas, que exigem contato direto, como utilização de objetos cortantes, penetrantes, contundentes, sufocação etc., são mais expressivos quando se trata de violência contra a mulher, o que pode ser indicativo de maior incidência de violência passional. Os feminicídios geralmente

acontecem na esfera doméstica, em 68,8% dos atendimentos a mulheres vítimas de violência, a agressão aconteceu na residência da vítima (WAISELFISZ, 2012). Estas informações corroboram com nossos achados, em que todos os casos de violência doméstica seguida de morte foram produzidos por instrumentos corto-contundentes (arma branca).

Por ter um impacto significativo nos indivíduos, nas famílias, comunidades e na sociedade, a violência sexual por parceiro íntimo foi destacada em nosso estudo e utilizaremos os conceitos de Heise e Garcia-Moreno (2002); Jewkes, Sen e Garcia-Moreno (2002), abordados no referencial teórico desta pesquisa.

A tabela 10 apresenta a caracterização sócio-demográfica das mulheres que sofreram violência sexual ou mista (física e sexual), quando o agressor possui vínculo de parentesco ou arranjos familiares, caracterizando violência em âmbito doméstico e familiar. Todas são brasileiras, naturais de Roraima (60%) e do Maranhão (40%). 60% residiam em Boa Vista e 40% no interior do estado. Em 60% dos laudos não continham profissão das vítimas.

Dos 22 casos de violência sexual em mulheres adultas, combinada ou não com agressão física, ocorridos em Roraima, no ano de 2011, 22,7% foram praticadas por parceiro íntimo ou no âmbito familiar. As mulheres adultas mais jovens, entre 18 a 25 anos, foram as maiores vítimas (80%); a grande maioria considerada de cor parda; 60% relataram ser solteiras e declararam ser estudante (20%) e professora (20%).

Estudos populacionais de vários países indicam que 10-69% de mulheres na faixa etária de 15-49 anos sofrem abuso físico praticado pelo parceiro íntimo pelo menos uma vez em sua vida (HEISE, ELLSBERG e GOTTEMOELLER, 1999; HEISE e GARCIA-MORENO, 2002) enquanto 6-47% de mulheres relatam tentativa ou realização de sexo forçado praticada pelo parceiro íntimo ao longo de suas vidas (JEWKES, SEN e GARCIA-MORENO, 2002).

O estudo multipaíses da OMS sobre a saúde da mulher e a violência doméstica contra a mulher identificou que entre 6% e 59% das mulheres relataram sofrer violência sexual praticada pelo parceiro íntimo ao longo de suas vidas, com os valores para a maioria das localidades variando entre 10% e 50%. No Brasil, a pesquisa encontrou prevalência de 9,8% na cidade de São Paulo e 14,8% na Zona da Mata de Pernambuco. (GARCIA-MORENO et al., 2005).

Tabela 10 – Caracterização sócio-demográfica das mulheres adultas que sofreram violência sexual em ambiente doméstico ou familiar. IML-RR, 2011.

Características	Violência Sexual (N=5)	N(%)
Faixa etária (anos)		
18 a 25	4	80
26 a 35	-	-
36 a 45	-	-
46 a 55	1	20
acima de 56	-	-
Não consta	-	-
Etnia		
Branca	-	-
Negra	-	-
Parda	4	80
Amarelo de origem Oriental	-	-
Indígena ou de origem indígena	1	20
Não consta	-	-
Nacionalidade		
Brasileira	5	100
Estrangeira	-	-
Naturalidade		
RR	3	60
MA	2	40
Estado civil		
Solteira	3	60
Casada	-	-
Separada / Divorciada	-	-
Viúva	-	-
União Estável / Convivente	1	20
Não consta	1	20
Município de residência		
Boa Vista	3	60
Amajari	1	20
Caracaraí	1	20
Profissão		
Estudante	1	20
Professora	1	20
Não consta	3	60

A maioria das mulheres (80%) dirigiram-se às delegacias da capital após sofrerem violência sexual. 20% tiveram encaminhamento de exame, proveniente de delegacia do interior do estado (Tabela 11).

Nos casos de violência sexual, curiosamente, há um número maior de mulheres adultas que foram encaminhadas pelo NPCA – um departamento especializado no atendimento de crianças e adolescentes -, ao invés da DDM. Ouso conceber que é possível que essas mulheres já tenham recorrido a este Departamento em situações de violência anterior, quando crianças ou adolescentes, daí o grau de afinidade por este Núcleo, no momento da violência sexual (Tabela 11).

Tabela 11 – Frequencia das Instâncias de Origem dos encaminhamentos para exame de mulheres que sofreram violência sexual, em âmbito doméstico e familiar. IML-RR, 2011.

Delegacia de Origem	Violência Sexual (N=5)	N(%)
DDM	1	20
NPCA	2	40
Outras (capital)	1	20
DPs do interior	1	20

Dentre as violências de cunho sexual, em ambiente doméstico e familiar (05 casos), 60% delas também apresentam lesões físicas (violência mista). Das lesões provocadas, todas ocorreram por ação contundente; cabeça e pescoço, membros superiores e inferiores foram partes do corpo atingidas proporcionalmente iguais (33,3% cada) e 66,7% foram classificadas como lesões leves (Tabela 12).

No único caso registrado como lesão grave e gravíssima combinada, a vítima era indígena e houve incapacidade por mais de 30 dias, perigo de vida e perda/inutilização de membro, sentido ou função, perpetrada pelo pai.

Tabela 12 – Caracterização das lesões provocadas por violência mista (física e sexual), em mulheres adultas, em ambiente doméstico e familiar. IML-RR, 2011.

Características	Violência Mista (N=3)	N(%)
Agente traumatizante		
Contundente	3	100
Parte do corpo atingida		
Cabeça e pescoço	1	33,3
Tronco	-	-
Membros superiores	1	33,3
Membros inferiores	1	33,3
Natureza das lesões no vivo		
Leves	2	66,7
Graves e Gravíssimas	1	33,3
Incapacidade para ocupações habituais, por mais de 30 dias	1	33,3
Perigo de vida	1	33,3
Debilidade permanente de membro, sentido ou função	-	-
Aceleração do parto	-	-
Enfermidade incurável	-	-
Perda ou inutilização do membro, sentido ou função	1	33,3
Deformidade permanente	-	-
Aborto	-	-
Prejudicado	-	-

Entre os agressores, com relações de parentesco, intimidade ou de arranjos familiares, responsáveis pela violência sexual, foram citados ex-marido (40%); marido (20%); seguido de irmão e pai, ambos com 20 % do total das violências de cunho sexual praticadas (Tabela 13). Em todos os casos de violência sexual por parceiro ou ex-parceiro íntimo, houve violência física combinada.

Tabela 13 – Relação de parentesco, intimidade e arranjos familiares entre as mulheres que sofreram violência sexual e o agressor. IML-RR, 2011.

Agressor	Violência Sexual (N=5)	N(%)
Pai	1	20
Irmão	1	20
Marido	1	20
Ex-marido	2	40

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os estudos sobre violência contra as mulheres no Brasil têm feito importantes contribuições empíricas e teóricas para a visibilidade e a compreensão desse fenômeno. Os mapeamentos das queixas, os debates sobre a posição da “vítima” e as investigações sobre os sistemas policial e judiciário têm-nos revelado que a violência contra as mulheres é um sério problema na sociedade brasileira, merecendo a atenção, não apenas das Ciências Sociais, como também dos poderes públicos.

Faz-se necessário compreender melhor não apenas o papel das mulheres nas relações de violência, como também o papel exercido pelos homens, já que ambos participam na produção dos papéis sociais que legitimam a violência (IZUMINO, 2003).

A violência praticada pelo parceiro íntimo prejudica a saúde física e mental das mulheres e suas crianças – mulheres que sofreram violência praticada pelo parceiro íntimo são mais propensas a apresentar um quadro precário ou muito precário de saúde, de sofrimento emocional e de tentativas de suicídio; e suas crianças tendem a ter desfechos em saúde e educacionais mais precários (OMS, 2012).

As crianças que crescem em famílias nas quais existe violência pelo parceiro íntimo sofrem uma série de distúrbios comportamentais e emocionais que podem estar associadas à perpetração ou à vivência de violência mais tarde na vida, fortalecendo a problemática como um problema de Saúde Pública.

No ano seguinte à promulgação da Lei Maria da Penha, em setembro de 2006, tanto o número quanto as taxas de homicídio de mulheres apresentou uma visível queda. Contudo, a partir de 2008 a espiral de violência retoma os patamares anteriores, indicando claramente que nossas políticas ainda são insuficientes para reverter a situação (WAISELFISZ, 2011, 2012).

A elaboração de estratégias mais efetivas de prevenção e redução dessa violência contra a mulher vai depender da disponibilidade de dados confiáveis e válidos das condições e circunstâncias de produção dessas agressões. Por isso, ressalta-se a importância de novas pesquisas a fim de subsidiar às diversas organizações que enfrentam esse problema.

Neste estudo foi possível concluir que, quando consideramos apenas os

casos que tiveram seus agressores relatados, 76% são de violência doméstica e familiar (74,9% de violência física, 0,6% de violência sexual e 0,5% de homicídios). Essa violência atinge todas as esferas da sociedade, com destaque às mulheres que se declararam do lar (32,6%) e as solteiras (59,1%).

Das agressões físicas, 92,1% provocaram lesões de natureza leve, de acordo com as definições do Código Penal Brasileiro.

Dentre os casos de violência doméstica e familiar, ressalta-se que 76% foram praticados por agressores que mantêm ou mantinham relações afetivas com a vítima e que destas, 44% eram marido, namorado ou companheira.

Ainda que se apresente baixa a prevalência de violência sexual no âmbito doméstico e familiar, nas mulheres adultas, é forçoso conceber que a violência sexual na família é uma violação ao direito a uma convivência familiar protetora. É consenso nos fóruns internacionais que a eliminação da violência sexual deve ocorrer em diferentes frentes e eixos metodológicos, ou seja, através de ações articuladas de prevenção, de atenção, de responsabilização e de defesa de direitos (BRASIL, 2003a).

Diante da contextualização da Confederação Nacional das Trabalhadoras em Educação (2004), que caracteriza a violência doméstica quando a ofensa ou agressão é cometida por ascendente, descendente, irmão, cônjuge, companheira ou companheiro com o qual a mulher conviva ou tenha convivido, é relevante organizar ações que visam a eliminar a violência de gênero implica esboçar outros modos de conceber a família.

Por experiência pessoal, no ambiente de trabalho policial, percebo que além de profissionais capacitados, há necessidade de uma qualificação nos registros de atendimento às vítimas de crimes sexuais, para que pudéssemos obter uma base comum de indicadores de violência sexual, com maiores chances de refletir a realidade. O conhecimento dos autos e fatos ocorridos é fundamental para a organização de um laudo médico ou odontológico. Uma das partes a ser preenchida é o *Histórico*, na qual se conduz o periciando a relatar tudo que possa ser útil à perícia; estabelece-se um clima de confiança, sem no entanto, aparentar intimidade; acrescenta-se algo ao que está nos autos; ratifica ou retifica-se os pontos fundamentais à perícia e descreve-se, exatamente, o relato do periciando, sem comprometimento do perito. Embora seja parte integrante e obrigatória do laudo, encontramos, neste estudo, um alto percentual de laudos que não continham

informações sobre o agressor (25,3%) e da relato dos fatos ocorridos que levaram à violência. Diante deste fato, nos vale questionar se há falta de interesse por parte de alguns peritos, quando se trata de violência contra a mulher; uma desvalorização para o preenchimento correto dos dados ou, até mesmo, falta de capacitação desses profissionais, no enfrentamento desta problemática.

Outro fato preocupante elencado nesta pesquisa, revela a falsa violência inócua nos demais municípios do estado, fora da capital. Demonstra, claramente, que todo um conjunto deve ser analisado, desvendado os motivos estruturais, dos pontos de vista nodais, como também captar subsídios para a implantação e implementação de medidas efetivas ao combate da violência contra a mulher, dentro dos moldes propostos na Rede de Atendimento a essas mulheres.

É impossível examinar o fenômeno da violência sexual sem contextualizar e compreender categorias como violência, classe social, gênero, raça/etnia, sociedade civil, direitos humanos e cidadania, inseridas em uma perspectiva sócio-histórica e interdisciplinar. Entender os contornos que a violência sexual assume no mundo globalizado atual, particularmente no Brasil, país com uma diversidade sociocultural e geográfica tão preponderante, é fundamental para que se conheça os mecanismos que produzem e reproduzem esta rede de violência, de natureza estrutural, e se contribua para aperfeiçoar o debate e a prática, voltados ao enfrentamento e erradicação deste fenômeno.

É preciso incrementar a discussão sobre as relações de gênero nas Políticas Públicas e na ação dos movimentos sociais e discutir gênero no Brasil. As relações sociais desequilibradas entre homens e mulheres não são facilmente entendidas, e principalmente digeridas, por uma sociedade ainda desacostumada a reconhecer direitos iguais quando é recortada pelo enfoque de gênero.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR, K. S. **"Quando é da família, é melhor!"**: família e casamento entre cearenses em Santarém – Pará. 2009. 100p. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Pará, Belém, 2009.

AMORIM, M. S. Cidadania e jurisdição de direitos nos Juizados Especiais Criminais. In: M. S. Amorim, R. Kant de Lima e M. B. Burgos (Orgs.), **Juizados Especiais Criminais, sistema judicial e sociedade no Brasil**: ensaios interdisciplinares. Niterói, Intertexto, p. 205-229, 2003.

ÂNGULO-TUESTA, A. J. **Gênero e violência no âmbito doméstico: a perspectiva dos profissionais de saúde**. 1997. 142p. Dissertação (Mestrado em Ciências na Área de Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1997.

ANDRADE, S. M.; MELLO JORGE, M. H. P. **Acidentes de transporte terrestre em município da Região Sul do Brasil**. Revista de Saúde Pública, [S.l.], v. 35, p. 318-320, 2001.

ARAÚJO, M. F. **Gênero e violência contra a mulher**: o perigoso jogo do poder e dominação. Revista Psicologia para America Latina, São Paulo, v. 14, 2008.

ARAÚJO, M. M. B. **Abuso e Exploração Sexual Infanto-juvenil Feminina e as Respostas do Poder Público e da Sociedade Civil em João Pessoa**. 2006. 391p. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

ARAÚJO, M. F.; MARTINS, E. J. S.; SANTOS, A. L. Violência de gênero e violência contra a mulher. In: ARAÚJO, M.F; MATTIOLI, O. (Org.). **Gênero e Violência**. São Paulo: Arte & Ciência, 2004. p. 17-35.

AZEVEDO, M. A. **Mulheres espancadas**: a violência denunciada. São Paulo, Cortez, 1985.

AZEVEDO, M. A.; GUERRA, V. N. de A. **Infância e violência fatal em família**. São Paulo: Iglu, 1998. 104p.

BALLENGER, J.C. **Remission rates in patients with anxiety disorders treated with paroxetine**. Journal Clinical Psychiatry, v. 65, p. 1697-1707, 2004.

BARBOSA, H. S. Avaliação qualitativa de um programa de assistência à saúde de gestantes HIV+: a dialética da reprodução e da resistência de profissionais de saúde às ideologia médica e de gênero. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. (Org.). **Avaliação Qualitativa de Programas de Saúde Enfoques Emergentes**. Petrópolis: Vozes, 2006. p. 87-117.

BARSTED, L. L. **Uma vida sem violência é um direito nosso**: propostas de ação contra a violência intrafamiliar no Brasil. Comitê Interagencial de Gênero. Comitê Interagencial de Comunicação-ONU. Secretaria Nacional dos Direitos Humanos. Ministério da Justiça, 1998.

BARLOW, D. H. **Manual clínico dos transtornos psicológicos**. Trad. Maria Regina Borges Osório. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 1999.

BERALDO DE OLIVEIRA, M. **Crime invisível**: a mudança de significados da violência de gênero no Juizado Especial Criminal. 2006. 101p. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) - Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade de Campinas, Campinas, 2006.

BESSE, S. K. **Modernizando a desigualdade**. São Paulo, Edusp, 1999.

BLAY, E. A. **Violência contra a mulher e Políticas Públicas**. Estudos Avançados, v. 17, n. 49, p. 87-98, 2003.

BLAY, E. A. **A violência de gênero no âmbito familiar e suas repercussões na relação de trabalho** [on line]. 2005. Disponível em: <http://www.prt18.mtp.gov.br/eventos/2005/mulher/anais/artigos/a04-EABlay.pdf>. Acesso em 30 de junho de 2012.

BRASIL. Decreto-lei n. 2.848, de 07 de dezembro de 1940. Dispõe sobre o Código Penal Brasileiro. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 07 dez. 1940.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Organização do texto: Juarez de Oliveira. 4.ed. São Paulo: Saraiva, 1990. 168 p. (Série Legislação Brasileira).

BRASIL. Lei n. 8.069, de 13 de julho de 2003. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 16 jul. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço**. Cadernos de Atenção Básica, n. 8. Brasília, DF, 2001.

BRASIL. Secretaria Especial de Direitos Humanos. **O abuso sexual contra crianças e adolescentes: os (des) caminhos da denúncia**. Brasília, DF, 2003.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Impacto da Violência na Saúde dos Brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 340 p.

BRASIL. Lei n. 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 08 ago. 2006.

BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Justiça. **Política Nacional de Enfrentamento ao Tráfico de Seres Humanos**. Brasília, 2007. 90p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Viva : vigilância de violências e acidentes, 2006 e 2007**. Brasília: SVS, 2008. 142 p.

BRASIL. Lei n. 12.015, de 7 de agosto de 2009. Altera o Título VI da Parte Especial do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal, e o art. 1º da Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990, que dispõe sobre os crimes hediondos, nos termos do inciso XLIII do art. 5º da Constituição Federal e revoga a Lei nº 2.252, de 1º de julho de 1954, que trata de corrupção de menores. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 08 ago. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Viva : vigilância de violências e acidentes, 2008 e 2009**. Brasília: SVS, 2010. 138 p.

BRASIL. Secretaria Nacional de Políticas para as Mulheres. **Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres**. Brasília: SPM, 2011. 46p.

BRUMER, A. **O Gênero, família e globalização**. Sociologias, Porto Alegre, ano 11, n. 21, p. 14-23, jan./jun. 2009.

BRUSCHI, A.; DE PAULA, C. S.; BORDIN, I. A. **Prevalência e procura de ajuda na violência conjugal física ao longo da vida**. Rev Saude Publica; v. 40, n. 2, p. 256-64, 2006.

CABRAL, M. A. A.; BRANCALHONE, P. G. **Representações da violência conjugal de 117 mulheres de Campinas-Brasil**. J. Bras. Psiquiatria. v. 49, n. 8, p. 277-85, ago. 2000. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online>>. Acesso em: 20 de agosto de 2012.

CAMPOS, A. H. Violência institucional de gênero e a novel ordem normativa: inovações processuais na Lei Maria da Penha. In: LIMA, Fausto R.; SANTOS, Claudiene (Coords.). **Violência doméstica: vulnerabilidades e desafios na intervenção criminal e multidisciplinar**. 2. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2010.

CARNEIRO, A. A.; FRAGA, C. K. **A Lei Maria da Penha e a proteção legal à mulher vítima em São Borja no Rio Grande do Sul: Da violência denunciada à violência silenciada**. Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 110, p. 369-397, abr./jun. 2012.

CAVALCANTE, L. F. et al. **Representações sociais de profissionais de saúde sobre violência sexual contra a mulher: estudo em três maternidades públicas municipais do Rio de Janeiro**. Cad. Saúde pública. v. 22, n. 1, p. 31-39, 2006. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online>>. Acesso em: 21 janeiro de 2013.

CELLARD, A. A análise documental. In: POUPART, J. et al. **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Petrópolis, Vozes, 2008.

CHAUI, M. S. **Participação do debate sobre a mulher e violência**. Perspectivas Antropológicas da Mulher, Rio de Janeiro, n. 4, p.25-62, 1985.

CORDEIRO, F. **Negociando Significados: Coerção sexual em narrativas de jovens brasileiros**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

CORRÊA, L. R. A necessidade da intervenção estatal nos casos de violência doméstica e familiar contra a mulher. In: LIMA, F. R.; SANTOS, C. (Coords.). **Violência doméstica: vulnerabilidades e desafios na intervenção criminal e multidisciplinar**. 2. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2010.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DAS TRABALHADORAS EM EDUCAÇÃO. **A emancipação da mulher**. Revista Matria. Brasília, DF, mar. 2004.

COUTO, M. T.; SCHRAIBER, L. B.. Homens, Saúde e Violência: novas questões de gênero no campo da saúde coletiva. In: MINAYO, M. C. de S., JUNIOR, C. E. A. (Org.). Coimbra. **Críticas e Atenuantes Ciências Sociais e Humanas em Saúde na América Latina**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 687-706.

D'OLIVEIRA, A. F.; SCHRAIBER, L. B. **Violência de gênero como uma questão de saúde**: a importância da formação de profissionais. Jornal da Rede Saúde, n.19, p. 3-4, 1999.

D'OLIVEIRA, A. F.; SCHRAIBER, L. B. **Violência Contra a Mulher**: a pesquisa e a intervenção. Revista Promoção da Saúde, v.6, p. 80-83, 2002.

DAY V.P.; TELLES L. E. B.; ZORATTO P. H.; AZAMBUJA, M. R. F. ; MACHADO, M. B. da S.; DEBIAGGI, M.; REIS, M. G.; CARDOSO, R. G.; BLANK, P. **Violência doméstica e suas diferentes manifestações**. Rev. Psiquiátrica Rio Grande do Sul, v. 25, sup. 1, p. 9-21, 2003.

DEBERT, G. G.; BERALDO DE OLIVEIRA, M. **Os modelos conciliatórios de solução de conflitos e a violência doméstica**. Cadernos Pagu; v. 29, p. 305-338, 2007.

DEBERT, G. G. et al. **Gênero e distribuição da Justiça**: as Delegacias de Defesa da Mulher e a construção das diferenças. Campinas, SP, Núcleo de Estudos de Gênero – Pagu (col. Encontros), 2006.

DEBERT, G. G.; GREGORI, M. F. **Violência e Gênero**: novas propostas, velhos dilemas. Revista Brasileira de Ciências Sociais, v. 23, n. 66, p. 165-211, 2008.

DESLANDES, S. F.; GOMES, R.; SILVA, C. M. F. P. **Caracterização dos casos de violência doméstica contra a mulher atendidos em dois hospitais públicos do Rio de Janeiro**. Cad Saúde Pública, v. 16, n. 1, p.129 –137, 2000.

DREZETT, J. **Estudo de fatores relacionados com a violência sexual contra crianças, adolescentes e mulheres adultas**. 2000. 341 p. Tese (Doutorado) – Centro de Referência da Saúde da Mulher e de Nutrição, Alimentação e Desenvolvimento Infantil. São Paulo, 2000.

DREZETT, J. Profilaxia pós-infecciosa de mulheres estupradas. In: **Conferência Internacional sobre Infecção pelo HIV em mulheres e crianças**. Livro de Resumos. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro e Institute of Virology of Maryland, 2002. p. 20-22.

DREZETT, J. **Violência sexual contra a mulher e impacto sobre a saúde sexual e reprodutiva**. Rev. Psicologia UNESP, v. 2, n. 1, p. 36-50, 2003.

DREZETT, J.; CABALLERO, M.; JULIANO, Y.; PRIETO, E.T.; MARQUES, J.A.; FERNANDES, C.E. **Estudo de mecanismos e fatores relacionados com o abuso sexual em crianças e adolescentes do sexo feminino**. J Pediatr, v. 5, n. 77, p. 413-419, 2001.

DREZETT, J.; DEL POZO, E. **El rol de los servicios de salud en la atención a mujeres víctimas de violencia sexual**. Ipas Bolivia, La Paz, p.1-15, 2002.

FALEIROS, E. T. S. **Repensando os conceitos de violência, abuso e exploração sexual de crianças e adolescentes**. Brasília: Thesaurus, 2000.

FAÚNDES, A.; ANDALAF NETO, J. A.; FREITAS, F.; DREZETT, J.; PINTO E SILVA, J.; MELLO, J.; BEDONE, A. J. **III Fórum interprofissional para a implementação do atendimento ao aborto previsto por lei**. Femina, n. 27, p. 317-321, 1999.

FEMENÍAS, M. L.; ROSSI, P. S. **Poder y violencia sobre el cuerpo de las mujeres**. Sociologias, Porto Alegre, ano 11, n. 21, p. 42-65, jan./jun. 2009.

FONSECA, C. **Família, Fofoca e Honra: Etnografia de Relações de Gênero e Violência em Grupos Populares**, Porto Alegre, UFRGS, 2.^a ed., 2003.

FUNDAÇÃO DE AMPARO A PESQUISA DO ESTADO DE SÃO PAULO - FAPESP. **Notícias Fapesp**. São Paulo, n. 39, jan./fev. 1999.

FUNDAÇÃO DE AMPARO A PESQUISA DO ESTADO DE SÃO PAULO - FAPESP. **Tempos de cólera no amor**. São Paulo, n. 188, p. 90-93, out. 2011.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. **A Mulher Brasileira nos Espaços Público e Privado: como vivem e o que pensam as brasileiras no início de século XXI**. Brasília, 2002.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. **A Mulher Brasileira nos Espaços Público e Privado**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo; 2004.

GAGE, A. J. **Women's experience of intimate partner violence in Haiti**. Soc Sci Med, v. 61, n. 2, p. 343–64, 2005.

GALVÃO, L.. Saúde sexual e reprodutiva, saúde da mulher e saúde materna: a evolução dos conceitos no mundo e no Brasil. In: GALVÃO, L. e DIAZ, J. **Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil**. São Paulo: Hucitec, Population Council, 1999. p. 234-298.

GALVÃO, E. F.; ANDRADE, S. M. **Violência contra a mulher**: análise de casos atendidos em service de atenção à mulher, em município do Brasil. Saúde e Sociedade, p. 89-99, 2002.

GARBIN, C. A. S. et al. **Violência doméstica**: análise das lesões em mulheres. Cad Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 22, n.12, 2006. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/scielophp/script=sciarttex&pid=S0102311X2006001200007&lng=pt&nrm=iso>>. Acesso em: 15 fevereiro de 2013.

GARCIA-MORENO, C.; JANSEN, H. A.; ELLSBERG, M.; WATTS, C. H. **WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women**: initial results on prevalence, health outcomes and women's response. Geneva: World Health Organization; 2005.

GIFFIN, K.. **Violência de gênero, sexualidade e saúde**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 10, sup.1, p. 146-155, 1994.

GOMES, L. F.; SOUSA, A. M. F.. **Estupro e atentado violento ao pudor**: crime único ou concurso de crimes? Disponível em: < <http://www.lfg.com.br>>. Acesso em: 06 mar. 2012

GRECO, R. **Curso direito penal**: parte especial, crimes contra a pessoa. 5 ed. Niterói: Impetus, 2008.

GREENBERG, P.E. et al. **The economic burden of anxiety disorders in the 1990's**. J Clin Psychiatry. v. 60, p. 427-435, 1999.

GREGORI, M. F. **Cenas e queixas**: um estudo sobre mulheres, relações violentas e a prática feminista. São Paulo, Paz e Terra/Anpocs, 1993.

GROSSI, M. **O significado da violência nas relações de gênero no Brasil.** Sexualid. Gênero e Saúde, v. 2, n. 4, 1995.

GROSSI, M.P. Rimando amor e dor: reflexões sobre a violência no vínculo afetivo conjugal. In: PEDRO, J. e GROSSI, M.P. (Org.), **Masculino, feminino, plural.** Florianópolis: Ed. Mulheres, 1998.

HASSMER, W.; MUNÓZ CONDE, F. **Introducción a la criminología.** Valencia: Tirant lo Blanch, 2001.

HEISE, L.; PITANGUY, J.; GERMAIN, A.. **Violencia Contra la Mujer: La Carga Oculta sobre la Salud.** OPAS/OMS, Washington, 1994.

HEISE L, ELLSBERG M, GOTTEMOELLER M. **Ending violence against women.** Popul Rep L, v. 27, p. 1-43, 1999.

HEYSE, L.; GARCIA-MORENO, C. Violence by intimate partners. In: Krug E. G. et al., (Org.). **World report on violence and health.** Geneva, World Health Organization, p. 87–121, 2002.

HIRATA, H. **A Precarização e a Divisão Internacional e Sexual do Trabalho.** Sociologias, Porto Alegre, ano 11, n.21, jan./jun., p. 24-41, 2009.

HITA, M. G. Pobreza, composición familiar e inclusión social: arreglo matriarcal en un Brasil negro. In: ARGUELLES, M.C.Z. (org.), **Pobreza, Exclusión Social y Discriminación Étnico-Racial en América Latina y el Caribe.** Bogotá, Siglo del Hombre Editores / Clacso, 157-179, 2008.

HYNES M, ROBERTSON K, WARD J, CROUSE C. **A determination of the prevalence of gender-based violence among conflict-affected populations in East Timor.** Disasters. v. 28, n. 3, p. 294-321, 2004.

IBGE. **Síntese de indicadores sociais:** Uma análise das condições de vida da população brasileira, 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicsoais2010/SIS_2010.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE PESQUISA IBOPE. **Pesquisa Instituto Avon/IBOPE revela o que o brasileiro pensa sobre a violência doméstica.** 2009. Disponível em: <<http://www.ibope.com.br/calandraWeb/servlet/CalandraRedirect?temp=5&proj=PortallBOPE&pub=T&db=caldb&comp=Not%EDcias&docid=D7729580E3B30044832575A20052BAEC>>. Acesso em: 29 jan. 2013.

IZUMINO, W. P. **Justiça para todos:** os Juizados Especiais Criminais e a violência de gênero. São Paulo, tese de doutorado, Departamento de Sociologia da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da USP, 2003.

JEWKES, R.; SEN, P.; GARCIA-MORENO, C. Sexual violence. In: Krug, E. G. et al. (Org.) **World report on violence and health.** Geneva, World Health Organization, p. 149–181, 2002.

KRONBAUER, J. F. D; MENEGHEL, S. N. **Perfil da violência de gênero perpetrada por companheiro.** Rev. Saúde pública. v. 39, n.5, p. 695-701, out. 2005.

LAMOGLIA, C. V. A. **Violência de gênero:** poder e cultura na subordinação feminina: 1997 a 2001. Dissertação de Mestrado. Fundação Osvaldo Cruz - Instituto Fernandes Figueiras, Rio de Janeiro, 2004.

LEAL, M. L. P.; LEAL, M. F. **Pesquisa sobre Tráfico de Mulheres, Crianças e Adolescentes para Fins de exploração Sexual Comercial.** Brasília: CECRIA, 2002.

LEAL, M. P. (Org.). **Tráfico de Pessoas e Violência Sexual.** 1ª ed. Brasília: Leal Produções & Publicações, 2007. 274 p.

LIMA, Y. Crimes sexuais representam 60% dos casos. **Folha de Boa Vista,** Boa Vista, 08 jul. 2011. Disponível em: <<http://www.folhabv.com.br/noticia.php?id=112046>>. Acesso em: 03 jan. 2012.

MASSUNO, E. **Delegacia de Defesa da Mulher:** uma resposta à violência de gênero. Em BLAY, Eva A. Igualdade de oportunidades para as mulheres. São Paulo, Humanitas, 2002.

McCALLUM, C.; BUSTAMANTE, V. **Parentesco, gênero e individuação no cotidiano da casa em um bairro popular de Salvador da Bahia.** Etnográfica, v. 16, n. 2, p. 221-246, jun 2012.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** São Paulo: Editora Hucitec/abrasco, 1993.

MINAYO, M. C. S. **A violência social sob a perspectiva da Saúde Pública.** Cad. Saúde Pública, v. 10 sup 1, p. 07-18, 1994.

MINAYO, M.C.S. **Representações sociais de saúde sobre violência sexual contra a mulher: estudo em três maternidades públicas municipais do Rio de Janeiro, Brasil.** 2006a. Disponível em: <<http://br.monografias.com/trabalhos2/representações-sociais-profissionais/representações-sociais-profissio...>>. Acesso em 24 de jul. 2012.

MINAYO, M. C. S. **A violência faz mal a saúde individual e coletiva.** 2006b. Disponível em: <www.ensp.fiocruz.br/forumviolencia/arquivos/arq.14.pdf>. Acesso em: 9 de ago. 2012.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. (Org.). **Violência sob o olhar da saúde: a infra-política da contemporaneidade brasileira.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. In: MINAYO, M. C. S. **Violência e Saúde.** 1ª ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. 132 p.

MIRANDA, M. P. M.; DE PAULA, C. S.; BORDIN, I. A. **Violencia Conjugal Física contra a mulher na vida: prevalência e impacto imediato na saúde, trabalho e família.** Revista Panamericana Salud Publica, v.27, n.4, p. 300-308, 2010.

MONTEIRO, C. F. S. **Marcas no corpo e na alma de mulheres que vivenciaram a violência conjugal: uma compreensão pela enfermagem.** 2005. 150 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Ana Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

NJAINE K. et al (Org.). **Impactos da violência na saúde.** 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP/EAD, 2009.

OBSERVE. **Observatório Lei Maria da Penha.** Aspectos fundamentais da lei. Disponível em: http://www.observe.ufba.br/lei_aspectos. Acesso em: 20 janeiro 2013.

OKEMGBO, C. N.; OMIDEYI, A. K.; ODIMEGWU, C. O. **Prevalence, patterns and correlates of domestic violence in selected Igbo communities of Imo State, Nigeria.** Afr J Reprod Health, v. 6, n. 2, p. 101–14, 2002.

OLIVEIRA, M. M. **Como fazer pesquisa qualitativa**. Petrópolis: Vozes, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório Mundial sobre Violência e Saúde**. Genebra, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenção da violência sexual e da violência pelo parceiro íntimo contra a mulher: ação e produção de evidência**. Organização Pan-Americana da Saúde, 94p. 2012.

OUTEIRAL, J. **Meros ensaios: escritos psicanalíticos**. Rio de Janeiro: Revinter, 1999.

PARISH WL, WANG T, BEIJING EO, LAUMANN SP, LUO Y. **Intimate partner violence in China: national prevalence, risk factors and associated health problems**. International Family Planning Perspectives, v. 30, n. 4, p. 174-181, 2004.

PEIXOTO, C. E. P.; SINGLY, F.; CICCHELLI, V. **Família e Individualização**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2000.

RABELLO, P. M. et al. **Violência contra a mulher em João Pessoa-Paraíba_Brasil**. Rev. Bras. Ciênc. Saúde. v. 10, n. 1, 2006. Disponível em: <<http://www.bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online>>. Acesso em: 22 de julho 2012.

RADIO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Uma em cada três mulheres no mundo é vítima de abuso e violência - 2010**. Disponível em: <<http://www.unmultimedia.org/radio/portuguese/detail/188132.html>>. Acesso em: 10 abr. 2012.

REICHENHEIM, M. E.; MORAES, C. L.; SZKLO, A.; HASSELMANN, M. H.; SOUZA, E. R.; LOZANA, J. A.; FIGUEIREDO, V. **The magnitude of intimate partner violence in Brazil: portraits from 15 capital cities and the Federal District**. Cad. Saúde Pública; v. 22, n. 2, p. 425-437, 2006.

RICHARDSON, J.; CIOD, J.; PETRUCKEVITCH, A.; CHUNG, W. S.; MOOREY, S.; FEDER, G. **Identifying domestic violence: cross sectional study in primary care**. BMJ, p. 324 – 374, 2002.

ROCHA, L. M. L. N. **Casas abrigo: no enfrentamento da violência de gênero**. São Paulo: Veras Editora, 2007.

RODRÍGUEZ, J. C. R.; GUERRA, M. C. P. **Algunos aspectos sobre la magnitud y trascendencia de la violencia doméstica contra la mujer: un estudio piloto.** Salud mental, v. 20, n. 2, p. 5 – 16, 1997.

ROUDINESCO, E. **As novas formas de organização familiar: um olhar histórico e psicanalítico.** A família em desordem. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2003, 199p.

RUFINO, A. **Violência contra a mulher: um novo olhar.** São Paulo: Casa de Cultura da Mulher Negra, 2001.

SÁ-SILVA, J. R.; ALMEIDA, C. D. D. de; GUINDANI, J. F. **Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas.** Rev Bras História & Ciências Sociais, n. 1, p. 1-30, jul. 2009.

SAFFIOTI, H.I.B. **O Poder do macho.** São Paulo: Moderna, 1987.

SAFFIOTI, H. I. B. No fio da navalha: violência contra crianças e adolescentes no Brasil atual. In: Felícia Reicher Madeira (org.), **Quem mandou nascer mulher? Estudos sobre crianças e adolescentes pobres no Brasil.** Rio de Janeiro, Editora Rosa dos Tempos/Unicef, 1997.

SAFFIOTI, H. I. B. Violência doméstica: questão de polícia e da sociedade. In: M. Corrêa (Org.), **Gênero e cidadania**, Campinas, Núcleo de Estudos de Gênero – Pagu (col. Encontros), 2001.

SAFFIOTI, H. I.B. **Contribuições Feministas para o estudo da violência de gênero.** Labrys, Estudos Feministas, n. 1-2, jul/dez 2002.

SAFFIOTI, H.I.B. **Gênero, patriarcado, violência.** São Paulo. Editora Fundação Perseu Abramo, p. 69-80, 2004 (Coleção Brasil Urgente).

SAFFIOTI, H.I.B; ALMEIDA, S.S. **Violência de gênero: poder e impotência.** Rio de Janeiro: Revinter, 1995. 218p.

SANTOS, C. M. Cidadania de gênero contraditória: queixas, crimes e direitos na Delegacia da Mulher de São Paulo. In: A. do Amaral Júnior e C. Perrone-Moisés (Orgs.). **O cinquentenário da Declaração Universal dos Direitos do Homem**, São Paulo, Edusp, 1999.

SANTOS, C.M.; IZUMINO, W.P. **Violência contra as mulheres e Violência de Gênero**: notas sobre estudos feministas no Brasil. Estudos Interdisciplinares de América Latina y El Caribe. Universidade de Tel Aviv, 2005.

SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F.; JUNIOR, I. F.; PINHO, A. A. **Violência contra a mulher**: Estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. Rev Saúde Pública, v. 36, n. 4, p. 470-477, 2002.

SCHRAIBER, L.B.; D'OLIVEIRA, A.F.L.; França-Junior, I.; DINIZ, S.; PORTELLA, A.P.; LUDERMIR, A.B.; VALENÇA, O.; COUTO, M.T. **Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil**. Rev Saúde Pública; v. 41, n. 5, p. 797-807, 2007.

SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. L.; COUTO, M. T. **Violência e saúde**: contribuições teóricas, metodológicas e éticas de estudos da violência contra a mulher. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 25 sup 2, p. 205-16, 2009.

SEGALEN, M. **Sociologia da Família**. Lisboa: Terramar, p. 21-36,1999.

SILVA, I. V. **Violência contra mulheres**: a experiência de usuárias de um serviço de urgência e emergência de Salvador, Bahia, Brasil. Cad. Saúde Pública; v.19, n. 2, p. 5263 - 5272, 2003.

SILVA, M.F.P. **As Formas de violência contra a mulher no município de Timon-MA**. 2008. 64p. Dissertação (Mestrado em Saúde Materno-Infantil) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Materno-Infantil, Universidade Federal do Maranhão, São Luis, 2008.

SILVEIRA, L. P. Serviços de Atendimento a mulheres vítimas de violência. In: DINIZ, Simone, SILVEIRA, Lenira e MIRIM, Liz (org.). **Vinte e cinco anos de respostas brasileiras em violência contra a mulher (1980-2005) – alcances e limites**. São Paulo: Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, 2006.

SINGLY, F. **Sociologia da Família Contemporânea**. Rio de Janeiro: FGV, 2007, p. 21.

SOUZA, J. L. C.; BRITO D. C.; BARP W. J. **Violência doméstica**: reflexos das ordenações filipinas na cultura das relações conjugais no Brasil. 2009. 98 p.

SQUIZZATTO, A.. **Violência Sexual – Caracterização dos registros realizados em 2004 pela Coordenadoria Geral de Medicina Legal de Cuiabá – MT.** 2004. 51p. Monografia (Especialização em Saúde Mental) – Faculdade de Enfermagem, Universidade de Mato Grosso, Cuiabá, 2004.

TAQUETTE, S.R. **Mulher Adolescente / Jovem em Situação de Violência.** (Org.) Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2007.

TAVARES, D. M. C.. **Violência doméstica: uma questão de Saúde Pública.** 2000. 217p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

TELES, M. A. de A.; MELO, M. de. **O que é violência contra a mulher.** São Paulo: Brasiliense, 2003.

VELZEBOER, M.. **Violence Against Women: The Health Sector Responds.** Washington, D. C. : PAHO, 2003

VIZCARRA MB, CORTÉS J, BUSTOS L, ALARCÓN M, MUÑOZ S. **Violencia conyugal en la ciudad de Temuco:** un estudio de prevalencia y factores asociados. Rev Méd Chile; v. 129, n. 12, p. 1405-12, 2001.

WASELFISZ, J. J.. **Mapa da Violência dos Municípios Brasileiros – 2008.** 1ª ed. Brasília: Rede de Informação Tecnológica Latino-Americana (RITLA), Instituto Sangari, Ministério da Saúde, Ministério da Justiça, 2008. 111p.

WASELFISZ, J. J.. **Mapa da Violência 2011.** Os Jovens do Brasil. Caderno Complementar 2: Homicídios de Mulheres no Brasil. 1ª ed. Brasília, Ministério da Justiça, Instituto Sangari, 2011. 07p.

WASELFISZ, J. J.. **Mapa da Violência 2012.** Os novos padrões da violência homicida no Brasil. 1. ed. Brasília, Instituto Sangari, 2012. 243p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Putting women's safety first:** ethical and safety recommendations for research on domestic violence against women. Geneva: World Health Organization; 2001.

ANEXO 1



UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA
CENTRO DE EDUCAÇÃO – CEDUC / PROCISA

INSTRUMENTO DE PESQUISA DE COLETA DE DADOS IML/RR

1. Tipo de exame					
<input type="checkbox"/> Letal		<input type="checkbox"/> Não-letal			
2. Origem					
<input type="checkbox"/> DDM	<input type="checkbox"/> NPCA	<input type="checkbox"/> DAT	<input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> QUAIS		
3. Data do exame:			Hora do exame:		
4. Dados de identificação da vítima					
4.1. Idade					
<input type="checkbox"/> até 6 anos	<input type="checkbox"/> 7-11 anos	<input type="checkbox"/> 12-17 anos	<input type="checkbox"/> 18-25 anos	<input type="checkbox"/> 26-35 anos	
<input type="checkbox"/> 36-45 anos	<input type="checkbox"/> 46-55 anos	<input type="checkbox"/> 56-65 anos ou mais		<input type="checkbox"/> Não Consta	
4.2 Gênero					
<input type="checkbox"/> Masculino		<input type="checkbox"/> Feminino			
4.3 Estado Civil					
<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado	<input type="checkbox"/> Separado	<input type="checkbox"/> Viúvo		
<input type="checkbox"/> Outros / UNIAO ESTÁVEL / CONVIVENTE			<input type="checkbox"/> Não consta		
4.4 Nacionalidade					
<input type="checkbox"/> Brasileira		<input type="checkbox"/> Estrangeira:			
4.5 Naturalidade ESTADO					
1- RR	6- BA	11- MA	16- PB	21- RN	26- SE
2- AC	7- CE	12- MT	17- PR	22- RS	27- TO
3- AL	8- DF	13- MS	18- PE	23- RO	28- NÃO CONSTA
4- AP	9- ES	14- MG	19- PI	24- SC	
5- AM	10- GO	15- PA	20- RJ	25- SP	
OBS: QUANDO FOR DE RORAIMA, ESPECIFICAR A CIDADE:					
1- BOA VISTA	6. CARACARAÍ	11. PACARAIMA			
2- ALTO ALEGRE	7. CAROEBE	12. RORAINÓPOLIS			
3- AMAJARI	8. IRACEMA	13. S. JOÃO DA BALIZA			
4- BONFIM	9. MUCAJÁI	14. SÃO LUIS			
5- CANTÁ	10. NORMANDIA	15. UIRAMUTÃ			
4.6 Profissão/Ocupação:					

4.7 Etnia			
<input type="checkbox"/> Branco(a)	<input type="checkbox"/> Negro(a)	<input type="checkbox"/> Pardo(a) / Mulato(a)	
<input type="checkbox"/> Amarelo(a) de origem Oriental	<input type="checkbox"/> Indígena ou de origem Indígena	<input type="checkbox"/> Não consta	
4.8 Local de residência			
Bairro:		Cidade:	

5. Características da violência		
5.1. Causa da morte	<input type="checkbox"/> Não consta / prejudicado	
	<input type="checkbox"/> Acidente	
	<input type="checkbox"/> Homicídio	
	<input type="checkbox"/> Suicídio	<input type="checkbox"/> Envenenamento <input type="checkbox"/> Precipitação <input type="checkbox"/> Fogo <input type="checkbox"/> Arma de fogo <input type="checkbox"/> Afogamento <input type="checkbox"/> Monóxido de carbono <input type="checkbox"/> Arma branca <input type="checkbox"/> Enforcamento <input type="checkbox"/> Outros
	<input type="checkbox"/> Infanticídio	<input type="checkbox"/> Feto nascente <input type="checkbox"/> Recém-nascido <input type="checkbox"/> morte causada pela mãe, sob influência de estado puerperal <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Não consta / sem elementos / prejudicado
	<input type="checkbox"/> Abortamento (espécies)	<input type="checkbox"/> espontâneo <input type="checkbox"/> provocado <input type="checkbox"/> criminoso
<input type="checkbox"/> Abortamento (meios)	<input type="checkbox"/> químicos <input type="checkbox"/> farmacológicos <input type="checkbox"/> mecânicos <input type="checkbox"/> aspiração do ovo por pressão negativa <input type="checkbox"/> psíquico <input type="checkbox"/> cirúrgico <input type="checkbox"/> Outros	

5.2. Tipo da violência no vivo				
<input type="checkbox"/> Física	<input type="checkbox"/> Sexual	<input type="checkbox"/> Violência sexual e física	<input type="checkbox"/> Acidente (agressor não-humano)	<input type="checkbox"/> Outras:

5.3. Local (is) dos sinais de violência (no corpo)			
<input type="checkbox"/> Cabeça e pescoço	<input type="checkbox"/> Tronco	<input type="checkbox"/> Membros superiores	<input type="checkbox"/> Membros inferiores

5.4. Agentes Traumatizantes			
5.4.1. Energia de ordem física			
Temperatura	<input type="checkbox"/> Queimaduras	<input type="checkbox"/> Geladuras	<input type="checkbox"/>

				Oscilações
Pressão Atmosférica (PA)		<input type="checkbox"/> Diminuição da PA – “Doença dos aviadores		<input type="checkbox"/> Aumento da PA – “Mal dos escafandristas
Eletricidade		<input type="checkbox"/> Fulminação	<input type="checkbox"/> Fulguração	<input type="checkbox"/> Eletrolessão
Radioatividade	<input type="checkbox"/> Raios X	<input type="checkbox"/> Césio	<input type="checkbox"/> Rádio	<input type="checkbox"/> Energia atômica
Luz (veloc. 300.000 km/s)		<input type="checkbox"/> cegueira	<input type="checkbox"/> outros	
Som (veloc. 340 m/s)	<input type="checkbox"/> surdez	<input type="checkbox"/> ruptura da membrana do tímpano	<input type="checkbox"/> outros	
5.4.2. Energia de ordem mecânica				
Instrumento	<input type="checkbox"/> Perfurante	<input type="checkbox"/> Cortante	<input type="checkbox"/> Contundente	<input type="checkbox"/> Corto-contundente
	<input type="checkbox"/> Perfuro-cortante		<input type="checkbox"/> Pérfuro-contundente	
5.4.3. Energia de ordem química				
Origem	<input type="checkbox"/> animal	<input type="checkbox"/> vegetal	<input type="checkbox"/> mineral	<input type="checkbox"/> sintético
Estado físico	<input type="checkbox"/> gasoso	<input type="checkbox"/> sólido	<input type="checkbox"/> líquido	<input type="checkbox"/> volátil
Uso diverso	<input type="checkbox"/> doméstico	<input type="checkbox"/> cosmético	<input type="checkbox"/> agrícola	<input type="checkbox"/> terapêutico
	<input type="checkbox"/> industrial		<input type="checkbox"/> outros	
Veneno	<input type="checkbox"/> raticidas	<input type="checkbox"/> formicidas	<input type="checkbox"/> inseticidas	<input type="checkbox"/> outros
5.4.4. Energia de ordem físico-química (Asfixias)				
Modificação física do meio	<input type="checkbox"/> Confinamento	<input type="checkbox"/> Afogamento	<input type="checkbox"/> Soterramento	<input type="checkbox"/> Gases tóxicos
Constricção do pescoço	<input type="checkbox"/> Enforcamento	<input type="checkbox"/> Estrangulamento		<input type="checkbox"/> Esganadura
Obstrução das vias aéreas superiores			<input type="checkbox"/> Sufocação direta	
Mau funcionamento da caixa torácica			<input type="checkbox"/> Sufocação indireta	

5.5 Classificação das lesões				
<input type="checkbox"/> Meio cruel Como?				
<input type="checkbox"/> Leves				
<input type="checkbox"/> Graves	<input type="checkbox"/> incapacidade para ocupações		<input type="checkbox"/> Perigo de vida	

	habituais por mais de 30 dias	
	() Debilidade permanente de membro, sentido ou função	() Aceleração do parto
() Gravíssimas	() para ocupações habituais por mais de 30 dias	() Enfermidade incurável
	() Perda ou inutilização de membro, sentido ou função	() Deformidade permanente
	() Aceleração do parto ou aborto	

5.6. Crimes Sexuais				
Estupro	() Conjunção Carnal	() Ato libidinoso	() Prejudicado	
Conjunção carnal	() É virgem?	() Sim	() Não	() Prejudicado
	() Há vestígios de desvirginamento recente?	() Sim	() Não	() Prejudicado
	() Há vestígios de conjunção carnal recente?	() Sim	() Não	() Prejudicado
	() Há vestígios de violência?	() Sim	Quais?	() Não () Prej
	() Resultou incapacidade para ocupações habituais por mais de 30 dias, perda ou inutilização de membro, sentido ou função, deformidade permanente, aceleração do parto ou aborto?	() Sim	() Não	() Prejudicado
	() Vítima alienada ou débil?	() Sim	() Não	() Prejudicado

6. Tipo de vínculo entre vítima e agressor				
() Pai	() Mãe	() Filho(a)	() Parente	
() Vizinho	() Conhecido	() Desconhecido	() Outros:	
() Marido / Companheiro	() Ex-marido / Ex-companheiro	() Namorado	() Ex-namorado	() Não consta
QUANDO HOUVER ESPECIFICAÇÃO DEVE ESCREVER				