

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE MATERNO-INFANTIL
MESTRADO ACADÊMICO

MARIA DE FÁTIMA PARENTES DA SILVA

**AS FORMAS DE VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER NO MUNICÍPIO DE TIMON-
(MA)**

São Luís

2008

MARIA DE FÁTIMA PARENTES DA SILVA

**AS FORMAS DE VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER NO MUNICÍPIO DE TIMON-
(MA)**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Materno-Infantil da Universidade Federal do Maranhão, para a obtenção do Grau de Mestre em Saúde Materno-Infantil.

Orientadora: Profa. Dra. Luciane Maria Oliveira Brito

São Luís

2008

Silva, Maria de Fátima Parentes da

As Formas de violência contra a mulher no município de Timon-Ma/
Maria de Fátima Parentes da Silva. - São Luís: UFMA, 2008.

62 f.

Dissertação (Mestrado em Saúde Materno-Infantil) – Programa de
Pós-Graduação em Saúde Materno-Infantil, Universidade Federal do
Maranhão, 2008. Orientadora Profa. Dra. Luciane Maria Oliveira Brito.

1. Violência. Mulher. I. Título.

CDU 241.12:396

MARIA DE FÁTIMA PARENTES DA SILVA

**AS FORMAS DE VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER NO MUNICÍPIO DE TIMON-
(MA)**

Dissertação submetida à Banca Examinadora da Universidade Federal do Maranhão, como parte dos requisitos necessários à obtenção do Grau de Mestre em Saúde Materno-Infantil.

A Comissão Julgadora da Dissertação de Mestrado apresentada em sessão pública considerou a candidata aprovada em: ___/___/2008.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Luciane Maria Oliveira Brito - Presidente
Orientadora
Universidade Federal do Maranhão-UFMA

Profa. Dra. Terezinha Moreira Lima
Examinadora
Universidade Estadual do Maranhão-UEMA

Profa. Dra. Lourdes de Maria Leitão Nunes Rocha
Examinadora
Universidade Federal do Maranhão-UFMA

Profa. Dra. Elba Gomide Mochel
Examinadora
Universidade Federal do Maranhão-UFMA

Ao CRIADOR DIVINO, que me deu o bem maior: A VIDA.

Aos meus pais *In memória*, Hilda e Manoel Gomes, que me ensinaram: JUSTIÇA.

À minha profissão de médica onde conheci o DEVER e os meus DIREITOS.

Aos meus filhos, Luciana e Ananias Neto, pelo maior de todos os sentimentos: AMOR.

À Dadá, que me deu PAZ para escrever esta Dissertação.

Às mulheres que não calaram e me ensinaram a lutar pela LIBERDADE.

AGRADECIMENTOS

À minha Orientadora, Profa. Dra. Luciane Maria Oliveira Brito, por seu apoio nesse difícil percurso e por sua dedicação e empenho na implantação do Programa de Pós-Graduação em Saúde Materno-Infantil da UFMA.

À Profa. Dra. Maria Bethânia da Costa Chein, pelo incentivo no anteprojeto.

À Profa. Dra. Claudete Monteiro, da Universidade Federal do Piauí, por sua ajuda e estudo do tema.

Ao diretor do IML de Timon, José Waquim Neto, que autorizou a coleta de dados.

Ao Exmo Desembargador do Tribunal de Justiça do Piauí, Dr. Joaquim Dias de Santana Filho, na correção do texto jurídico.

À minha querida e amada filha, Luciana por digitar todo o texto.

Aos professores (as), pelo estímulo e atenção.

Aos colegas do Mestrado, por dividirmos nossas angústias e alegrias.

Aos funcionários do Mestrado: Helena e os demais por serem tão prestativos.

Aos Secretários de Saúde e Coordenadores do PSF, por autorizarem a minha presença no Mestrado.

E a todos que contribuíram para a realização desse trabalho.

“Todas as pessoas nascem livres e iguais em dignidade e direitos. São dotadas de razão e consciência e devem agir em relação uma às outras com espírito de fraternidade.

Declaração Universal dos Direitos Humanos (ONU, 2005)

RESUMO

Introdução: A violência contra a mulher é um problema mundial de saúde pública e fere princípios éticos de igualdade. Apesar de todos os direitos conquistados, das leis existentes, das políticas públicas implantadas, as mulheres continuam sofrendo violência. **Objetivos:** Foram estudadas as diversas formas de violência, as características da vítima e o grau de parentesco com o agressor. **Material e métodos:** Foi realizado um estudo descritivo e retrospectivo, de julho a dezembro de 2005, no Instituto Médico Legal (IML) da cidade de Timon-MA com mulheres que sofreram algum tipo de violência e procuraram a Delegacia de Atendimento Especial à Mulher (DEAM) para registro do Boletim de Ocorrência (BO), sendo encaminhadas ao IML para a realização de exame pericial. **Resultados:** Dos 106 casos estudados, 78% foram de violência física infligida por arma branca, paus, pedras, pés, mãos e dentes. Em 52% dos casos a mão foi utilizada para golpear e esganar. Em 61% as lesões foram múltiplas com a mulher apresentando 2 ou até 5 tipos de lesões tais como equimoses(34%) e escoriações(27%). Quanto à localização das lesões, 30% foram na cabeça e 34% nos membros superiores, o que demonstra a intenção brutal do agressor em ferir e deixar marcas visíveis, uma vez que em 79% foi constatada a presença de agravo à integridade física da mulher. A violência sexual foi notificada em 13 casos, nos quais 54% das mulheres foram estupradas. **Conclusões:** As informações colhidas junto ao IML demonstram 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.

Descritores: Violência. Saúde. Mulher

ABSTRACT

Introduction: Violence against women is a global problem of public health and violate principles of equality. Spite of all earned rights, existent laws, and public policies that have been introduced, women keep on suffering from violence. **Objectives:** We studied the various forms of violence, the characteristics of the victim and the relationship with the abuser. **Methods:** We conducted a retrospective and descriptive study, July to December 2005, the Medical Legal Institute (IML) of the city of Timon-MA with women who have suffered some type of violence and tried to go to the Special Care Women (DEAM) for record of the police reports (BO), being sent to the IML to the implementation of peer review. **Results:** Of the 106 cases studied, 78% were of physical violence inflicted by white gun, sticks, stones, feet, hands and teeth. In 52% of cases the hand was used to strike and strangle. In 61% the lesions were multiple women presenting with 2 or up to 5 types of injuries such as bruises (34%) and excoriation (27%). As the location of the lesions, 30% were in the head and upper limbs 34%, which demonstrates the intention of the brutal aggressor in hurt and leave visible marks, since 79% was observed in the presence of harm to physical integrity of women. Sexual violence was reported in 13 cases, in which 54% of women were raped. **Conclusions:** The information collected from the IML showed that violence against women does not restrict itself to a certain age, race, profession or marital status and in 54% of assaults, the perpetrator was known by the woman, of which 44% were husband / boyfriend.

Keywords: Violence. Health. Women

LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 1 – Os números da violência contra a mulher no período de julho a dezembro de 2005. Timon- MA..... 35
- Gráfico 2 – Profissão da mulher vítima de violência, no período de julho a dezembro de 2005. Timon-MA..... 37
- Gráfico 3 – Bairros de residência da mulher vítima de violência, no período de julho a dezembro 2005. Timon-MA..... 38
- Gráfico 4 – Parentesco entre o agressor e a mulher vítima de violência no período de julho a dezembro 2005. Timon-MA..... 39
- Gráfico 4a – A mulher e a violência conjugal, julho a dezembro 2005. Timon-MA..... 39
- Gráfico 5 – Armas usadas na violência física contra a mulher, no período de julho a dezembro de 2005. Timon-MA..... 40
- Gráfico 6 – Tipo de lesão corporal provocada na mulher vítima de violência, no período de julho a dezembro 2005. Timon-MA..... 41
- Gráfico 7 – Presença de agravo à saúde da mulher vítima de violência, período de julho a dezembro de 2005. Timon-MA..... 42

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1 – A violência sexual e psico-sexual contra a mulher, no período de julho a dezembro de 2005. Timon-MA..... 35
- Tabela 2 – Cor, idade, naturalidade e estado civil da mulher vítima de violência, julho a dezembro de 2005. Timon-MA..... 36
- Tabela 3 – Zona de residência da vítima de violência, julho a dezembro de 2005. Timon-MA..... 37
- Tabela 4 – Número de agressores e conhecimento com a mulher vítima de violência no período de julho a dezembro de 2005. Timon- MA..... 38
- Tabela 5 – Número de lesões e regiões do corpo da mulher vítima de violência no período de julho a dezembro de 2005. Timon-MA..... 40
- Tabela 6 – Ação do instrumento usado, que provocou a lesão na mulher vítima de violência, no período de julho a dezembro de 2005. Timon-MA..... 41
- Tabela 7 – Exame de conjunção carnal na mulher vítima de violência, período de julho a dezembro de 2005. Timon-MA..... 42

LISTA DE SIGLAS

ONU – Organização das Nações Unidas
CNNDM – Conselho Nacional dos Direitos da Mulher
DEAM – Delegacia Especializada de Atenção à Mulher
TEPT – Transtorno do Estresse Pós-Traumático
OMS – Organização Mundial de Saúde
IST – Infecções Sexualmente Transmissíveis
AIDS – Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IML – Instituto Médico Legal
BO – Boletim de Ocorrência
MMSS – Membros Superiores
PSF – Programa de Saúde da Família
ACS – Agente Comunitário de Saúde
SEDIM – Secretaria de Estado dos Direitos da Mulher
PL – Projeto de Lei
PNDH II – Programa Nacional de Direitos Humanos II
CEDAW – Convenção Eliminação Todas as Formas de Discriminação Contra Mulher
SPM – Secretaria Especial de Políticas para a Mulher
UNICAMP – Universidade de Campinas
ONGS – Organizações Não Governamentais
AE – Anticoncepção de Emergência
UFMA – Universidade Federal do Maranhão
MMII – Membros Inferiores
SEMU – Secretaria de Estado da Mulher
CPI – Comissão Parlamentar de Inquérito

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
1.1 Violência: Convenções/Conferências e Direitos Conquistados.....	14
1.2 Dados Epidemiológicos.....	17
1.3 Violência de Gênero.....	18
1.4 Tipos de Violência contra a Mulher.....	20
1.4.1 Violência Física.....	20
1.4.2 Violência Psicológica.....	20
1.4.3 Violência Sexual.....	20
1.4.4 Violência Doméstica.....	21
1.5 Violência e Saúde.....	22
1.5.1 Atendimento nos Serviços de Saúde.....	24
1.6 Código Penal, a Legislação e a Violência Contra a Mulher.....	26
1.6.1 Estupro.....	26
1.6.2 Lesão Corporal.....	27
1.6.3 Lei nº. 11.340/06	28
2 OBJETIVOS.....	31
2.1 Geral.....	31
2.2 Específicos.....	31
3 METODOLOGIA.....	32
3.1 Tipo de Estudo.....	32
3.2 Área de Estudo.....	32

3.3 População de Estudo.....	33
3.4 Particularidades dos Serviços.....	33
3.5 Procedimentos da Coleta de Dados.....	33
3.6 Processamento e Análise de Dados.....	34
3.7 Aspectos Éticos.....	34
4 RESULTADOS.....	35
5 DISCUSSÃO.....	43
6 CONCLUSÕES.....	48
REFERÊNCIAS.....	49
APÊNDICES.....	58
ANEXOS.....	61

1. INTRODUÇÃO

A violência contra a mulher é uma manifestação das relações sociais de sexo e poder, historicamente desiguais entre homens e mulheres, suscitando reflexões profundas, pela elevação das ocorrências no mundo, ocupando lugar de grande destaque.

Esse tipo de violência ultrapassou a barreira do tempo e se faz presente em pleno século XXI, necessitando de mudanças comportamentais dependentes de uma construção cultural da sociedade como um todo. (SOUZA, 2006).

A violência de gênero é um problema mundial ligado ao poder, privilégios e controle masculinos. Atingem as mulheres independentemente de idade, cor, etnia, religião, nacionalidade, opção sexual ou condição social. O efeito é, sobretudo, social, pois afeta o bem-estar, a segurança, as possibilidades de educação e desenvolvimento pessoal e a auto-estima das mulheres. Historicamente, à violência doméstica e sexual somam-se outras formas de violação dos direitos das mulheres. A incompatibilidade entre a lei e a prática social constitui-se em negação dos direitos humanos (REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE E DIREITOS REPRODUTIVOS, 2001).

É necessário considerarmos que existem diferentes tipos e formas de violência: dirigida a si mesmo, interpessoal, ou coletiva. Entretanto, a violência se apresenta de forma diferenciada para homens e mulheres. Não podemos diluir a violência de gênero, nos casos gerais de violência e, mais exatamente a violência nas ruas, nos espaços públicos; de modo geral a mulher sofre a violência masculina, dentro de casa, no espaço privado, e seu agressor é (ou foi) o namorado, o marido, o companheiro ou parceiro (MOTA, 2004).

A violência esteve presente em todo o Brasil, nos últimos anos, mas em graus diferenciados e sob múltiplas formas (LEONARDI, 2007).

O Ministério da Saúde define violência: “consiste em ações humanas individuais, de grupos, de classes, de nações que ocasionam a morte de seres humanos ou afetam sua integridade e sua saúde física, moral, mental ou espiritual” (BRASIL, 2001c).

Em 1992, a Assembléia Geral das Nações Unidas definiu a violência contra mulher como: “qualquer ato de violência de gênero que resulte ou possa resultar em dano físico, sexual, psicológico ou sofrimento para mulher; inclusive ameaça a tais atos, coerção ou privação arbitrária da liberdade quer ocorra em público ou na vida privada”.

De uma forma geral, universalmente, a violência está entre as principais causas de morte de pessoas com idade entre 15 e 44 anos. O uso intencional de força física ou

o abuso de poder, contra outra pessoa, grupo ou comunidade trazem impacto e conseqüências danosas para a humanidade (BRASIL, 2004b).

A violência fere os princípios éticos básicos formulados na Declaração Universal dos Direitos Humanos, ou seja, os princípios de igualdade, liberdade individual, proteção de privacidade, reconhecimento da dignidade da pessoa humana, direito à orientação sexual, diversidade habitacional, saúde, equidade de gênero e autonomia. Esse último, como interpretado na petição pré-Beijim: “[...] o direito de ter controle sobre o seu próprio corpo, sobretudo ao estabelecer relacionamentos íntimos” (ARTICULAÇÃO DE MULHERES BRASILEIRAS, 2000).

Para Minayo (2006a) 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.

O movimento de mulheres, os organismos internacionais em prol de direitos humanos e, mais recentemente, várias entidades na sociedade civil têm contribuído para dar visibilidade social e aprimorar políticas e programas contra violência em relação às crianças, adolescentes e contra as mulheres (ABRAMOVAY et al., 2004).

1.1 Violência: Convenções/Conferências e Direitos Conquistados

Para o combate à violência de gênero, importantes instrumentos que recorremos são convenções ratificadas pelo governo brasileiro com força de lei no país. Já as Plataformas de Ação, aprovadas no ciclo das Conferências Mundiais da Organização das Nações Unidas (ONU) para a construção de uma Agenda Social para o século XXI, podem ser consideradas um conjunto de princípios gerais do direito e utilizadas na aplicação da lei pelo Poder Judiciário. (BRASIL, 1998a).

Em 1948, a ONU aprovou a Declaração Universal dos Direitos Humanos que afirma: “[...] o direito à vida é fundamental e inalienável, e não pode ser retirado. Os direitos

humanos são os direitos de todos e devem ser protegidos em todos os estados e nações” (BRASIL, 1998b, p.40).

A Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher em 1979 (CEDAW) fundamenta-se na obrigação dos Estados de assegurar a igualdade entre homens e mulheres. A Plataforma de Ação da Conferência Mundial dos Direitos Humanos, em Viena no ano de 1993, reconhece os direitos das mulheres como direitos humanos. A Convenção de Belém do Pará em 1994 (Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher), define claramente o que é violência contra a mulher, explica todas as formas que essa violência pode assumir e os lugares onde se manifesta (intra ou extra-familiar). Em 1995 em Pequim (China) foi realizada a IV Conferência Mundial sobre a Mulher, fundamental para os movimentos de mulheres em todo o mundo. Afirma que a igualdade de direitos é condição indispensável para a paz, justiça e progresso do mundo (BRASIL, 2003b).

Ao adotar, em 13 de maio de 1996, o Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH II), o Brasil se tornou um dos primeiros países do mundo a cumprir recomendação específica da Conferência Mundial de Direitos Humanos (Viena, 1993), atribuindo ineditamente aos direitos humanos o status de política pública governamental (BRASIL, 2002).

Em julho de 2004, a 1ª Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres, reuniu em Brasília mais de 120 mil mulheres de todo o país e Organizações não Governamentais (ONGS) que discutiram sobre a superação das desigualdades de gênero, ações de combate à violência contra a mulher, direitos humanos e outros temas. As deliberações dessa conferência subsidiaram o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres, que foi elaborado por um grupo de trabalho interministerial, coordenado pela Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA, 2005).

Esse documento foi encaminhado ao Congresso Nacional como Projeto de Lei (PL) nº 4559/2004 de enfrentamento à violência contra a mulher. A proposta era criar procedimento específico dentro da Lei nº. 9099/95 para os casos de violência doméstica contra a mulher, ao mesmo tempo em que se aponta para a criação de Varas Especializadas no tratamento deste tipo de violência. Criada para o julgamento de crimes de menor potencial ofensivo, como crimes de trânsito, essa Lei foi aplicada, indiscriminadamente, no combate à violência doméstica e familiar contra as mulheres (ARTICULAÇÃO DE MULHERES BRASILEIRAS, 2005).

O referido PL deu origem a lei número 11.340 conhecida como Lei Maria da Penha, decretada pelo Congresso Nacional e sancionada pelo presidente do Brasil Luís Inácio Lula da Silva em 7 de agosto de 2006.

A II Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres, realizada em agosto de 2007, aprovou o II Plano Nacional e ampliou o escopo do Plano Nacional anterior, introduzindo novos eixos estratégicos e propondo o detalhamento dos já existentes, de forma a destacar segmentos de mulheres em situação de vulnerabilidade, ou de qualificar os procedimentos e os meios para a obtenção dos resultados esperados. Quanto aos novos eixos estratégicos aprovados na II Conferência, a grande inovação foi o destaque dado à participação das mulheres nos espaços de poder, como objeto de políticas públicas orientadas para a igualdade de gênero. Destacando a amplitude do próprio conceito de “poder” e da sua centralidade no âmbito das relações de gênero, que têm na desigualdade uma das suas marcas mais sensíveis e evidentes (BRASIL, 2008).

Conquistar a igualdade e a justiça são alguns dos objetivos que as mulheres ao se organizarem em movimentos e participando de Conferências buscam alcançar. Dentre esses direitos conquistados destacamos: matricular-se em curso superior (Medicina em 1878), antes o ensino superior era vedado às mulheres. Em 1881 Maria Estrela foi a primeira brasileira que se formou em medicina indo estudar nos Estados Unidos. Direito ao voto em 1932; no Rio Grande do Norte, Alzira Soriano foi eleita a primeira prefeita da América do Sul. Em 1940 a mulher conquistou o direito de fazer aborto em vários países. Após muitas discussões é aprovada em 1977 a lei do divórcio no Congresso Nacional, projeto do deputado federal Nelson Carneiro. O Código de Direito Civil de 2003 concede a mulher casada os mesmos direitos do marido (DIREITOS HUMANOS NA INTERNET, 2005).

Na década de 60, as mudanças foram intensas sendo talvez a maior delas, a descoberta da pílula anticoncepcional e foi nessa época que as mulheres de todos os lugares começaram a se unir, lutando para conseguir que suas vozes fossem ouvidas e suas idéias respeitadas (BRASIL, 2002).

A partir dos anos 90, o crescimento dos movimentos sociais e populares, as campanhas eleitorais, politizando as diferentes formas de desigualdades sociais, a difusão generalizada de valores e comportamentos associados à idéia de “modernidade”, principalmente pela televisão, também alcançaram as camadas populares urbanas, a participação e atuação do movimento feminista (VAITSMAN, 1994).

A criação em 1985 do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM), nas esferas estadual e nacional, com a finalidade de promover políticas públicas voltadas à

eliminação de todas as formas de discriminação e de violência contra as mulheres, assegurou-lhes a liberdade e igualdade de direitos. A implantação das Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher (DEAM) a partir de 1984 é também uma importante política na luta para eliminar a violência contra as mulheres. Em 2002 foi criada a Secretaria de Estado dos Direitos da Mulher (SEDIM), denominada agora: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (SPM), voltada à formulação e implementação de políticas públicas para igualdade de gêneros (ARTICULAÇÃO DE MULHERES BRASILEIRAS, 2000).

No Maranhão a criação de organismos institucionais de políticas para as mulheres, do qual a Secretaria de Estado da Mulher é exemplo, sendo fundamental para assegurar programas e ações direcionados para as mulheres. A Secretaria de Estado da Mulher (SEMU) foi criada pela Lei nº. 8.559 de dezembro de 2006.

1.2 Dados Epidemiológicos da Violência

Mensurar a violência contra as mulheres esbarra em muitos obstáculos que começam na naturalização ou banalização desse fenômeno, contribuindo para a histórica subnotificação dos eventos violentos em geral e, especialmente, daqueles de natureza sexual ou praticados no âmbito doméstico. (VARGAS, 2004).

Em 1988, o IBGE realizou a primeira pesquisa nacional englobando os índices da violência contra a mulher no país. Os dados entre as mulheres que disseram terem sofrido algum tipo de violência, 65% sofreu no lar e 35% em outros lugares. No entanto, a pesquisa não foi muito abrangente e esclarecedora, pois não informou o sexo dos agressores, o tipo de vínculo com a vítima, a idade, grau de escolaridade, raça das partes envolvidas, os tipos de violência cometida e outras variáveis que poderiam ser investigadas (THOMAS, 1992).

Em 1991, a Câmara dos Deputados instituiu uma CPI para investigar a violência contra as mulheres. Essa comissão divulgou pesquisa feita de janeiro de 1991 a agosto de 1992 apresentando um panorama sobre a distribuição por tipo de violência registrada contra a mulher no país, onde se destacavam os crimes de lesão corporal (26,2%), as ameaças (14,4%) e os estupros (1,8%) como os mais recorrentes. Outros dados relativos a esse mesmo período, divulgados no documento do Grupo Parlamentario Interamericano sobre Población y Desarrollo, demonstraram que entre janeiro de 1991 e agosto de 1992 foram registradas 205.219 agressões nas Delegacias da Mulher em todo o país. Segundo esses números, os crimes mais freqüentemente denunciados eram as lesões corporais (26,2%), seguidos pelos de

ameaça (16,4%). As denúncias de crimes sexuais respondiam por 51,1% do total das agressões (BARSTED, 2006)

A segunda pesquisa foi feita diretamente nos domicílios, independentemente de denúncia, foi realizada pela Fundação Perseu Abramo, em 2001, com uma amostra de 2.502 entrevistas pessoais e domiciliares, estratificadas em cotas de idade e porte dos municípios. Foram entrevistadas mulheres de 15 anos ou mais, residentes em 187 municípios de 24 estados das cinco macro regiões brasileiras. Os resultados da pesquisa mostram que a responsabilidade do marido ou parceiro como principal agressor varia entre 53% e 70% das ocorrências de violência (VENTURI, 2004).

A DEAM de São Luís registrou em 1988, em seu primeiro ano de atuação, 3.102 denúncias de mulheres. Em 2000, esse número praticamente dobrou: houve 5.998 ocorrências. (ROCHA, 2007)

1.3 Violência de Gênero

A violência contra a mulher encontra “justificativa” em normas sociais baseadas nas relações de gênero, ou seja, em regras que reforçam uma valorização diferenciada para os papéis masculinos e femininos. O que muda de país para país são as razões alegadas para aprovar esse tipo de violência. Diversos estudos realizados na década de 90 revelaram, por exemplo, que no Brasil é comum que a violência seja aprovada quando ocorre a infidelidade feminina (THE JOHNS HOPKINS UNIVERSITY SCHOOL OF PUBLIC HEALTH-JOHNS HOPKINS, 1999).

A violência, decorrente das contraditórias relações de classe, de gênero e étnico-raciais, é estrutural, constitutiva dos sistemas de dominação e exploração. A violência de gênero se expressa em várias modalidades, destacando-se, pela sua magnitude, a violência doméstica (ROCHA, 2007)

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. Ainda que não haja nenhuma tentativa, por parte das vítimas potenciais, de trilhar caminhos diversos do prescrito pelas normas sociais, a execução do projeto de dominação – exploração da categoria social ‘homens’ exige que sua capacidade de mando seja auxiliada pela violência (SAFFIOTI E ALMEIDA, 1995).

Quando falamos das relações de gênero, a primeira pergunta que se coloca é: afinal, o que é gênero? Evidenciaremos as diferenças existentes entre gênero e sexo. Podemos dizer que gênero é o sexo social definido, ou seja, gênero não é sinônimo de sexo. Enquanto o sexo é biológico; o gênero é construído historicamente, culturalmente e socialmente. O conceito de gênero se refere apenas às pessoas e às relações entre os seres humanos. È, a partir da observação e do conhecimento das diferenças sexuais, que a sociedade cria idéias a respeito do que é um homem e do que é uma mulher, o que é masculino e o que é feminino, ou seja, as chamadas representações de gênero (BRASIL, 2001a).

O núcleo da identidade de gênero se constrói em nossa cabeça, sobretudo até os três anos de idade. A criança logo que nasce ganha um nome e logo começa a ser tratada como menino ou menina. A linguagem é poderosa no processo de construção do gênero. Incorporamos o gênero masculino ou feminino, através do aprendizado de comportamentos, hábitos, formas de pensar, concordantes com padrões definidos socialmente como masculinos ou femininos. As diferenças sociais entre os homens e as mulheres não são de ordem natural, mas sim de ordem cultural (JURKEWCZ, [entre 1990 e 2004]).

Na socialização humana aprendemos que homens e mulheres têm comportamentos diferentes, assumem lugares sociais diferentes, assumem tarefas diferentes porque são “naturalmente diferentes”. As análises de gênero têm desmistificado esta crença evidenciando como se dá o processo de construção social da feminilidade ou da masculinidade a partir das diferenças biológicas. As chamadas “características femininas” – ternura, passividade, acolhimento, fragilidade e outras – não são resultados da “natureza feminina” e sim frutos de um processo de socialização. Assim como, as “características masculinas” racionalidade, agressividade, objetividade, força e outras, não são resultado da “natureza masculina (JURKEWCZ, [entre 1990 e 2004]).

A vida sexual feminina, cuidadosamente diferenciada da procriação, também permanece oculta. O prazer feminino é negado, até mesmo reprovado: coisa de prostitutas. Só a procriação justifica a cópula, sendo a castidade superior ao matrimônio, mesmo o cristão. A mulher é assimilada ao pecado: uma tentativa da qual é mister se defender, reduzindo-a ao silêncio: velando-a o que mostra que o véu, muito difundido no Mediterrâneo antigo, é adotado pelo cristianismo como marca do pudor feminino e tornado obrigatório para as religiosas, consagradas à virgindade, é o instrumento que é símbolo da invisibilidade e do silêncio impostos às mulheres em virtude do perigo que se crê que elas representam. O véu exprime, pois, o medo que os homens têm das mulheres e sua vontade de se apropriar de seus corpos (PERROT, 2003).

1.4 Tipos de Violência contra a Mulher

As várias formas de violência não se produzem isoladamente, mas fazem parte de uma seqüência crescente de episódios, do qual o homicídio é a manifestação mais extrema (CARCEDO et al, 2002).

A violência contra a mulher apresenta-se sob várias formas, destacando-se dentre todas, aquelas que mais se fazem presentes e causadoras de tanto sofrimento para as mulheres.

1.4.1 Violência Física

Ocorre quando uma pessoa que está em relação de poder causa ou tenta causar dano não acidental, por meio do uso de força física ou de algum tipo de arma que pode provocar ou não, lesões externas, internas ou ambas (MOTA, 2007).

Esta violência pode ser manifestada de várias formas: tapas, empurrões, socos, mordidas, chutes, queimaduras, cortes, estrangulamentos, lesões por armas ou objetos, amarrar, arrastar, arrancar a roupa, omissão de cuidados, obrigar a ingerir álcool ou drogas. Os instrumentos que são usados para provocar a lesão podem ser classificados de acordo com a perícia médico legista em instrumentos: cortantes – armas brancas (enxada, foice, facão, pá etc.); perfurantes: punhal, faca, estilete, prego, arma de fogo; contundentes: mão, pedaço de pau, pedra e produtos químicos: ácidos; álcool e cigarros que provocam queimaduras (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE APOIO E PROTEÇÃO À INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA, 2002).

1.4.2 Violência Psicológica

A violência psicológica, embora não acarrete agressão física, também é violência. É toda ação destinada a caluniar, difamar, injuriar a honra ou a reputação da mulher podendo ser feita por meio de intimidação, manipulação, ameaça direta, indireta, humilhação, isolamento ou qualquer outra conduta que implique prejuízo à saúde psicológica, à autodeterminação ou ao desenvolvimento pessoal (BRASIL, 2004a).

1.4.3 Violência Sexual

É toda ação na qual uma pessoa em relação de poder e por meio de força física, coerção ou intimidação psicológica, obriga uma outra pessoa ao ato sexual contra a sua vontade, ou que a exponha em interações sexuais que propiciem sua vitimização, da qual o agressor tenta obter gratificação (BRASIL, 2001b).

Apesar de o sexo cedido ou forçado no casamento envolver coerção sexual, é banalizado, por ser entendido como dever conjugal (BERGER, 2003).

A violência sexual ocorre em uma variedade de situações como: estupro, ato obsceno, atentado violento ao pudor, sedução, assédio sexual. Inclui situações tais: Carícias não desejadas, penetração anal, oral ou genital, com pênis ou objetos de forma forçada, exposição obrigatória a material pornográfico, exibicionismo ou masturbação forçada, uso de linguagem erotizada, em situação inadequada. Impedimento ao uso de qualquer método contraceptivo ou negação por parte do parceiro (a) em utilizar preservativo, ser forçado (a) a ter ou presenciar relações sexuais com outras pessoas, além do casal (REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE E DIREITOS REPRODUTIVOS, 2001).

Muitas vítimas do estupro não conseguem revelar a história do seu trauma, a menos que sejam indagadas especificamente. Isso é consistente com o padrão geral de evitar as lembranças relacionadas com o trauma. São várias as razões pelas quais as vítimas podem não se sentir aptas a fornecer essas informações, talvez por receio de uma reação negativa à revelação, especialmente se esta resultou previamente em incredulidade ou censura. Muitas vítimas não reconhecem ou identificam sua experiência como um estupro, principalmente se o atacante era um conhecido ou um parente (VILHENA, 2005).

1.4.4 Violência Doméstica

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).

É caracterizada quando a ofensa ou agressão é cometida por ascendente, descendente, irmão, cônjuge, companheira ou companheiro com o qual a mulher conviva ou tenha convivido (CONFEDERAÇÃO NACIONAL DAS TRABALHADORAS EM EDUCAÇÃO, 2004).

De acordo com Hassemer e Munõz Conde (2001) os casos de agressão contra mulher são infinitamente superiores. Esclarecem os autores que entre os grupos de vítimas que mais estão representados nas atuais pesquisas de vitimização, e que são objeto de estudos especiais e investigações, se encontram 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.

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).

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).

1.5 Violência e Saúde

“A saúde é direito de todos e dever do Estado garantida mediante políticas sociais e econômicas que visam à redução do risco de doença e de outros agravos, e ao acesso universal e igualitário as ações de serviços para sua promoção, proteção e recuperação”, que está no art. 196 da Constituição Federal de 1988 (DUARTE, 1995, p. 195).

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 esses, se encontra a violência que se pratica no interior dos lares, com grau de severidade e como sujeito preferencial a mulher (MONTEIRO, 2005).

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).

Existem poucos exemplos mais trágicos, ou talvez nenhum, de psicopatologia grave do que o transtorno do estresse pós-traumático (TEPT), induzido por estupro. A ocorrência do estupro é muito mais comum do que pensávamos anteriormente e as conseqüências 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 conseqüência 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).

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 (CAVALCANTE et al, 2006).

As manifestações clínicas da violência podem ser agudas ou crônicas, físicas, mentais ou sociais. Lesões físicas agudas (inflamações, contusões, hematomas em várias partes do corpo), em geral, são conseqüências de agressões causadas por armas, socos, pontapés, tentativas de estrangulamento, queimaduras, sacudidas – Em alguns casos podem provocar fraturas dos ossos da face, costelas, mãos, braços e pernas. Nas agressões sexuais, podem ser observadas lesões das mucosas oral, anal e vaginal. A gravidade das lesões depende do grau de penetração e do objeto utilizado na agressão. As lesões das mucosas envolvem inflamações, irritação, arranhões e edemas, podendo ocorrer inclusive perfurações ou ruptura (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE APOIO E PROTEÇÃO À INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA, 2002).

Infecções sexualmente transmissíveis (IST/aids), infecções urinárias, vaginais e gravidez são conseqüências que podem se manifestar posteriormente. Semana ou meses após a agressão, podem aparecer sintomas de dor no baixo ventre ou infecções, transtornos digestivos – como falta de apetite, náuseas, vômitos, cólicas e dores de estômago, perda de peso, dores de cabeça e dores musculares generalizadas (FAÚNDES et al., 2006).

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, 2000).

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).

1.5.1 Atendimento nos Serviços de Saúde

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, 2001b).

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).

A realidade atual é que a maioria dos serviços de saúde não está preparada para atender as mulheres vítimas de violência, e particularmente os casos de estupro. Como essas mulheres precisam de atendimento diferenciado, há necessidade de se tomar medidas específicas, que cabem perfeitamente dentro da capacidade de qualquer serviço preparado para dar atendimento Gineco-Obstétrico de qualidade. Como a possibilidade da Anticoncepção de Emergência (AE), no prazo de 72 horas (FAÚNDES, 2002).

A mulher que acaba de sofrer violência sexual necessita de apoio e acolhimento psicológico, devendo ser avaliado o impacto na saúde mental da mesma, devendo ser encaminhada para o controle e seguimento até a sua completa reestruturação psicossocial (MENEGHEL et al., 2005).

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).

Quando se fala em prevenção, no caso da aids, é preciso entender, portanto, que se trata de um trabalho de importância vital, literalmente falando: um trabalho coletivo em defesa da vida (LEONARDI, 2007).

A imunoprofilaxia para a hepatite B está indicada em casos de violência sexual em que ocorrer exposição ao sêmen, sangue ou outros fluidos corporais do agressor. A

abordagem da condição sorológica da mulher que sofre violência sexual, quando disponível, e a interpretação dos resultados deve ser analisada (BRASIL, 2005a).

Segundo os aspectos legais e de acordo com o Decreto - Lei Nº48 de 7 de Dezembro de 1940, art. 128, inciso II do Código Penal, o abortamento é permitido quando a gravidez resulte de estupro ou, por analogia, de outra forma, de violência sexual. Constitui um direito da mulher, que tem garantido, pela Constituição Federal e pelas Normas e Tratados Internacionais de Direitos Humanos, o direito integral a assistência médica e plena garantia de sua saúde sexual e reprodutiva (FAÚNDES et al, 2004).

Na violência doméstica o objetivo do tratamento é ajudar a mulher a sair do ciclo/espiral de violência a que está submetida, através da ruptura da relação ou pela reconstrução da mesma em outros moldes. Ressalta-se o cuidado ao tratamento de mulheres vítimas da violência de gênero. O momento de ruptura da relação é considerado como de maior risco para o agravamento da violência. É o momento da perda irreversível do controle. (ALMEIDA, 1998)

As informações obtidas deverão ser registradas a nível do serviço que prestou atendimento e notificadas às autoridades de saúde, procedimento simples e não implantado na maioria dos hospitais, apesar da divulgação e conhecimento da norma por profissionais de saúde (SALIBA et al, 2007).

De acordo com a Lei Maria da Penha no Art. 9º: A assistência à mulher em situação de violência doméstica e familiar será prestada de forma articulada e conforme os princípios e as diretrizes previstos na Lei Orgânica da Assistência Social, no Sistema Único de Saúde, no Sistema Único de Segurança Pública, entre outras normas e políticas públicas de proteção, e emergencialmente quando for o caso (BRASIL, 2008).

1.6 O Código Penal, a Legislação e a Violência contra a Mulher

1.6.1 Estupro

Os Crimes Sexuais são pouco denunciados e há falta de instrumentos adequados para registrar estatisticamente o problema, dificultando a produção de um diagnóstico nacional exato sobre a violência doméstica e sexual no Brasil. O número real de casos é muito superior ao volume notificado à polícia e ao judiciário. Estudos do Departamento de Medicina Legal da Universidade de Campinas (UNICAMP), de 1997, indicam que apenas 10% e 20% das vítimas denunciam o estupro (DREZETT, 2000).

São definidos pelo Código Penal, no Decreto – Lei n. 2.848, de 7 de dezembro de 1940, sob o título “Dos Crimes contra o Costume”, no capítulo “Crimes contra a Liberdade Sexual”, cujo principal objeto é proteção a liberdade sexual da mulher. Essa classificação vem sendo questionada há muito tempo pelas mulheres, pois esse tipo de violência é dirigido contra a pessoa da mulher e não contra os costumes da sociedade. O projeto para reformar o Código Penal contempla essa reivindicação, ao chamar os crimes de violência sexual de “Crimes Contra a Dignidade Sexual” (AÇÕES EM GÊNERO CIDADANIA E DESENVOLVIMENTO, 2002).

O estupro segundo o artigo 213 do Código penal, alterado com relação à pena, pelo artigo 5º da lei nº 8.072/90, consiste em: “constranger mulher à conjunção carnal, mediante violência ou grave ameaça”. É um crime cuja pena é de reclusão de seis a dez anos. No sentido da lei, a conjunção carnal é a cópula vagínica completa ou incompleta entre homem e mulher. Para prova do crime, é necessário o exame pericial que comprove, no caso de violência, as equimoses, os arranhões, etc. É definido como Crime Hediondo pela lei que aumentou a previsão de penas, e o autor não pode ser beneficiado com fiança nem liberdade provisória e o cumprimento da pena é sempre em regime fechado (BRASIL, 2005b, p.45).

Os crimes hediondos face à lei 11.464 /07 são beneficiados com a liberdade provisória se os criminosos são primários com bons antecedentes.

1.6.2 Lesão Corporal

Na violência física, das agressões resultantes a mais comum é a lesão corporal, sendo um crime que deixa vestígios, há necessidade de ser produzida prova pericial (exame de corpo de delito), comprovando-se a natureza das lesões, isto é, se leve, grave ou gravíssima. Os peritos, ao avaliarem a vítima, devem confeccionar um diagnóstico correspondente ao estado em que ela se encontra no momento em que é submetida ao exame de corpo de delito. Isso significa que devem retratar a realidade daquilo que efetivamente verificarem como lesões corporais sofridas pela vítima (GRECO, 2008).

O art.129 do Código Penal define lesão corporal: “ofender a integridade corporal ou a saúde de outrem”. Pode se apresentar de diversas formas: agressões físicas como socos, bofetões, pontapés ou agressões com qualquer tipo de objeto capaz de machucar ou prejudicar a saúde da pessoa. A lesão corporal pode ser de natureza leve, grave ou gravíssima. A lesão corporal de natureza leve é aquela que não causa grande ofensa à integridade corporal ou à saúde da pessoa, embora cause trauma psicológico. Lesão corporal grave causa incapacidade

para as ocupações habituais por mais de 30 dias, perigo de vida, debilidade permanente de membro, sentido ou função, e aceleração de parto. Nesse caso, a pena é de reclusão de um a cinco anos. É lesão corporal de natureza gravíssima a que resulta em incapacidade permanente para o trabalho, enfermidade incurável, perda ou inutilização de membro, sentido ou função, deformidade permanente e/ou aborto. Nesse caso, a pena de reclusão varia de dois a oito anos (BRASIL, 2004a, p.23).

Projeto de Lei altera o artigo 129 do Código Penal, criando um tipo especial de crime denominado “violência doméstica” e tornando inafiançável a “lesão corporal leve” e a “lesão corporal grave”, quando o crime for cometido por um agressor que conviva com a vítima dentro do lar (CONFEDERAÇÃO NACIONAL DAS TRABALHADORAS EM EDUCAÇÃO, 2004).

O art. 129. [...]

§ 9º Se a lesão for praticada por ascendente, descendente, irmão, cônjuge, companheiro, com quem conviva ou tenha convivido, ou, ainda, prevalecendo-se o agente das relações domésticas, de coabitação ou de hospitalidade:

Pena - detenção, de 3 (três) meses a 3 (três) anos (BRASIL, 2008).

1.6.3 Lei nº. 11.340

Conhecida como **Lei Maria da Penha**, a lei número 11.340 decretada pelo Congresso Nacional e sancionada pelo presidente do Brasil Luís Inácio Lula da Silva em 7 de agosto de 2006; dentre as várias mudanças promovidas pela lei está o aumento no rigor das punições das agressões contra a mulher quando ocorridas no âmbito doméstico ou familiar e estabelece medidas de assistência e proteção às mulheres em situação de violência doméstica e familiar. (BRASIL, 2008)

O art. 1º dessa Lei cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, definida como qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial nos termos do § 8 do art. 226 da Constituição Federal, 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 (ALVES, 2006).

A ação ou omissão deve ser baseada no gênero. A violência baseada no gênero pressupõe uma relação caracterizada pelo poder e dominação do homem sobre a mulher, baseada na histórica desigualdade entre os sexos (SILVA JÚNIOR, 2006).

Estudos e pesquisas revelam a existência de uma desigualdade estrutural de poder entre homens e mulheres e grande vulnerabilidade social das últimas, muito especialmente na esfera privada de suas vidas. Daí a aceitação do novo paradigma que, indo além dos princípios éticos universais, abarque também princípios compensatórios das várias vulnerabilidades sociais. Neste contexto, a "Lei Maria da Penha", ao enfrentar a violência que de forma desproporcional acomete tantas mulheres, é instrumento de concretização da igualdade material entre homens e mulheres, conferindo efetividade à vontade constitucional, inspirada em princípios éticos compensatórios (PIOVESAN e PIMENTEL, 2008).

Destacam-se sete inovações extraordinárias introduzidas pela Lei "Maria da Penha": mudança de paradigma no enfrentamento da violência contra a mulher; incorporação da perspectiva de gênero para tratar da desigualdade e da violência contra a mulher; incorporação da ótica preventiva, integrada e multidisciplinar; fortalecimento da ótica repressiva; harmonização com a Convenção CEDAW/ONU e com a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; consolidação de um conceito ampliado de família e visibilidade ao direito à livre orientação sexual; e, ainda, estímulo à criação de bancos de dados e estatísticas (PIOVESAN e PIMENTEL, 2008).

A Lei nº 11.340/06 não é perfeita, mas traz em seu bojo, dentre outros aspectos, todo o procedimento a ser seguido tanto pela autoridade policial, como pelo Ministério Público e Magistrado, bem como estabelece medidas protetivas de urgência relativas à vítima. Assim, a lei Maria da Penha possui um espírito muito mais educacional e de incentivo às ações afirmativas que de punição mais severas aos agressores (CAVALCANTI, 2007).

Na sociedade ocidental, a ciência é a forma hegemônica de construção da realidade. No entanto, continuamos a fazer perguntas e a buscar soluções. Para problemas essenciais, como a pobreza, a miséria, a fome, a violência, a ciência continua sem respostas e sem propostas (MINAYO, 2002).

A violência contra a mulher ocasiona impacto não apenas na sua saúde física como na psicológica e social. Tais agravos ultrapassam os limites da lógica humana, daí a importância do seu conhecimento por todos os profissionais, independente da área de atuação.

O motivo de realizar essa pesquisa no Município de Timon no Maranhão deve-se ao fato da pesquisadora trabalhar no Programa de Saúde da Família do referido município e ter começado a se questionar em relação as mulheres que a procuravam, querendo saber o porquê de tantas mulheres com sintomatologia que não se enquadravam em nenhuma patologia conhecida, além do mais eram mulheres que só estavam esperando serem interrogadas sobre as suas relações familiares para mostrarem uma realidade que não é

diferente do restante do mundo, a violência da qual são vítimas, e que aprenderam a conviver desde cedo.

Espera-se assim obter respostas que oferecerão um conhecimento maior sobre o tema para assim ter-se subsídios mais amplos para o desenvolvimento das ações no atendimento às mulheres vítimas de violência. O campo de trabalho é amplo e pouco pesquisado, o que demonstra que se deve dar maior atenção à mulher que busca ajuda junto ao profissional de saúde, após ser vítima de violência.

2. OBJETIVOS

2.1 Geral

Caracterizar a violência contra a mulher registrada no Instituto Médico Legal (IML) de Timon, município do Estado do Maranhão.

2.2 Específicos

- Descrever as características demográficas e socioeconômicas das mulheres vítimas de violência;
- Identificar grau de parentesco do agressor;
- Determinar o tipo de violência sofrida;

3. METODOLOGIA

No início a intenção era estudar as repercussões da violência na saúde das adolescentes com idade: 10 a 19 anos, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), porém as dificuldades encontradas foram muitas, a começar na dificuldade de acessar as informações que estavam registradas em prontuários na DEAM de Timon, pois de acordo com a Delegada, os processos corriam em segredo de justiça. Diante desse obstáculo a pesquisadora munida do Parecer Consubstanciado da Comissão de Ética da Universidade Federal do Maranhão (UFMA) dirigiu-se ao Promotor da Infância e da Adolescência onde exposto o assunto foi informada que poderia fazer a pesquisa naquele órgão, porém quando retornou foi informada que só poderia ter acesso aos processos em dias marcados e com a presença de funcionária da Delegacia. Com tantas barreiras a pesquisadora resolveu dirigir-se ao Secretário de Segurança, onde foi prontamente atendida e encaminhada para a DEAM de São Luís, entretanto a pesquisadora sentiu a necessidade de realizar o estudo na sua cidade de origem. Nesse ínterim foi aconselhada a realizar a pesquisa no IML de Timon e com mulheres na idade fértil, uma vez que tinham decorridos dois anos de tantas dificuldades e precisava iniciar o seu projeto. Ao procurar a direção do referido Instituto teve todos os dados disponibilizados e colocado à sua disposição todo o apoio que não teve na DEAM.

3.1 Tipo de Estudo

Para a elaboração da referida pesquisa foi definido um estudo descritivo retrospectivo.

3.2 Área de Estudo

Realizada no IML do município de Timon distante 426 km de São Luis por rodovia. O município está situado na microrregião geográfica do Itapecuru à margem esquerda do rio Parnaíba, limitando-se ao Leste com Teresina capital do Piauí. No Maranhão, Timon é o quarto maior município, tem uma população de 129.155 habitantes de acordo com o Censo Demográfico de 2007 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (I B G E), possuindo uma característica diferente das demais cidades brasileiras, a maioria de sua população é urbana 87,10%. Timon é uma cidade de porte médio, seu desenvolvimento deve-se a sua localização ao lado de uma Rodovia Federal e a proximidade com Teresina a capital

do Piauí, o contínuo tráfego de carros e pessoas coloca-a como um ponto de passagem de vários tipos de pessoas, revela uma população flutuante onde os vínculos sociais não são desenvolvidos em toda sua plenitude.

3.3 População de Estudo

São mulheres vítimas de violência e que procuram a DEAM para fazer o registro da queixa, sendo realizado um Boletim de Ocorrência (B.O) após serem ouvidas em depoimento perante a Delegada , que se informa como o fato ocorreu, solicitando então ao IML a realização do Exame de Corpo de Delito.

3.4 Particularidades dos Serviços

A DEAM de Timon foi criada em 1999, tendo dependências para sala da Delegada onde são feitas as audiências, sala para depoimentos (onde também funciona o arquivo), uma sala onde trabalham duas psicólogas para atendimento as mulheres vítimas de violência, e a carceragem para onde são recolhidos os agressores.

O IML foi implantado em Timon em outubro de 2000; com dois médicos legistas realizando inicialmente somente exames de Corpo de Delito, devido à falta de uma sala para realização de Necropsias. Atualmente funciona em prédio próprio anexo ao Hospital Regional Alarico Nunes Pacheco com toda uma infra-estrutura: recepção, administração/arquivo, sala do médico legista onde são realizados os exames de Perícias médico-legais, e a sala de Necropsias. Possui hoje três médicos legistas na elaboração de todos os laudos diários. Os exames de perícia podem ser de Conjunção Carnal no caso de Violência Sexual ou de Lesão Corporal quando ocorre Violência Física. Esse exame é realizado por médico legista que registra, em formulário próprio e padronizado no Estado, todos os agravos sofridos pela vítima, como também a sua identificação e do seu agressor, o tipo de objeto que provocou a lesão, o dia, hora e local do fato e outros questionamentos e respostas. Os laudos são registrados com uma numeração de acordo com a Delegacia que os solicita, visto que existem 6 (seis) Delegacias e as mesmas funcionam em regime de rodízio no plantão do final de semana (sábado e domingo).

3.5 Procedimentos da Coleta de Dados e Período

Foi feito inicialmente um levantamento nas estatísticas da DEAM dos casos registrados de violência contra a mulher nos anos de janeiro de 2000 a dezembro de 2005.

Foram consultados posteriormente os arquivos do IML de Timon, após sugestão que esse seria o melhor local para se detalhar a violência sofrida pelas mulheres.

Num primeiro momento foram requeridas as estatísticas de violência contra a mulher tanto física, psicológica ou sexual solicitadas pela DEAM, de janeiro a dezembro de 2005. Foi realizado um sorteio dos dois semestres e o sorteado foi o 2º semestre de 2005 (julho a dezembro de 2005). Sendo selecionados 106 (cento e seis) prontuários que preenchiam os critérios de elegibilidade, totalizando (45%) de um universo de 233 casos de violência contra a mulher no ano de 2005.

Num segundo momento a coleta de dados foi realizada no mês de agosto de 2007 de todos os casos de violência contra a mulher de acordo com os critérios de inclusão: Sexo: feminino, vítima de violência. Idade: 10 a 49 anos. Local da ocorrência: Timon (zona urbana ou rural). Período: julho a dezembro de 2005. Órgão: Instituto Médico Legal.

Como critério de exclusão: menor de 10 anos ou maior de 49 anos e aquelas que se negaram a realizar o exame de perícia médica.

O instrumento para coleta de dados foram dois questionários (Apêndice-A e Apêndice-B) elaborados a partir de dados do formulário próprio do IML, contendo as variáveis que representam o que procura saber a referida pesquisa e que é devidamente validado por ser usado em todos os serviços de Perícia Médica Legal.

3.6 Processamento e Análise de Dados

Ao final da pesquisa os dados coletados foram tabulados e submetidos à análise estatística utilizando o programa Epi-info versão 3.2.2, sendo os resultados representados em gráficos e tabelas para a discussão e elaboração das conclusões e considerações finais.

3.7 Aspectos Éticos

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da UFMA sob o nº. 199/06. Foi encaminhada solicitação à direção do IML de Timon para autorização de coleta dos dados nos prontuários das mulheres vítimas de violência, sendo autorizado.

4. RESULTADOS

Como resultados constatou-se que a violência contra a mulher nos meses de julho a dezembro de 2005 atingiu um total de 106 casos, sendo 78% de violência física, 12% de violência sexual e 10% de um tipo de agressão que foi denominada violência psico-sexual. (Gráfico1).

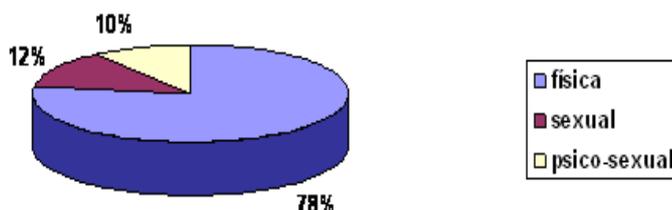


Gráfico 1 – Os números da violência contra a mulher no período de julho a dezembro 2005. Timon – MA.

Fonte: Instituto Médico Legal de Timon-MA

Na violência sexual (Tabela 1) foram registrados 54% de estupros consumados, 30 % de tentativas de estupro e 8% de assédio sexual. Na violência psico-sexual, houve 27% casos de difamação e 64% casos de solicitação de comprovação de virgindade, com exame de conjugação carnal solicitados pela DEAM.

Tabela 1 – A violência sexual e psico-sexual contra a mulher no período de julho a dezembro 2005. Timon-MA

VARIÁVEIS	f	%
VIOLÊNCIA SEXUAL		
Estupro	7	54
Tentativa de estupro	4	30
Sedução	1	8
Assédio sexual	1	8
Total	13	100
VIOLÊNCIA PSICO-SEXUAL		
Difamação	3	27
Calúnia	1	9
Conjunção carnal	7	64
Total	11	100

Fonte: Instituto Médico Legal de Timon – MA

As características em relação à cor (Tabela 2) foram: as mulheres de cor parda aparecem com 56%. A idade das vítimas aumentou 34% na faixa de 20 a 29 anos, e teve uma queda de 8% na faixa de 40 a 49 anos. Quanto ao estado civil às solteiras predominaram com 64% casos e as casadas aparecem com 26%.

Tabela 2 – Cor, idade, naturalidade e estado civil da mulher vítima de violência no período de julho a dezembro 2005. Timon-MA.

VARIÁVEIS	F	%
COR		
Branca	10	9
Preta	24	23
Parda	59	56
Não descrita	13	12
Total	106	100
IDADE		
10 a 19	34	32
20 a 29	36	34
30 a 39	28	26
40 a 49	8	8
Total	106	100
NATURALIDADE		
Maranhense	34	32
Piauiense	69	65
Outra	3	3
Total	106	100
ESTADO CIVIL		
Solteira	68	64
Casada	27	26
União estável	11	10
Total	106	100

Fonte: Instituto Médico Legal de Timon - MA

Quanto à profissão (Gráfico 2) uma policial civil (1%) foi vítima de agressão, as trabalhadoras domésticas (39%) e as estudantes com (28%). As profissionais da saúde, agente comunitário de saúde e técnica de enfermagem aparecem com 4%.

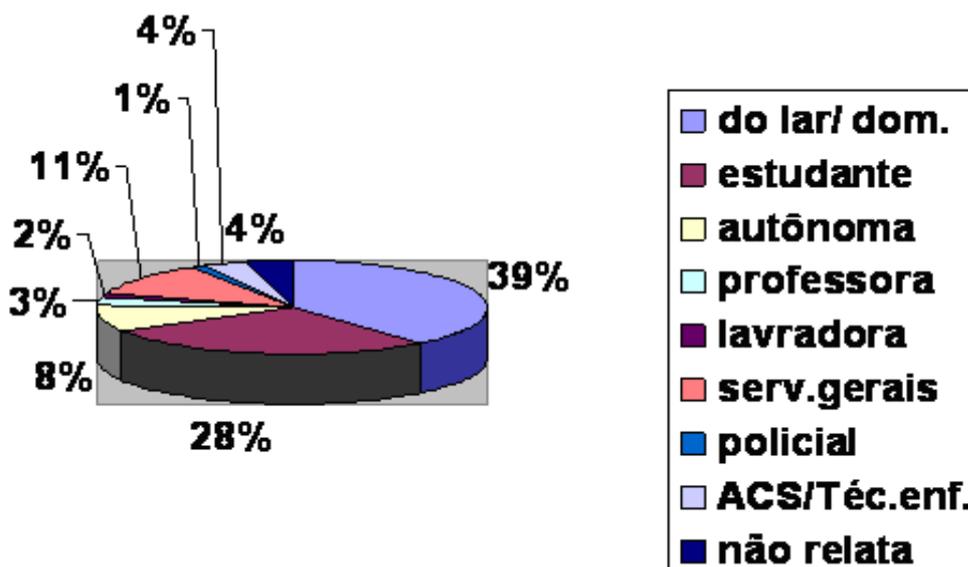


Gráfico 2 – Profissão da mulher vítima de violência no período de julho a dezembro 2005. Timon – MA.

Fonte: Instituto Médico Legal de Timon - MA

Na (Tabela 3), dos 106 casos de violência registrados no IML 86 % eram da zona urbana e apenas 5% da zona rural.

Tabela 3 – Zona de residência da vítima de violência no período de julho a dezembro 2005. Timon-MA.

VARIÁVEL	F	%
ZONA DE RESIDÊNCIA		
Urbana	91	86
Rural	5	5
Não relatado	7	6
Outras cidades	3	3
Total	106	100

Fonte: Instituto Médico Legal de Timon - MA

No (Gráfico 3) a violência contra a mulher predominou nos bairros da zona oeste da cidade com 41% e um menor percentual na zona centro que registrou 5 %.

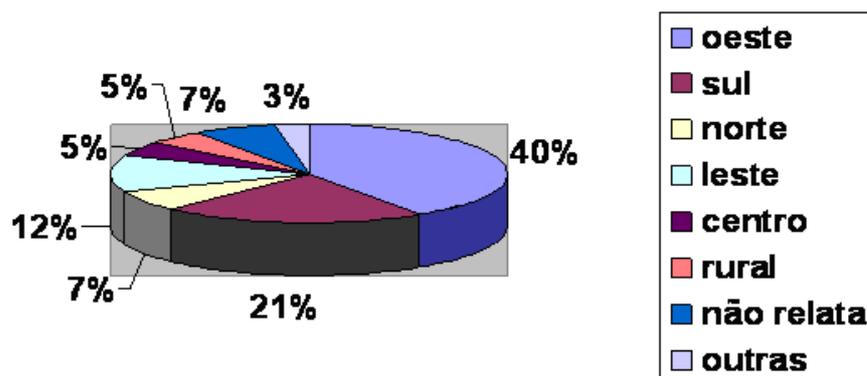


Gráfico 3 – Bairros onde residem as mulheres vítimas de violência, no período de julho a dezembro 2005. Timon – MA.

Fonte: Instituto Médico Legal de Timon - MA

A violência (Tabela 4) em 57% foi provocada por apenas um agressor, sendo 54% dos agressores conhecidos da vítima.

Tabela 4 – Número de agressores e conhecimento com a mulher vítima de violência no período de julho a dezembro 2005. Timon-MA.

VARIÁVEIS	F	%
NÚMERO DE AGRESSORES		
1 agressor	61	57
Mais de 1	1	1
Não descrito	42	40
Sem agressão	2	2
Total	106	100
CONHECIMENTO		
Conhecido	57	54
Desconhecido	5	5
Não descrito	44	41
Total	106	100

Fonte: Instituto Médico Legal de Timon - MA

Quanto ao tipo de parentesco entre a mulher e o agressor, o marido/companheiro destacou-se com 44%, seguido pelo ex-marido/ex-companheiro com 14%, noivo/namorado aparece com 5%, ex-noivo/ex-namorado 11%. (Gráfico 4).

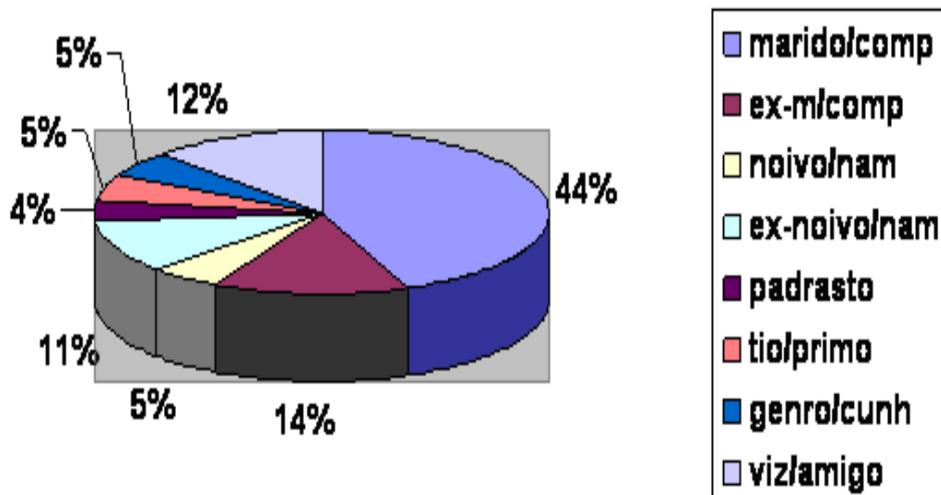


Gráfico 4 – Parentesco entre o agressor e a mulher vítima de violência, julho a dezembro 2005. Timon – MA.

Fonte: Instituto Médico Legal de Timon – MA

A violência praticada por quem tem um vínculo conjugal com a mulher (Gráfico 4a) aparece em 74% dos casos.

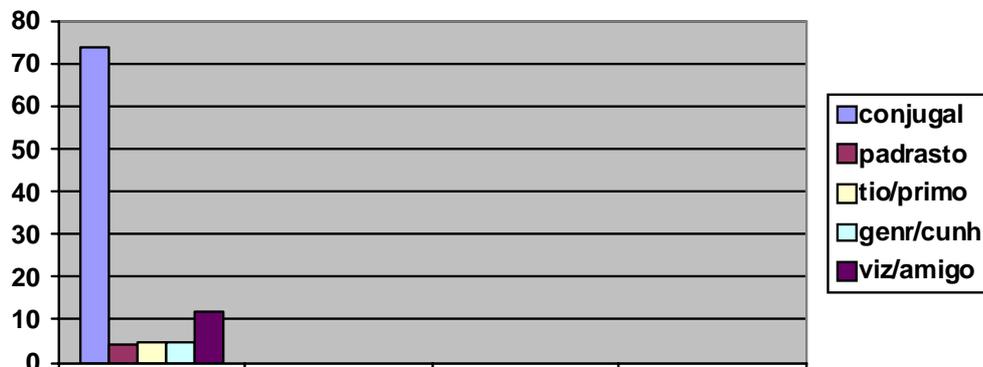


Gráfico 4a - A mulher e a violência conjugal, julho a dezembro 2005. Timon-MA.

Fonte: Instituto Médico Legal de Timon – MA

Na violência física (Gráfico 5) foi observado o uso de 108 tipos de armas na agressão. Em alguns casos a mulher foi agredida com mais de um tipo de arma, sendo que predominou o uso da mão 52%, com agressões como puxões, empurrões, tapas até socos, espancamento e esganadura (enforcamento), e 10% com objetos diversos tipo: paus, coronhada de revólver, panadas de faca, pedra e facão; 10% casos de chutes e pontapés. A arma branca (faca, garfo e facão) contribuiu com 8% casos de agressão e os dentes aparecem com 1% em um caso de mordida.

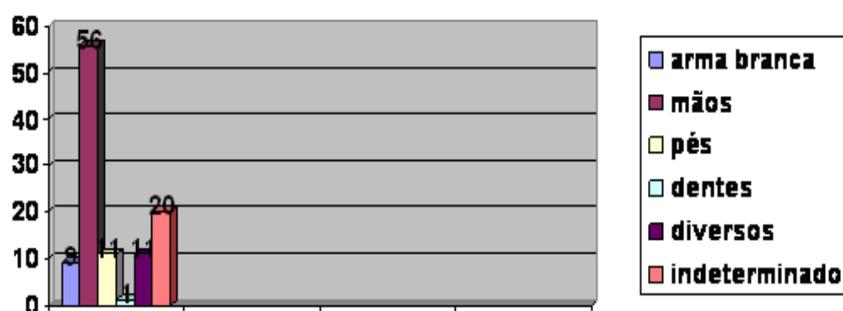


Gráfico 5 – Armas usadas na violência contra a mulher no período de julho a dezembro 2005. Timon – MA.

Fonte: Instituto Médico Legal de Timon – MA

Em 61% das mulheres havia múltiplas lesões (Tabela 5), 25% com lesão única e 14% sem lesão. As regiões do corpo da mulher onde essa violência foi praticada foram: na violência sexual 3% no hímen; na violência física o local mais atingido foram os Membros Superiores (MMSS) 34%, seguidos pelas lesões na cabeça com 30%, depois os Membros Inferiores (MMII) 15%, o tronco com 10%, o dorso com 5%, as nádegas com 0.5%, região abdominal também com 0.5% e pescoço com 2%.

Tabela 5 – Número de lesões e regiões do corpo da mulher vítima de violência no período de julho a dezembro 2005. Timon-MA.

VARIÁVEIS	F	%
NÚMERO DE LESÕES		
Única	26	25
Múltiplas	65	61
Sem lesão	15	14
Total	106	100
REGIÃO DO CORPO		
Hímen	7	3
MMSS	71	34
Cabeça	63	30
MMII	31	15
Tronco	20	10
Dorso	10	5
Nádegas	1	0,5
Abdômen	1	0,5
Pescoço	5	2
Total	209	100

Fonte: Instituto Médico Legal de Timon - MA

Quanto ao tipo de lesão corporal (Gráfico 6) ocorreram fraturas em 1%, ferimentos em 9%, desde cortes que já haviam sido suturados até outros que já estavam cicatrizados por segunda intenção. A equimose com 34% prevaleceu junto com as escoriações, 27%, hemorragia subconjuntival 1% após soco, e edema em 12%. Na violência sexual houve ruptura himenal em 5%; não havia lesão em 11% mesmo a vítima tendo denunciado na DEAM que tinha sofrido violência sexual.

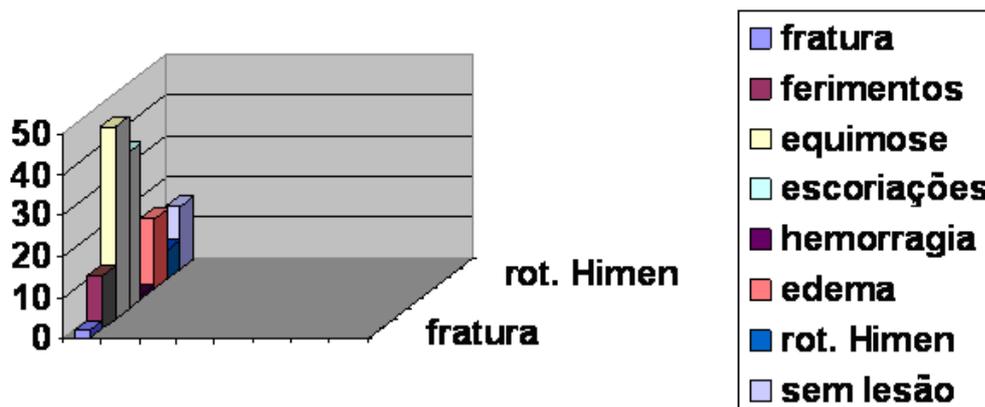


Gráfico 6 – Tipo de lesão corporal provocada pela violência contra a mulher, julho a dezembro 2005. Timon – MA.

Fonte: Instituto Médico Legal de Timon – MA

Na (Tabela 6) quando se analisou a ação do instrumento usado para provocar a lesão na mulher, observou-se que o instrumento de ação contundente (mão, pau, pedra e cabo de revólver) apareceu em 70%, seguido por não conclusivos 20% e de instrumento de ação corto – perfurante/faca, facão, garfo e dentes 10%.

Tabela 6 – Ação do instrumento usado que provocou lesão na mulher vítima de violência no período de julho a dezembro 2005. Timon-MA.

VARIÁVEL	f	%
AÇÃO DO INSTRUMENTO		
Contundente (mão, pau, pedra, revólver)	74	70
Corto-perfurante (faca, facão, garfo, dentes)	11	10
Não conclusivo	21	20
Total	106	100

Fonte: Instituto Médico Legal de Timon - MA

No quesito se essa violência causou agravo à saúde da mulher (Gráfico 7) foram respondidos que sim em 79%, que não em 8%, e 13% foram prejudicados.

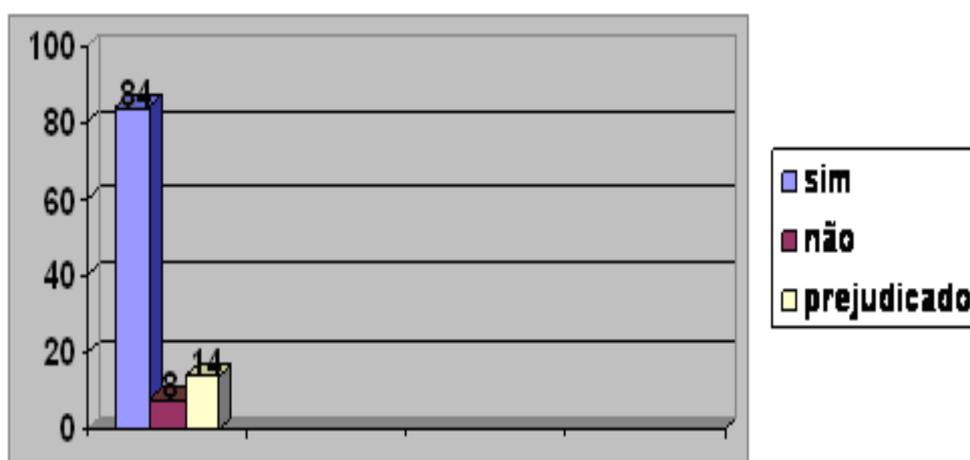


Gráfico 7 – Presença de agravos à saúde da mulher vítima de violência, julho a dezembro. Timon – MA.

Fonte: Instituto Médico Legal de Timon-MA

Na violência sexual e psico-sexual no exame de conjunção carnal (Tabela 7), em 58% a mulher não era virgem e continuava virgem em 21%.

Tabela 7 – Exame de conjunção carnal na mulher vítima de violência no período de julho a dezembro 2005. Timon-MA.

VARIÁVEL	f	%
VIRGEM		
Sim	5	21
Não	14	58
Prejudicado	5	21
Total	24	100

Fonte: Instituto Médico Legal de Timon - MA

5. DISCUSSÃO

Foi verificado o predomínio da lesão corporal em 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 Delegacia da Mulher de Goiânia. Kronbauer e Meneghel (2005) citam a violência psicológica 55%, com predomínio sobre a física 38%. A RedeSaúde (2001) em Londrina, aferiu que 54,52% de todos os casos correspondiam à violência psicológica, 40,83% à violência física, e 2,55%, à violência sexual.

Nos achados desta pesquisa, os estupros foram consumados em 54%, sendo 30% tentativas de estupro. Houve apenas 8% de assédio sexual, o que pode ser explicado devido às orientações que hoje as mulheres possuem em relação a esse tipo de crime, ou, até mesmo o contrário, elas não denunciam porque não relaciona como crime esse tipo de atitude. No estudo de Lopes (2004) em Teresina, o estupro foi o crime mais freqüente entre as adolescentes 66,4%. Sendo confirmado no Distrito Federal por Costa e Moura (1999), que apresentam o estupro como a principal queixa na DEAM, seguida de tentativa de estupro. Pesquisa realizada no Canadá por Kauppinen, 1998, mostrou que cerca de 87% das mulheres entrevistadas responderam já ter vivido alguma experiência de assédio sexual.

Foi constatado um tipo de violência contra a mulher que é o somatório de dois tipos de violência, a sexual e psicológica. Ocorre quando a mulher sofre acusação por parte do homem que diz ter mantido relação sexual com a mesma, seus pais querem provar que isto é uma difamação (violência psicológica), registram o B.O. na DEAM, sendo encaminhada para o IML onde ela será submetida ao exame de conjunção carnal, realizado assim um procedimento contra a sua vontade. Foram registrados 64% de comprovação de virgindade, com exame de conjunção carnal solicitado pela DEAM. Na pesquisa de Lamoglia (2004), 8% dos casos são de injúria, difamação e tentativa de homicídio.

Nas características das mulheres vítimas de violência examinadas no IML em relação à cor: as mais atingidas 56% foram as de cor parda. 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. Em relação ao estado civil mostrou que as mulheres solteiras sofrem mais esse tipo de agressão, com 64% do total pesquisado. Para Andrade e outros (2001), as solteiras eram 82% das vítimas de violência contra a mulher.

A violência aumentou com a idade das vítimas em 34% tinham idade entre 20 a 29 anos, houve uma queda na faixa etária de 40 a 49 anos aparecendo com 8%. No estudo de Andrade e outros (2001), a idade das mulheres variou de 5 a 49 anos, sendo que 50% eram de jovens com até 19 anos. No estudo da Delegacia de Polícia de Defesa da Mulher-DPDM (1999), em Goiás, a maioria das vítimas tinha entre 18 e 45 anos. Para a FAPESP (1999), 50% das mulheres têm entre 30 e 40 anos, e 30% têm entre 20 e 30 anos. Na variável naturalidade aparece um dado importante para quem conhece a situação de Timon em relação à vizinha cidade de Teresina, capital do Piauí, muitos moradores de Timon têm naturalidade piauiense. Confirmando esse dado, 65% das mulheres vítimas de violência são piauienses.

Na análise dos dados em relação à profissão, foi confirmado o que é relatado na literatura, todas as classes são atingidas. Mesmo não conseguindo dados de renda e escolaridade, visto que essas variáveis não foram preenchidas nos laudos do IML, foi constatado que a violência atingiu desde a mulher lavradora que, provavelmente, não é alfabetizada, até a professora. Houve uma policial civil (1%) vítima de agressão, isso demonstra que mesmo a mulher preparada para enfrentar bandidos é passível de sofrer agressão, não foi confirmado no laudo do IML se ela sofreu agressão no exercício da profissão, devido ao preenchimento incompleto dos laudos do IML em relação à identificação do agressor, ou do local onde foi provocada a agressão. A classe mais atingida foi a da dona de casa/doméstica 39%, depois estudantes, com 28%.

No trabalho de Andrade e outros (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.

Neste estudo, as mulheres vítimas de violência em 86 % dos casos eram da zona urbana, predominando as moradoras em bairro da zona oeste da cidade, aparecem com 40 %. Mesmo sabendo que a violência atinge a todas as mulheres, no presente trabalho as zonas onde o poder sócio-econômico-cultural é menor, também foram as mais atingidas.

Fica a dúvida se o silêncio é maior entre as classes sociais mais elevadas. Na pesquisa feita pelo FIBGE (1999) nos bairros da zona norte do Rio (Tijuca e Maracanã), 64% das mulheres relataram já terem sido vítimas de violência conjugal em algum momento de suas vidas. A pesquisa nacional sobre violência doméstica de 1994 a 1998 que foi coordenada em São Luís por Rocha (2007) indica que 70% do total de denúncias foram de violência doméstica.

Verificou-se no presente estudo que o preenchimento do BO é incompleto, não procura identificar o número de agressores, ou o grau de conhecimento da vítima com o seu agressor, foram 41% casos não descritos em relação ao conhecimento com a vítima e 40% não descritos no quesito em relação ao número de agressor. Será consequência de negligência na elaboração do exame? No serviço onde a pesquisa foi realizada, seria o fato de serem médicos (homens) que realizam esses exames e não valorizam esses dados? Na cabeça deles tenderiam culpabilizar a mulher e inocentar o agressor? Na pesquisa de Lamoglia (2004), na variável cor foi inviabilizado o resultado pelo grande número de desinformação.

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 também confirmou outros trabalhos já publicados, onde o marido/companheiro destacou-se com 44% casos de agressão à mulher. Esse percentual aumentou para 74% quando foram somados todos os casos de violência considerada conjugal. Na pesquisa de Rabello e outros (2006), em João Pessoa, foi constatado que a maioria das mulheres agredidas eram vítimas de companheiros 31,5%. 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.

Dentre outros grupos sociais que têm influência sobre as pessoas destacamos o grupo sobrenatural (Igreja), esse é o segundo grupo após a família, onde deve ser feitas campanhas e incentivados comportamentos que desestimule o uso da violência contra a mulher (FONTOURA, 1975).

Os dados desta pesquisa demonstram que a força física do homem aparece com 52% tipos de agressões, desde puxões, empurrões, tapas, socos, espancamento e esganadura (enforcamento). Sendo 10% com objetos diversos, tipo: paus, cabo de revólver (coronhada), panadas de faca, pedra e facão. Os pés também aparecem como instrumento de agressão à mulher com chutes e pontapés. A arma branca (faca e garfos) contribuiu com 8%. Até os dentes serviram de instrumento para agredir a mulher, com mordida em 1%, provocado por ex-namorado em um acesso de ciúmes conforme o laudo do IML. Na pesquisa de Reis e outros (2004), as lesões produzidas sem o uso de armas foram 75% dos casos. Quando

utilizadas, constatou-se que o número de casos com lesões decresce frente o emprego de facas (14,3%) e revólveres (10,7%) contra vítimas adultas e adolescentes. As mulheres foram cerca de 4 vezes mais agredidas do que os homens em lesões menos graves (empurrar, bater, chutar e ferir), e 2 vezes mais vitimadas por violência grave (espancamento, estrangulamento, uso ou ameaça de arma branca ou arma de fogo) de acordo com a pesquisa da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – FIBGE (1999).

O Estado através de suas campanhas educativas e programas assistenciais, também é um importante pólo de ajuda e proteção às mulheres vítimas de violência, entretanto é constatado que muitos direitos, leis, decretos e portarias não são respeitadas quando se trata de violência contra a mulher. Confirmando que a raiz do problema está na hierarquia de desigualdade de um gênero sobre o outro, e que a violência contra a mulher é violência de gênero. Na cidade onde foi realizada a presente pesquisa, não existe no Hospital Regional onde fica o IML, o serviço de Anticoncepção de Emergência (AE) para as mulheres vítimas de estupro, ou, a Prevenção das IST/aids.

A Escola também é um importante local onde deve ser debatida a violência contra a mulher através de disciplinas curriculares e extracurriculares. Nos cursos da área de saúde, especialmente no de medicina, pode-se ter um importante aliado no combate à violência contra a mulher, colocando o tema na grade curricular como disciplina

Na variável número de lesões, em 61% havia múltiplas lesões. Nas regiões do corpo da mulher onde essa violência foi praticada foram registradas 209 lesões, devido à existência de lesões múltiplas em algumas mulheres. Na violência física o local mais atingido foram os Membros Superiores (MMSS) com 34%; depois as lesões na cabeça com 30%. Isto mostra que a agressão física contra a mulher funciona como um castigo, e o agressor quer demonstrar não apenas a sua força física, mas também quer deixar marcada a sua vítima para que todos vejam que ela afrontou o “seu senhor”, pois deixa marcas em locais visíveis que a mulher não pode esconder, às vezes, tem que se ausentar das suas funções, ou então necessitará mentir, por medo ou vergonha de contar a origem das lesões. No estudo de Garbin e outros (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.

Foi confirmado o predomínio da força física. A equimose prevaleceu em 34%, junto com as escoriações 27%. Na violência sexual, houve 5% de rupturas himenal comprovando o estupro e conjunção carnal. Somente em 11% não havia lesão, mesmo a vítima tendo denunciado na DEAM que tinha sofrido violência sexual. Para Lopes (2004), os

traumas corporais aparecem em (76,7%) dos casos; destacando-se os hematomas, edema vulvar e escoriações.

A ação do instrumento usado para provocar lesão na mulher, de ação contundente (mão, pau, pedra e cabo de revólver) apareceu em 70%.

No quesito em relação se essa violência causou agravo à saúde da mulher, foi constatado que 79% foram respondidos com “sim”. Houve 2% de casos com tentativa de estrangulamento, usando as mãos e 8% de agressão à mulher com o uso de arma branca. No trabalho de Lopes e outros (2004), aparecem os traumas corporais, e Lamoglia (2004), os socos no rosto, nos olhos e nos dentes são freqüentes. Para Garbin (2006), acontecem lesões na região da cabeça; para Reis e outros (2004), as lesões produzidas sem uso de armas são 75%, com o emprego de facas 14,3%, e revólveres, 10,7%. Na pesquisa da FAPESP (1999), as lesões corporais dolosas aparecem com 81,5%, configurando crime de ação dolosa, o agressor teve a intenção de matar a vítima.

Nos casos de violência sexual no exame de conjunção carnal em 58% a mulher não era virgem, sendo que desses 54% foram resultados de estupro. Na pesquisa de Andrade e outros (2001), na análise de experiência sexual, constatou-se que cerca de um terço (32,4%) eram virgens.

6. CONCLUSÕES

Verificou-se que a violência contra a mulher ocorre em todas as esferas da sociedade desde as trabalhadoras domésticas até as professoras (3%). E que essa violência não é de caráter sazonal e que cerca de 91% dos casos acontecem em ambiente urbano.

Na maioria das agressões predomina a violência física (78%), sendo as mulheres solteiras (64%) as mais atingidas pelas diversas modalidades de violência.

Ressalta-se que 54% das agressões contra as mulheres foram praticadas por pessoas por elas conhecidas e que, destas, 44% eram marido/namorado.

Depreende-se portanto, que, a mulher continua sendo vítima de violência em qualquer local, tempo ou espaço, independe de sua idade, raça/etnia, estado civil, poder econômico ou social, podendo sofrer em qualquer momento um ato de violência física, sexual, psico-sexual ou doméstica.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 14724**: informação: trabalhos acadêmicos: apresentação. Rio de Janeiro, 2005.

ABRAMOVAY, M. et al. **Juventude e sexualidade**. Brasília: UNESCO, 2004.

AÇÕES EM GÊNERO CIDADANIA E DESENVOLVIMENTO. **Direitos humanos das mulheres**: em outras palavras: subsídios para capacitação legal de mulheres e organizações. Brasília, DF, 2002.

ALMEIDA, S. S. *Femicídio, algemas (In) visíveis do público / privado*. Rio de Janeiro, Revinter, 1998.

ALVES, F. M. Lei Maria da Penha: das discussões à aprovação de uma proposta concreta de combate à violência doméstica e familiar contra a mulher. **Jus Navigandi**, Teresina, ano 10, n. 1133, ago. 2006. Disponível em: <<http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=8764>>. Acesso em: 4 de jun. de 2007.

ANDRADE, R. P. et al. Características demográficas e intervalo para atendimento em mulheres vítimas de violência sexual. **Rev. Bras. Ginecol. Obstetn.** v. 23, n.9, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php/script=sci_abstract&pid=S10072032001000900006&1>. Acesso em: 7 de jun. 2007.

ARTICULAÇÃO DE MULHERES BRASILEIRAS. **Políticas públicas para mulheres no Brasil**: balanço nacional cinco anos após Beijing. Brasília, DF, 2000.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE APOIO E PROTEÇÃO A INFANCIA E ADOLESCÊNCIA-ABRAPIA. **Violência sexual contra crianças e adolescentes**: instrumentalizando uma prática. São Luís, 2002.

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

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

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.

_____. **A violência contra as mulheres no Brasil e a Convenção de Belém do Pará dez anos depois** (O Progresso das Mulheres no Brasil: capítulo 8, p. 246) UNIFEM. Ford Foudation. CEPIA: Brasília, 2006.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres**. Brasília, DF, 2008.

_____. Congresso. Senado Federal. **A mulher e as leis**: perguntas e respostas para o Brasil do século XXI. Brasília, DF, 2004a.

_____. Ministério da Justiça e Ministério do Trabalho e Emprego. **O que é gênero? : um novo desafio para a ação das mulheres trabalhadoras rurais**. 3 ed. Brasília, DF, 2001a.

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

_____. Ministério do Trabalho. Programa Nacional dos Direitos Humanos. **Brasil, gênero e raça**: todos pela igualdade de oportunidades, teoria e prática. Brasília, DF, 1998b.

_____. Ministério da Justiça. **Programa Nacional de Direitos Humanos**. Brasília, DF, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Legislação de Saúde. **Política nacional de redução de morbimortalidade por acidentes e violência**. Brasília, DF, 2001c. (Série E, n. 8)

_____. Ministério da Saúde. **Norma técnica para prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes**. Brasília, DF, 2005a.

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

_____. Presidência da República Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Plano nacional de políticas para as mulheres**. Brasília, DF, 2004b.

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

_____. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Programa de Prevenção, Assistência e Combate à Violência contra a Mulher. **Diálogos sobre violência doméstica e de gênero: construindo políticas públicas**. Brasília, DF, 2003b.

_____. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Violência sexual no Brasil: perspectivas e desafios**. Brasília, DF, 2005b.

_____. Casa Civil. Lei nº. 11.340 de 07 de agosto de 2006. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/ Ato2004-2006/2006/Lei/L11340.htm>. Acesso em 09 de junho 2008.

BERGER, S. M. D. **Violência sexual contra mulheres: entre a (in)visibilidade e a banalização**. Dissertação de Mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz, 2003.

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: 22 de maio 2007.

CARCEDO, C. Ana; et al. Femicídio em Costa Rica: balance mortal. **Med. leg.** Costa Rica: v. 19, n. 1, p. 5-16, 2002. Disponível em: <<http://www.bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online>>. Acesso em: 22 de maio 2007.

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: 22 de maio 2007.

CAVALCANTI, S. V. F. **Violência doméstica contra a mulher: Análise da Lei Maria da Penha, nº 11.340/06.** Podium, Bahia, 2007.

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

COSTA, A. M.; MOURA, M. A. V. **Aborto legal: o desafio de se cumprir a lei.** Brasília, DF: UnB, 1999.

DIREITOS HUMANOS NA INTERNET. **Os desafios e as conquistas das mulheres.** Disponível em: <<http://www.dhnet.org.br/oficinas/dhparaiba/5/mulher2.html>>. Acesso em: 19 de nov. 2005.

DELEGACIA DE POLÍCIA DE DEFESA DA MULHER. **Dados sobre violência contra mulher do Estado de Goiás: 1985-1999.** Goiás, 1999. Mimeografado.

DREZETT, J. **Estudo de fatores relacionados com a violência sexual contra crianças, adolescentes e mulheres adultas.** 2000. Tese de Doutorado. Centro de Referência da Saúde da Mulher e de Nutrição, Alimentação e desenvolvimento Infantil. Escola de Medicina - USP, São Paulo, 2000.

DUARTE, G. D. **A Constituição: explicada ao cidadão e ao estudante.** 10. ed. Belo Horizonte: Lê S/A, 1995.

FAÚNDES, A. et al. O risco para queixas ginecológicas e disfunções sexuais segundo história de violência sexual. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet**; v. 22, n. 3, 2000. Disponível em: <http://www..scielo.br./scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0100-7203200000300006&1>. Acesso em: 7 de jun. 2007.

_____. Relatório final: IX Fórum Interprofissional: abortamento inseguro como forma de violência contra a mulher. **Femina**. v. 32, n. 10, 2004. Disponível em: <<http://www.bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online>>. Acesso em: 22 de maio 2007.

_____. **Síntese dos Relatório dos Fóruns I a VI**. Atendimento integral à mulher vítima da violência sexual: seis anos de deliberações. Campinas: CEMICAMP, 2002.

_____. Violência sexual: procedimentos e seus resultados no atendimento de urgência de mulheres vítimas de estupro **Rev. Bras. Ginecol. Obstet**. v. 28, n. 2, 2006. Disponível em: <<http://www.bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online>>. Acesso em: 22 de maio 2007.

FONTOURA, A. **Introdução à sociologia**. 5 ed. Porto Alegre: Globo, 1975

FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Subsecretaria de Pesquisas e Cidadania. **Resolução de conflitos conjugais Tijuca-Maracanã**. Rio de Janeiro, jul.1999. Mimeografado.

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

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.scielosporg/scielophp/script=sci-arttex&pid=S0102-311X2006001200007&Ing=pt&nrm=iso>>. Acesso em: 15 jun. 2007. Pré-publicação.

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.

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

JURKEWCZ, R. S. **Afinal, o que gênero?**. [S.l.]: [entre 1990 e 2004]. Mimeografado.

KAUPPINEN, K. **Workplace violence against women: examples from the European Union and Russia**. Finland, 1998.

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. Disponível em: <<http://www.bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online>>. Acesso em: 22 de maio 2007.

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.

LEONARDI, V. P. B. **Violência e direitos humanos nas fronteiras do Brasil**. v. I, Brasília, DF: Paralelo 15, 2007. (Coleção Violência e Direitos Humanos).

LOPES, I. M. R. S; GOMES, K. R. O; SILVA, B. B. Características da violência sexual em mulheres atendidas no projeto Maria-Maria em Teresina-Pi. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet**. v. 26, n. 2, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php/script=sci_abstract=S0100-72032004000200005&1> Acesso em: 7 de jun. 2007.

MENEGHEL, S. N. et al. Cotidiano ritualizado: grupos de mulheres no enfrentamento à violência de gênero. **Ciênc. Saúde coletiva**. v. 10, n. 1, 2005. Disponível em: <<http://www.bases.bireme.br>>. Acesso em: 22 de maio 2007.

MINAYO, M. C. S. et al. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 20 ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

_____. **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. 2007.

_____. **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. 2007.

MONTEIRO, C. F. S. **Marcas no corpo e na alma de mulheres que vivenciaram a violência conjugal:** uma compreensão pela enfermagem. 2005. 150 f. Tese apresentada à Universidade Federal do Rio de Janeiro. Escola de Enfermagem Ana Nery para a obtenção do grau de Doutor. Rio de Janeiro, 2005. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online>>. Acesso em: 30 de maio 2007.

MOTA, J. C. **Violência contra a mulher praticada pelo parceiro íntimo:** estudo de um serviço de atenção especializada. 2004. 92 f. Tese (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: <<http://www.bases.bireme.br/cgi-bin/wislind.exe/iah/online>>. Acesso em: 22 maio 2007.

_____ et al. Análise de correspondência como estratégia para descrição do perfil da mulher como vítima do parceiro atendida em serviço especializado. **Ciênc Saúde Coletiva.** v. 12, n. 3. Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci-arttext&pid-S1413-2320070003000030&1...>>. Acesso em 30 de maio 2007.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração universal dos direitos humanos.** Disponível em: <<http://www.mj.gov.br>>. Acesso em: 19 de nov. 2005.

_____. Conselho Social e Econômico. **Relatório do Trabalho de Grupo na Violência contra a Mulher.** Viena, 1992.

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

PORTAL VIOLENCIA CONTRA AMULHER: Pesquisa realizada pela Justiça do Maranhão Disponível em <http://www.violenciamulher.org.br/index.php>. Acesso em 12/03/2009.

PERROT, M. Os silêncios do corpo da mulher. In: SOIHET, R.; SANTOS DE MATOS, M. I. (Orgs.). **O corpo feminino em debate**. São Paulo: UNESP, 2003.

PIOVESAN, F. e PIMENTEL, S. **Lei Maria da Penha**: inconstitucional não é a lei, mas a ausência dela. Disponível em: <[http://www.articulaçãodemulheres.org.br/Lei Maria da Penha](http://www.articulaçãodemulheres.org.br/Lei%20Maria%20da%20Penha). Acesso em 26 de agosto 2008.

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 maio 2007.

REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE E DIREITOS REPRODUTIVOS. **RedeSaúde. Saúde da mulher e direitos reprodutivos**: dossiês. São Paulo, 2001.

REIS, J. N. et al. Mulheres vítimas de violência sexual: meios coercitivos e produção de lesões não-genitais. **Cad. Saúde Pública**. v. 20, n. 2, 2004 Disponível em: <<http://www.bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online>>. Acesso em: 22 de maio 2007.

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

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

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.; ALMEIDA, S. S.. **Violência de gênero: poder e impotência**. Rio de Janeiro: Revinter, 1995.

SALIBA, O. et al. Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. **Rev. saúde pública.** v. 41, n. 3, p. 472-477, 2007. Disponível em: <<http://www.bases.bireme.br>>. Acesso em: 7 de jun. 2007.

SILVA JUNIOR, E. M. Direito Penal de gênero. Lei nº 11340/06: violência doméstica e familiar contra a mulher. **Jus Navigandi**, Teresina, ano 11, nº 1231, 14 nov. Acesso em 27.06.08.

SOUZA, V. L. N. **A violência contra a mulher e a proteção social:** estudo sobre as ações da Prefeitura Municipal de Belém destinadas às mulheres. 2006. 159 f. Dissertação. (Mestrado em Serviço Social). Universidade Federal do Pará, 2006.

THE JOHNS HOPKINS UNIVERSITY SCHOOL OF PUBLIC HEALTH-JOHNS HOPKINS. **Population Reports.** Baltimore, v 27, n. 4, Série L, n.11, dic. 1999.

THOMAS, D. **Injustiça e violência contra a mulher no Brasil:** um relatório do Américas Watch e do projeto dos direitos das mulheres. Washington: Human Rights Watch, 1992.

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA. **Assessoria de Comunicação Social.** André Augusto Castro Editor On-line. Disponível em: <<http://www.Unb.gov>> Acesso em: 25 de set. 2005.

VAITSMAN, J. **Flexíveis e plurais:** identidade, casamento e família em circunstâncias pós-moderna. Rio de Janeiro: Rocco, 1994.

VARGAS, J. D. **Estupro: Que Justiça? Fluxo de Funcionamento e Análise de Tempo da Justiça Criminal para o Crime de Estupro,** Tese de doutorado apresentada ao Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro, 2004.

VENTURI, G. et al (orgs). **A mulher brasileira nos espaços público e privado.** São Paulo: Ed. Fundação Perseu Abramo, 2004.

VILHENA, J.; ZAMORA, M. H. Além do ato: os transbordamentos do estupro. In: **Revista Rio de Janeiro.** Rio de Janeiro, v. 12, 2005. Disponível em: <http://www.campanha.16dias.org.br/16_dias_06/Artigos/index.asp>. Acesso em: 15 de maio 2007.

APÊNDICES

Apêndice A – Modelo de ficha protocolo de corpo de delito e lesão corporal

FICHA PROTOCOLO

Data: / /200 n.º. ordem dos dados:

Corpo de Delito

Lesão Corporal

1. Identificação da Ocorrência:

- n.º. do exame do IML:
- Delegacia solicitante:
- Dia do exame: Hora: Local:
- Dia da ocorrência: Local da ocorrência:
- Tipo de violência:
- n.º. de agressores: conhecido ()

2. Identificação da Vitima

- Iniciais: Idade:
- Cor: Naturalidade:
- Estado civil: Escolaridade:
- Profissão: Renda:

3. identificação da lesão:

- Descrição da lesão:
- Local da lesão:
- Lesão única: ()sim ()não

4. Encaminhada por:

() DEAM () Hospital () Outros

5. Se há ofensa à integridade corporal ou à saúde do paciente?

6. Qual o instrumento ou meio que produziu a ofensa?

Apêndice B – Modelo de ficha protocolo de corpo de delito e conjunção carnal

FICHA PROTOCOLO

Data: / /200 n.º. ordem dos dados:

**Corpo de Delito
Conjunção Carnal**

1. Identificação da Ocorrência:

- n.º. do exame do IML:
- Delegacia solicitante:
- Dia do exame: Hora: Local:
- Dia da ocorrência: Local da ocorrência:
- Tipo de violência:
- n.º. de agressores: conhecido ()

2. Identificação da Vitima

Iniciais: Idade:
 Cor: Naturalidade:
 Estado civil: Escolaridade:
 Profissão: Renda:

3. identificação da lesão:

- Descrição da lesão:
- Local da lesão:
- Lesão única: ()sim ()não

4. Encaminhada por:

() DEAM () Hospital () Outros

5. Se a paciente é virgem?

6. Se há ofensa à integridade corporal ou à saúde do paciente?

7. Se há vestígios de violência, e no caso afirmativo, qual o meio empregado?

ANEXOS



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

PARECER CONSUBSTANCIADO

Pesquisador (a): Maria Bethânia da Costa Chein

Registro do CEP: 199/04

Processo nº. 33104-0637/2004

Instituição: Delegacia Especial da Mulher

Grupo: III

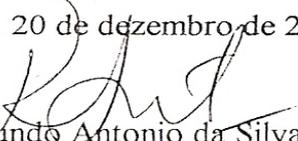
O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão analisou o processo nº. 33104-0637/2004, referente ao projeto de pesquisa: "As repercussões da violência sexual na saúde na saúde da mulher: o paradoxo violência sexual x direitos da mulher em São Luis (MA)", tendo como pesquisadora responsável a Profª. Maria Bethânia da Costa Chein.

A avaliação ocorreu na sessão do dia 16.06.04, sendo identificada alguma inadequação no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que ficou pendente. Prontamente, foi corrigida a inadequação.

Assim, sendo o Comitê de Ética em Pesquisa, de acordo com as suas atribuições manifesta-se pela **APROVAÇÃO** do projeto de pesquisa, pois o mesmo atende aos requisitos fundamentais da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Solicita-se à pesquisadora o envio a este CEP, de relatório final.

São Luis, 20 de dezembro de 2004


Raimundo Antonio da Silva

Coordenador do CEP-HUUFMA

Comitê de Ética em Pesquisa
do Hospital Universitário da UFM
aprovado em reunião de:

20112104

Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão

Rua Barão de Itapary, 227 Centro C.E.P. 65. 020-070 São Luís – Maranhão Tel: (98) 222-5508 / Fax: (98) 231-1161 e 231-4595

E-mail huufma@huufma.br