

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
MARILÚCIA VIEIRA GARCIA

**ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS E CLÍNICOS DA VIOLÊNCIA CONTRA A
MULHER NO MUNICÍPIO DE UBERLÂNDIA, MG**

UBERLÂNDIA
2007

MARILÚCIA VIEIRA GARCIA

**ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS E CLÍNICOS DA VIOLÊNCIA CONTRA A
MULHER NO MUNICÍPIO DE UBERLÂNDIA, MG**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial para a obtenção de título de Mestre.

Orientadora: Dra. Lindioneza Adriano Ribeiro
Co-orientador: Dr. Miguel Tanús Jorge

Uberlândia
2007

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

G216a Garcia, Marilúcia Vieira, 1963-
Aspectos epidemiológicos e clínicos da
violência contra a mulher no município de
Uberlândia, MG / Marilúcia Vieira Garcia. - 2007.

88 f. :

Orientador: Lindioneza Adriano Ribeiro.

Co-orientador: Miguel Tanús Jorge.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Uberlândia, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde.

Inclui bibliografia.

1. Violência contra a mulher - Uberlândia (MG) - Teses. 2. Violência - Relações de gênero - Teses. 3. Saúde pública - Teses. I. Ribeiro, Lindioneza Adriano. II. Jorge, Miguel

Tanús. III. Universidade Federal de Uberlândia. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde. III. Título.

CDU: 396:343.232

(815.12*UDI)

Elaborado pelo Sistema de Bibliotecas da UFU / Setor de Catalogação e Classificação

Marilúcia Vieira Garcia

**ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS E CLÍNICOS DA VIOLÊNCIA CONTRA A
MULHER NO MUNICÍPIO DE UBERLÂNDIA, MG**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial para a obtenção de título de Mestre.

Uberlândia, 27 de fevereiro de 2007

Banca Examinadora

Profa. Dra. Lindioneza Adriano Ribeiro

Prof. Dr. Elmiro Santos Resende

Profa. Dra. Gercina Santana Novaes

Prof. Dr. Roberto Sérgio Tavares Canto

A todas as famílias vitimadas cujos lares padecem
com a violência doméstica.

A todas as mulheres,
por uma vida mais digna
e livre de maus tratos.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo fôlego de vida, por habitar em meu coração, pela força da conquista e por todas as vitórias...amo-te meu Deus!

À Profª. Drª. Lindioneza e ao Prof. Dr. Miguel, pelo “toque de Midas” na revisão de cada palavra, pela paciência, dedicação e horas de sono dedicadas na orientação desta pesquisa, por dividirem comigo o conhecimento científico e, sobretudo, por acreditarem em mim...Obrigada!

Aos meus pais *in memoriam* pela herança genética do amor, da verdade e da simplicidade.
Tenho por vocês um especial orgulho.

Ao meu esposo pela paciência, apoio, incentivo, carinho e compreensão nos momentos de desespero.

Aos meus filhos queridos que sempre com um jeitinho muito carinhoso me estimularam a prosseguir; vocês nem imaginam o poder que têm de fazer brotar felicidade no meu peito...

Aos meus irmãos e ao meu cunhado *in memoriam*, “irmão do coração”, ainda estamos “engasgados” com sua recente partida...

A todos os parentes e amigos pelo apoio.

Às minhas amigas Maria de Fátima, Helena e Regina, companheiras de trabalho e, acima de tudo, amigas do coração... Obrigada pelo apoio e pela paciência do stress do dia-a-dia e pela força que me deram de prosseguir sempre.

Aos funcionários do Setor de Arquivo Médico do Hospital de Clínicas da UFU pela disposição em servir.

Aos colegas e amigos do Posto Médico Legal, em especial Anilta, pela prontidão em me socorrer sempre, sanando minhas dúvidas.

À ONG SOS Mulher pela recepção e colaboração prestada nesta pesquisa.

A Cláudia Guerra e Gercina Novaes, exemplos de lutas e conquistas na questão da violência contra a mulher: a vocês, toda minha admiração.

A bibliotecária Maira Nani Franca Moura Goulart pela revisão bibliográfica.

Aos estudantes do curso de medicina Gustavo Resende Pereira e Alexandra Pires Resende pela colaboração na coleta de dados do PML e HCU.

A todos que possibilitaram esta vitória, o meu muito obrigada!

*Ainda que eu falasse as línguas dos homens e dos anjos,
e não tivesse amor, seria como o metal que soa ou como
o sino que tine.*

(Bíblia Sagrada, I Coríntios, Cap.13, v.1)

RESUMO

Um dos graves problemas que atinge a humanidade é o fenômeno da violência, presente na vida da maioria das pessoas e, juntamente com os acidentes, representa um dos principais agravos à saúde decorrente de causas externas. Este estudo apresenta aspectos epidemiológicos e clínicos da violência, utilizando dados dos prontuários médicos do Hospital de Clínicas de Uberlândia (HCU); dos laudos de perícia de lesões corporais e de necropsias do Posto Médico Legal (PML) e fichas de atendimento da Organização Não-Governamental SOS Ação Mulher Família (ONG SOS Mulher). Predominaram agressões físicas nos atendimentos do HCU (98,2%) e do PML (96%) e violência psicológica (36,2%) na ONG SOS Mulher. Os atendimentos foram mais frequentes nos finais de semana, tanto naqueles realizados no HCU (36%) quanto no PML (38%) e, na ONG SOS Mulher, principalmente nas segundas-feiras (24,3%). No HCU e no PML os atendimentos foram comuns no período das 18 às 24 horas (36,5% e 42,3%, respectivamente). As vítimas tinham principalmente de 18 a 39 anos (77,5% e 76,2%, respectivamente HCU e PML); aquelas atendidas no HCU (49,4%) e PML (34,9%) se declararam principalmente solteiras, e na ONG SOS Mulher, amasiadas (50,3%); mais da metade (50,9%) não finalizaram o ensino fundamental; suas profissões/ocupações eram principalmente “do lar” (40,2%) naquelas atendidas no PML e, “domésticas” (30,5%) na ONG SOS Mulher e essas residiam em imóvel próprio (55,2%). Entre os agressores,

87,8% tinham de 20 a 49 anos; 57,7% não tinham concluído o primeiro grau; a maioria tinha pouca qualificação profissional, eram amásio/ex-amásio (50,2%) das vítimas atendidas na ONG SOS Mulher e marido/ex-marido daquelas atendidas no HCU (51,5%) e no PML (30,4%). Segundo relato das mulheres atendidas na ONG SOS Mulher, 86,3% dos agressores eram etilistas, 20,7% toxicômanos e 10,3% praticavam jogos de azar. Segundo as vítimas, o principal motivo de continuarem convivendo com o agressor após a violência sofrida era a esperança de que o relacionamento conjugal melhorasse (33,8%). As vítimas atendidas no HCU e no PML, apresentavam principalmente feridas contusas (62,3% e 74,8%, respectivamente), que atingiram especialmente, cabeça/pescoço (39,1%) segundo os dados do HCU, e os membros superiores (35,1%) conforme os laudos do PML. Os óbitos resultaram principalmente do uso de armas branca (36,4% e 44,0%, respectivamente HCU e PML) e de fogo (36,4% e 20,0%, respectivamente HCU e PML). Conclui-se que a violência contra a mulher é freqüente e um problema de saúde; os atendimentos ocorrem principalmente nos finais de semana e no período noturno. As vítimas são jovens, com pouca escolaridade e pouca qualificação profissional, residem em imóvel próprio. O perfil dos agressores se assemelha ao das vítimas, geralmente, são os próprios companheiros, os vícios e o ciúme são os principais motivos para as agressões que ocorrem principalmente dentro do próprio lar, e a esperança de que o relacionamento conjugal melhore, faz com que as vítimas permaneçam na relação violenta. As lesões decorrentes das agressões são feridas contusas, especialmente na cabeça/pescoço e nos membros superiores. As mortes não são raras, ocorrem principalmente pelo uso de armas branca e de fogo.

Palavras chaves: Violência, agressão, mulher, morte, epidemiologia.

ABSTRACT

One of the greatest problems that humanity faces today is the violence phenomenon, is in most people's lives and, together with the accidents, represents one of the main injuries to health resulting from outside causes. This study shows epidemiological and clinical aspects of violence, using the medical handbooks data from the Hospital de Clínicas de Uberlândia (HCU); from the expertise reports of bodily harm and of autopsies of Posto Médico Legal (PML) and service reports of the Organização-não Governamental SOS Mulher Ação Família (ONG SOS Mulher). It prevailed physical aggressions in the HCU medical supports (98.2%) and PML (96%), and psychological violence (36.2%) in the ONG SOS Mulher. The services were more frequent during the weekend, as much as those performed in HCU (36%) as the services in PML (38%), and in the ONG SOS Mulher, mainly on Mondays (24.3%). In the HCU and the PML, the medical supports were

common in the period between 6pm until 12am (36.5% and 42.3%, respectively). The victims were 18 to 39 years of age (77.5% and 76.2%, respectively HCU and PML); those with services in HCU (49.4%) and PML (34,9%) declared themselves mainly singles, and in the ONG SOS Mulher, joined together (50.3%), more than half (50,9%) hasn't finished elementary school; their professions/occupations were mainly housewives (40.2%) of those with services in the PML, and "domestics" (30.5%) in the ONG SOS Mulher and these lived in their own property (55.2%). Among the aggressors, 87.8% were between 20 and 49 years of age, 57.7% haven't concluded elementary and junior high; most had little professional qualification, were joined together/ex-joined together (50.2%) of the victims attended in the ONG SOS Mulher and husbands/ex-husbands those with services in HCU (51.5%) and of those with services in the PML (30.4%). According to the reports from the women taken care in the ONG SOS Mulher, 86.3% of the aggressors were stylists, 20.7% drug addicts and 10.3% practised games of chance. According to victims, the main reason to continue living with the aggressor after the suffered violence was the hope that the conjugal relationship would improve (33.8%). The victims taken care of in the HCU and the PML, presented mainly wounds (62.3% and 74.8%, respectively), that they had reached especially, head/neck (39.1%) according to given data of the HCU, and upper limbs (35.1%) as the findings of the PML. The deaths mainly had resulted from the use of cold steel weapons (36.4% and 44.0%, respectively HCU and PML) and firearms (36.4% and 20.0%, respectively HCU and PML).

One concludes that the violence against women is frequent and a health problem; the medical supports occur mainly weekends and the nocturnal period. The victims are young, with little scholarship and little professional qualification and habits in their own property. The profile of the aggressors resemble to the one of the victims, generally, being their own companions, the addictions and the jealousy are the main reasons for the aggressions that occur mainly inside their homes, and the hope that the conjugal relationship improves, makes the victims remain in the violent relationship. The injuries deriving from the aggressions are wounds, especially in the head/neck and the upper limbs. The deaths are not rare. They occur mainly by the use of cold steel arms and firearms.

Key words: Violence, Agression, Women, Death, epidemiology.

LISTA DE ABREVIATURAS

- AGENDE** - Ações em Gênero, Cidadania e Desenvolvimento
AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida
BDI - Banco de Dados Integrados
CI - Coeficiente de Incidência
CEPIA - Cidadania, Estudo, Pesquisa, Informação e Ação
CMM - Conselho Municipal da Mulher
DEAM - Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher
DECM - Delegacia Especial de Crimes Contra a Mulher
DST - Doenças Sexualmente Transmissíveis
EUA - Estados Unidos da América
HCU - Hospital de Clínicas de Uberlândia
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas
MG - Minas Gerais
MMII - Membros Inferiores
MMSS - Membros Superiores
NEGUEM - Núcleo de Estudos de Gênero e Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia
NEPTAV - Núcleo de Estudos e Pesquisa em Trauma, Acidente e Violência
OMS - Organização Mundial da Saúde
ONG SOS Mulher - Organização Não Governamental SOS Ação Mulher Família
ONU - Organização das Nações Unidas
OPAS - Organização Panamericana de Saúde
PAM - Patrulha de Atendimento à Mulher
PML - Posto Médico Legal
SUS - Sistema Único de Saúde
UAI - Unidade Integrada de Atendimento à Saúde

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Tipos de violências sofridas por mulheres segundo o local de atendimento, Uberlândia, 2001 a 2003.....	32
Tabela 2: Distribuição semanal dos atendimentos de mulheres vítimas de violência segundo o local de atendimento, Uberlândia, MG, 2001 a 2003.....	33
Tabela 3: Distribuição dos bairros de residência das mulheres vítimas de violência segundo o número de ocorrências, a população e o coeficiente de incidência, PML, Uberlândia, MG, 2002 e 2003	35
Tabela 4: Faixa etária das mulheres vítimas de violência segundo o local de atendimento, Uberlândia, MG, 2001 a 2003.....	37
Tabela 5: Estado civil das mulheres vítimas de violência segundo o local de atendimento, Uberlândia, MG, 2001 a 2003.....	38
Tabela 6: Escolaridade das mulheres vítimas de violência segundo o atendimento da ONG SOS Mulher, Uberlândia, MG, 2001 a 2003.....	38
Tabela 7: Profissão/ocupação das mulheres vítimas de violência segundo o local de atendimento, Uberlândia, MG, 2001 a 2003.....	39
Tabela 8: Condições de moradia das mulheres vítimas de violência segundo o atendimento na ONG SOS Mulher, Uberlândia, MG, 2001 a 2003.....	39
Tabela 9: Faixa etária dos agressores segundo o atendimento na ONG SOS Mulher Uberlândia, MG, 2001 a 2003.....	40

Tabela 10: Escolaridade dos agressores segundo o atendimento na ONG SOS Mulher, Uberlândia, MG, 2001 a 2003.....	41
Tabela 11: Profissão/ocupação dos agressores segundo o atendimento na ONG SOS Mulher, Uberlândia, MG, 2001 a 2003.....	41
Tabela 12: Vícios dos agressores segundo o atendimento na ONG SOS Mulher, Uberlândia, MG, 2001 a 2003.....	42
Tabela 13: Local de ocorrência da violência contra mulheres segundo o atendimento na ONG SOS Mulher, Uberlândia, MG, 2001 a 2003.....	43
Tabela 14: Relação entre o agressor e a vítima, segundo o local de atendimento, Uberlândia, MG, 2001 a 2003.....	43
Tabela 15: Tempo de convivência do casal envolvido em episódios de violência conjugal segundo o atendimento na ONG SOS Mulher, Uberlândia, MG, 2001 a 2003.....	44
Tabela 16: Motivos referidos para a violência conforme depoimento das mulheres vítimas de violência segundo atendimento na ONG SOS Mulher, Uberlândia, MG, 2001 a 2003.....	44
Tabela 17: Motivos pelos quais as mulheres vítimas de violência não registraram queixa policial segundo o atendimento na ONG SOS Mulher, Uberlândia, MG, 2001 a 2003.....	45
Tabela 18: Motivos pelos quais as mulheres vítimas de violência continuaram convivendo com o agressor após a violência sofrida segundo o atendimento na ONG SOS Mulher, Uberlândia, MG, 2001 a 2003.....	45
Tabela 19: Tipos de lesões resultantes da violência contra mulheres segundo o local de atendimento, Uberlândia, MG, 2001 a 2003.....	47

Tabela 20: Regiões anatômicas atingidas pela violência segundo o local de atendimento, Uberlândia, MG, 2001 a 2003.....48

Tabela 21: Óbitos resultantes da violência contra mulheres segundo o local de atendimento, Uberlândia, MG, 2001 a 2003.....48

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Gráfico 1: Horário de atendimento dos casos de violência contra a mulher, segundo o local de atendimento, Uberlândia, MG, 2001 a 2003.....33
- Gráfico 2: Distribuição dos principais bairros de residência das mulheres vítimas de violência, segundo o coeficiente de incidência e o número de ocorrências, PML, Uberlândia, MG, 2002 e 2003.....36
- Figura 1: Distribuição das ocorrências de violência contra mulher, conforme os bairros de residência das vítimas, segundo os laudos de exame de corpo delito e de necropsia do PML, Uberlândia, MG, 2002 e 2003.....34

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	19
1.1 Violência contra a mulher.....	20
1.2 Considerações sobre a violência contra a mulher como um problema de saúde pública	24
1.3 Epidemiologia da violência contra a mulher.....	27
2 OBJETIVO	30
3 MATERIAL E MÉTODOS	31
4 RESULTADOS	32
4.1 Tipos de violências.....	32
4.2 Dia da semana, horários de atendimento e bairros de residência das vítimas.....	32
4.3 Características das vítimas.....	37
4.4 Características dos agressores.....	40
4.5 Sobre as agressões.....	42
4.6 Quadro clínico das lesões e evolução clínica das mulheres vítimas de violência.....	46
5 DISCUSSÃO	49
5.1 Tipos de violências	49
5.2 Dia da semana, horários de atendimento e bairros de residência das vítimas	51
5.3 Características das vítimas	52
5.4 Características dos agressores.....	54
5.5 Sobre as agressões	55
5.6 Quadro clínico das lesões e evolução clínica das mulheres vítimas de violência.....	60

6 CONCLUSÕES	64
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	65
REFERÊNCIAS	67
ANEXOS	77

Cabocla Teresa

Vancê, Tereza, descansa

Jurei de fazer vingança

Pra mordi de nosso amor

*Há tempos eu fiz um ranchinho
Pra minha cabocla morar
Pois era ali nosso ninho
Bem longe desse lugar
No alto lá da montanha
Perto da luz do luar
Vivi um ano feliz
Sem nunca isso esperar
E muito tempo passou
Pensando em ser tão feliz
Mas a Tereza, dotô
Felicidade não quis
Pus meus sonhos nesse olhar
Paguei caro meu amor
Por mordi de outro caboclo
Meu rancho ela abandonou
Senti meu sangue ferver
Jurei a Tereza matar
O meu alazão arriei*

E ela fui procurar

*Agora já me vinguei
É esse o fim de um amor
Essa cabocla eu matei
É a minha história dotô.*

Canção de: Raul Torres e João Pacífico

1 INTRODUÇÃO

[...] a compreensão dos direitos humanos impõe que cada um respeite os demais. Amar o outro não constitui uma obrigação, mesmo porque o amor não nasce da imposição. Respeitar o outro, sim, constitui um dever do cidadão, seja este outro mulher, negro, pobre
(SAFFIOTI, 1999).

Um dos graves problemas que atinge a humanidade é o fenômeno da violência (BRASIL, 2003a), presente na vida da maioria das pessoas, de todas as idades, em graus variados, sem distinção de raça, credo, sexo, cultura, classe social (BARSTED, 2004; BRASIL, 1999) e, pelos danos físicos e psicológicos que ocasiona, constitui-se em um dos eventos bioéticos de maior relevância, necessitando de um grande número de ações para a sua prevenção e tratamento (ANDALRAFT NETO, 2004). Atualmente, juntamente com os acidentes, a violência representa os principais agravos à saúde decorrente de causas externas, inclusive as principais causas de morte de pessoas com idade entre 15 e 44 anos, compondo os principais fatores causais de anos potenciais de vida perdidos (BRASIL, 2003a; MELLO JORGE, 1997; MELLO JORGE; GAWRYSZEWSKI; LATORRE, 1997).

De acordo com Minayo (2003), o vocábulo ‘violência’ é de origem latina, com gênese na palavra *vis* que significa ‘força’ e se refere às noções de constrangimento e de uso da superioridade física sobre o outro. Segundo a autora, a violência não apresenta um conceito fixo, variando de acordo com quem teoriza sobre ela. É manifestada, por vezes, de forma lícita ou ilícita, tolerada ou condenada, sendo aprovada ou desaprovada segundo normas sociais amparadas por leis ou costumes naturalizados por uma sociedade e modifica de acordo com épocas, locais e circunstâncias.

A violência apresenta-se de forma diferente entre homens e mulheres (BARSTED, 2004; BRASIL, 2003a). A violência cometida contra os homens ocorre, sobretudo, nos espaços públicos e é praticada por alguém do mesmo sexo; aquela contra a mulher ocorre principalmente dentro do seu próprio lar, e seu agressor, em geral, costuma ser do sexo masculino e, freqüentemente, é ou foi uma pessoa íntima (BARSTED, 2004; BRASIL, 1999, 2003a, 2004; DESLANDES; GOMES; SILVA, 2000; GIFFIN, 1994; GUERRA, 1998). A partir da década de 1990, essa forma de violência vem sendo conceitualmente avaliada com base nas relações de gênero e, também, como uma questão de saúde e de direitos humanos (BLAY, 2003; BRAGA, 2002; BRASIL, 2006; HEISE; ELLSBERG; GOTTEMOELLER, 1999).

1.1 A violência contra a mulher

A Assembléia Geral das Nações Unidas define a violência contra a mulher como sendo

[...] qualquer ato de violência de gênero que resulte, ou tenha probabilidade de resultar, em prejuízo físico, sexual ou psicológico, ou ainda sofrimento para as mulheres, incluindo também a ameaça de praticar tais atos, a coerção e a privação da liberdade, ocorrendo tanto em público como na vida privada [...] (OMS, 1997).

A Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948) estabelece que “todo indivíduo tem direito à vida, à liberdade e à segurança de sua pessoa” e que “ninguém será submetido a torturas nem a castigos ou tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes”. No entanto, mulheres e meninas, em todo o mundo, sofrem violência, tortura e abuso sexual (PIMENTA, 1993).

A literatura apresenta vários conceitos e tipificações da violência contra a mulher (BARSTED, 2004; BUGLIONE, 2006; CRUZ, 2002; DESLANDES; GOMES; SILVA, 2000; MINAYO, 2004; SAFFIOTI, 1999) e, dependendo do enfoque do estudo, fundamenta-se como resultante do conflito dos gêneros feminino e masculino, que advém das desigualdades sociais entre ambos; e/ou, do sistema de famílias patriarcais, também inserido nas questões de gênero, nas quais, o pai ou marido exerce o abuso de poder sobre esposas e filhas, inculcando-lhes as mais diversas formas de violência, seja sexual, psicológica, emocional, patrimonial, física ou verbal (BLAY, 2003; CRUZ, 2002; SCHRAIBER et al., 2003). Para Fontana e Santos (2001), a violência contra a mulher se baseia nas relações de gênero, que reforçam a valorização diferenciada para os papéis masculino e feminino, constituindo, desse modo, um problema mundial, cujo efeito repercute na sociedade à medida que afeta o bem-estar, a segurança, as possibilidades de educação e desenvolvimento pessoal, bem como a auto-estima feminina. Para Meneghel e colaboradores (2003) e Saffioti (2004), esta violência está relacionada ao patriarcado e ao machismo, que ainda prevalecem em muitas sociedades, dentre elas a brasileira. Para Cruz (2002), tais formas de violência estão intrinsecamente relacionadas, ou seja, contidas umas nas outras, e a condição de ser mulher, construída socialmente, determina aspectos de vulnerabilidade para a violência. Todavia, independente do fundamento teórico para a gênese da violência contra a mulher, esta se resume em relações interpessoais de desigualdade e de poder entre mulheres e homens ligados por vínculos consangüíneos de afetividade, afinidade ou de amizade (AGENDE..., 2004).

Gênero é definido como:

[...] uma construção social, formada pelos papéis e pelas relações entre mulheres e homens, que não são determinados pelo sexo com o qual nascemos, mas pelo contexto social, político e econômico em que vamos crescer, ser educados, trabalhar, amar [...] (GÊNERO..., 2004).

Dentre as formas que caracterizam a violência contra a mulher, destaca-se a violência doméstica, reconhecida pela Constituição Federal do Brasil (1988) como “[...] qualquer ação ou conduta cometida por familiares ou pessoas que vivem na mesma casa, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher” (BRASIL, 1988). É uma das formas mais comum de manifestação e de violação dos direitos humanos, mais praticada e menos reconhecida no mundo (BRAGA, 2002). O agressor se vale da condição privilegiada de uma relação de casamento, convívio, confiança, amizade, namoro, intimidade, privacidade que tenha ou teve com a vítima. Entretanto, não é necessário que o incidente violento aconteça no âmbito do lar para ser caracterizado como violência doméstica, mas sim que ocorra entre pessoas que mantêm vínculos permanentes de parentesco e amizade e que compartilham ou compartilharam o mesmo domicílio ou residência da mulher, mesmo que a violência aconteça na rua (CRUZ, 2002). Segundo a autora, as consequências da violência contra a mulher resultam em agravos que vão desde um empurrão até a morte. Braga (2002) destaca o assassinato como último grau de uma escala de violência conjugal, de modo que “[...] a violência doméstica é a mais brutal e eloqüente metáfora da exclusão das mulheres dos direitos humanos”.

É nesse sentido que termos como *femicídio*¹, *feminicídio*² e *uxoricídio*³ são utilizados para caracterizar o assassinato de mulheres (LOURO, 2006).

Considera-se que a violência praticada pelo parceiro íntimo constitui a forma mais prevalente de violência doméstica contra a mulher (BARSTED, 2004; BRASIL, 2004; DESLANDES; GOMES; SILVA, 2000; EILENBERG; FULLILOVE, 1996; HAILE-MARIAN; SMITH, 1999; MINAYO, 2004; OMS, 1997; SAFFIOTI, 1999; SCHRAIBER et al., 2002). No entanto, muitas vezes é entendida como um fenômeno cultural, fazendo parte dos costumes e normas da sociedade que a aceita como uma forma de ação disciplinar sobre esposas e filhas (SCHRAIBER et al., 2003). Assim, o desrespeito à dignidade das mulheres

¹ Aplica-se ao assassinato de fêmeas em geral.

² Ato de matar mulheres.

³ Morte da esposa por ação do marido.

Obs.: *Femicídio* e *feminicídio* são analogias e *uxoricídio* é um termo contido no Dicionário de Língua Portuguesa.

tem convivência da sociedade, além de ser facilitado pela impunidade dos agressores (BRAGA, 2002).

Alguns autores como Silva (1999) e Cruz (2002) apresentam as modalidades de violência contra a mulher e as classifica em física, psicológica e sexual. Por outro lado, outros autores ampliam esta classificação, evidenciando a violência verbal (ADEODATO et al., 2005; DESLANDES; GOMES; SILVA, 2000; HASSELMANN; REICHENHEIM, 2003; MILLER, 1999; SCHUMACHER; LEONARD, 2005), moral e patrimonial (AGENDE..., 2004). Nesse contexto, a mais recente e abrangente classificação é a contida na Lei nº. 11.340/2006, aprovada em 7 de agosto de 2006 (ANEXO 1), que criou mecanismo para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, e conceitua a **violência física** como “qualquer conduta que ofenda a integridade ou saúde corporal”; a **violência psicológica** como “qualquer conduta que cause dano emocional e diminuição da auto-estima, que prejudique e perturbe o pleno desenvolvimento ou que vise a degradar ou controlar suas ações, comportamentos, crenças e decisões, mediante ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, vigilância constante, perseguição contumaz, insulto, chantagem, ridicularização, exploração e limitação do direito de ir e vir, ou qualquer outro meio que lhe cause prejuízo à saúde psicológica e à autodeterminação”; a **violência sexual** como “qualquer conduta que a constranja a presenciar, a manter ou a participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força; que a induza a comercializar ou utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, que a impeça de usar qualquer método contraceptivo ou que a force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição, mediante coação, chantagem, suborno ou manipulação; ou que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos”; a **violência patrimonial** como “qualquer conduta ilegítima que configure perda, retenção, subtração, destruição parcial ou total de objetos, instrumentos de trabalho, documentos pessoais, bens, valores e direitos ou recursos econômicos, incluindo os destinados a satisfazer suas necessidades”; a **violência moral** como “qualquer conduta que configure calúnia, difamação ou injúria” (BRASIL, 2006). A **violência verbal** é caracterizada por xingamentos, ofensas, ameaças e injúrias (BALLONE; ORTOLONI, 2003; DESLANDES; GOMES; SILVA, 2000; MILLER, 1999; SCHUMACHER; LEONARD, 2005); na referida lei, esse tipo de violência está inserido no contexto da violência moral. Segundo Ballone e Ortoloni (2003), a violência verbal existe até na ausência da palavra, em pessoas que permanecem em silêncio. O agressor percebendo que um comentário ou argumento é esperado para o momento, se cala, emudece e, evidentemente, o silêncio machuca mais do que se tivesse falado alguma coisa.

Além da violência que ocorre no ambiente doméstico, a mulher é submetida a outras formas de violação de seus direitos, que ocorrem também nos espaços relacionais, tais como o do trabalho, o institucional e outros, dentre os quais os dos conflitos armados. Na **violência no trabalho**, “o agressor é o patrão ou chefe que usa de sua relação de poder hierárquico de chefia para obrigar a funcionária a manter com ele relações independentes de sua vontade”. A **violência institucional** “é aquela praticada nas instituições prestadoras de serviços públicos, tais como hospitais, postos de saúde, escolas, delegacias e judiciário, sendo perpetrada, principalmente por agentes que deveriam proteger as mulheres vítimas de violência, garantindo-lhes uma atenção humanizada, preventiva e também reparadora de danos”. A **violência nos conflitos armados** “é aquela praticada em virtude de estados de exceção como os conflitos armados e ditaduras militares” (AGENDE..., 2004). Vale lembrar que o estupro ainda é usado como arma de guerra e estratégia para subjugar e aterrorizar comunidades inteiras, nas quais, deliberadamente, soldados engravidam mulheres com o objetivo de promover uma limpeza étnica na região do conflito, abandonando-as quando é tarde demais para se recorrer a um aborto (FONTANA; SANTOS, 2001).

Estudos (BRASIL, 2003a; CIDADANIA..., 2002; CORTÊS, 2002; MILLER, 1999; SOARES, 2001) revelam que a violência doméstica obedece, em geral, a um ciclo composto por três fases – **tensão**, **explosão** e **lua de mel** – no qual muitas mulheres vítimas de abuso ficam aprisionadas. O ciclo começa com as **tensões** normais de todos os relacionamentos, provocadas pelos filhos, empregos, preocupações financeiras, hábitos irritantes e meras diferenças de opinião. Nos relacionamentos não-abusivos, as pessoas lidam com essas tensões ignorando-as ou discutindo-as e, assim, as diminuem; porém, naqueles abusivos, os quais podem durar anos, a tensão aumenta, o homem fica mais irritado, sobrevivendo a **fase da explosão**, na qual surgem as agressões físicas, de modo que o medo, a humilhação, a sensação de inutilidade tomam conta da mulher. O estágio da **lua de mel** caracteriza-se pelo arrependimento, durante o qual o agressor demonstra sensibilidade e intenção de não mais agredir a vítima, prosseguindo para a fase de reconciliação na esperança de que o ciclo pare nesse ponto. Assim, a vítima acredita e concorda com as argumentações e demonstração de arrependimento do agressor. Daí se explicam os freqüentes pedidos, por parte vítima, para “retirar a queixa”, desistindo das ações contra o agressor. Contudo, as tensões da vida cotidiana retornam juntamente com as irritações, frustrações e fracassos, e o ciclo se repete.

De acordo com Soares (2001), o que acentua a gravidade desse ciclo é a tendência ao aumento da freqüência e da intensidade da fase violenta, podendo chegar ao homicídio ou ao suicídio. Segundo esta teoria, é logo após a explosão da violência que a mulher procura

auxílio junto à polícia, aos centros de atendimento ou às casas-abrigo. Quando novamente vem a fase de agressão, a mulher sente-se constrangida com a idéia de voltar a pedir ajuda, tornando-se cada vez mais isolada.

Segundo Miller (1999):

[...] a violência não física segue o mesmo ciclo, porém, em vez de esmurrar ou esbofetear, o homem grita, xinga, tranca a mulher, ameaça, bate nas crianças, joga coisas, rasga suas roupas, entretanto, na violência física a mulher coloca ataduras nos ferimentos e no abuso psicológico ela não pode alcançá-lo. [...] a violência física em toda a sua enormidade e horror não é mais um segredo. Entretanto, a violência que não envolve dano físico ou ferimentos corporais continua num canto escuro do armário, para onde poucos querem olhar. O silêncio parece indicar que pesquisadores e escritores não enxergam as feridas que não deixam cicatrizes no corpo, e que as mulheres agredidas não fisicamente, têm medo de olhar para as feridas que deixam cicatrizes em sua alma.

Após a apresentação desses conceitos, um outro aspecto que se destaca é a invisibilidade social da questão. Schraiber e D'Oliveira (2003) advertem que, apesar da magnitude do problema, é muito raro semelhante violência tornar-se visível. De acordo com Marques (2005), há milhares de mulheres que sofrem alguma forma de violência nas mãos de seus maridos, noivos e namorados e poucas as que contam a alguém; e a mulher vitimada que busca socorro médico sente muita vergonha e medo de revelar a origem de suas lesões (HARTIGAN, 1997; TUESTA, 1997).

1.2 Considerações sobre a violência contra a mulher como um problema de saúde pública

[...] a violência, pelo número de vítimas e magnitude de seqüelas orgânicas e emocionais que produz, adquiriu um caráter endêmico e se converteu num problema de saúde pública em vários países [...] o setor de saúde constitui a encruzilhada para onde confluem todos os corolários da violência, pela pressão que exercem suas vítimas sobre os serviços de urgência, de atenção especializada, de reabilitação física, psicológica e de assistência social (OMS, 2002).

A violência contra a mulher, colocada como um problema de saúde pública torna-se um fato incontestável à medida que aumenta o número de leitos ocupados nos hospitais por mulheres vítimas de violência, deixando, desse modo, de ser um tema de estudo somente das áreas das Ciências Humanas e Sociais (BRASIL, 2002; MELLO JORGE, 1997; MINAYO, 2004).

Para Minayo (2004), a violência é, sobretudo, uma questão social que provoca conseqüências na qualidade de vida, exigindo atenção e cuidado dos serviços de saúde devido às lesões físicas, psíquicas e morais. Segundo a autora, apesar de os acidentes e violências constituírem a segunda causa de óbito no perfil de mortalidade geral brasileira desde a década de 1980, apenas na de 1990 o setor saúde assumiu a discussão desse assunto.

Mulheres em situação de violência freqüentam com assiduidade os serviços de saúde, apresentando “queixas vagas” e, muitas vezes, os exames não apontam resultados alterados; com isso, o diagnóstico desse evento fica dificultado por fatores de ordem cultural, bem como pela falta de orientação das usuárias e dos profissionais dos serviços, que têm receio de enfrentar os desdobramentos posteriores (BRASIL, 2002). Segundo Sant’Anna (2003), essa violência corresponde a cerca de 35% dos motivos que levam as mulheres a procurar os serviços de saúde, e vem aumentando em freqüência e gravidade. Segundo Heise (1994), essas vítimas representaram, para o sistema de saúde, em um ano de acompanhamento, custos 2,5 vezes maiores do que aquelas que não foram vitimadas e, no conjunto dos indicadores de doença dos países desenvolvidos e em desenvolvimento, a violência presente nas relações de gênero representa um de cada cinco dias de vida perdidos para mulheres em idade reprodutiva, sendo a violência doméstica e o estupro a sexta causa de anos de vida perdidos por morte ou incapacidade física em mulheres de 15 a 44 anos, mais do que todos os tipos de câncer, acidentes de trânsito e guerras.

Editorial do *Hospital Medicine* relata que, das mulheres atendidas nas emergências por acidentes, se forem abordadas de forma sensível pelos profissionais de saúde, cerca de 35% acabam por declarar que foram vítimas de violência (FRIEND, 1998). Dessa forma, vale ressaltar a importância dos serviços de saúde na detecção do problema pelo contato direto com essas mulheres, reconhecendo e acolhendo o caso antes de incidentes mais graves (SCHRAIBER et al., 2002). Conforme Schraiber e D’Oliveira (2003), as situações de violência doméstica repercutem nos serviços de saúde de forma paradoxal, ou seja, ao mesmo tempo em que ocorre um aumento da utilização dos serviços, a assistência tem um baixo poder resolutivo e as mulheres em situação de violência avaliam pior sua saúde e têm mais queixas e sintomas do que aquelas que não vivenciam essas situações. D’Oliveira e Schraiber (1999) descrevem a chamada “síndrome da mulher espancada”, na qual os episódios de violência têm, como conseqüências, sintomas clínicos generalizados e, na maioria dos casos, repetitivos e progressivamente mais graves. Segundo as autoras, a procura dessas mulheres pela unidade básica de saúde é três vezes maior do que as que não relatam essa experiência. De acordo com Cruz (2002), o problema existe e demanda ações nos serviços de saúde, mas

não ocorre uma sistematização dos registros nem uma resolução apesar de sua magnitude. Segundo Franco (2000),

[...] as mulheres até fazem a correlação entre a doença que apresentam e a situação de violência que vivenciam acreditando, entretanto, que a cura será proporcionada por medicamentos. Não percebem que sua auto-estima e autoconfiança estão doentes e que para conseguirem a cura de suas “doenças” precisam colocar o tema de violência em discussão, entendendo e apropriando-se do significado desta em suas vidas.

Muitos estudos relatam como a violência contra a mulher repercute na saúde e qualidade de vida (DESLANDES; GOMES; SILVA, 2000; DREZETT, 2000; SCHRAIBER; D’OLIVEIRA, 2003; SCHRAIBER et al., 2002). Por isso, estes autores a associam aos maiores índices de suicídio, abuso de drogas e álcool, queixas vagas, cefaléia, distúrbios gastrointestinais e sofrimento psíquico em geral e, em relação à saúde reprodutiva, a associam às dores pélvicas crônicas, às doenças sexualmente transmissíveis (DST), como a síndrome da imunodeficiência humana adquirida (AIDS), além de doenças pélvicas inflamatórias e gravidez indesejada (DINIZ; D’OLIVEIRA, 1998; DREZETT, 2000; HEISE; ELLSBERG; GOTTEMOELLER, 1999). Além das DST pela violência sexual, a gravidez é outra conseqüência que se destaca pela complexidade das reações psicológicas, sociais e médicas que determina e, geralmente, é reconhecida como uma segunda violência, intolerável para a maioria das mulheres (DREZETT, 2000; FAÚNDES et al., 1998).

Na saúde, a Lei nº. 10.778, de 24 de novembro de 2003 (ANEXO 2) estabelece a notificação compulsória em todo o território nacional para os casos de violência contra a mulher atendida em serviços de saúde, públicos ou privados para a obtenção de dados para elaboração de uma política de redução da violência contra a mulher (BRASIL, 2003b). Constitui uma conquista dos movimentos de mulheres e um passo importante para a visibilidade do problema da violência no Brasil. Também merece destaque a criação de serviços de atendimento às mulheres que são vítimas de violência sexual, que inclui desde a anticoncepção até a garantia do aborto legal. É considerado, por muitas mulheres, um avanço, por concretizar um direito previsto em lei desde 1940 (BRASIL, 2004).

Braga (2002) chama a atenção para a necessidade de se prevenir e diminuir a violência doméstica por meio de ações concretas que visem ao resgate da cidadania, com políticas públicas na área social e de saúde, viabilizando o uso de protocolos nos serviços de saúde:

[...] sabemos que a mulher agredida, física e psiquicamente procura muito esse serviço, mas como não temos dados de hospitais nem de prontos socorros, por ser estes atendimentos feitos como causas diversas, não há encaminhamentos, nem diagnósticos, nem registros, só um caminhar sozinha e retorno garantido, pois

certamente ela sofrerá mais agressões e retornará ao hospital ou pronto socorro. Mas não será identificada, será apenas mais uma mulher que sofreu um acidente doméstico ou uma mulher descontrolada que precisa de um calmante. Sairá com os machucados externos tratados e humilhada, pois as feridas invisíveis continuarão sangrando até que alguém acredite nelas e se mostre disposto a ajudar. Profissionais de saúde treinados podem ser decisivos no rompimento com uma relação violenta.

1.3 Epidemiologia da violência contra a mulher

A Organização Mundial da Saúde - OMS (1997) reconhece que a violência representa um problema de graves dimensões, amplamente disseminado em todos os países do mundo e, nesse contexto, aquela contra a mulher assume especial relevância, pois se estima que pelo menos um quinto da população feminina mundial já tenha sofrido violência física ou sexual em algum momento de suas vidas. Estudos internacionais realizados em serviços de saúde mostram taxas da ordem de 20 a 50% de violências física e/ou sexual cometidas por parceiros íntimos entre suas usuárias (MCCAULEY et al., 1995; RICHARDSON; COID; PETRUCKEVITCH, 2002). Segundo Barsted (1998), anualmente, entre três e quatro milhões de mulheres nos Estados Unidos da América (EUA) são agredidas em suas casas por pessoas de sua convivência íntima. De acordo com a OMS, de 85 a 115 milhões de meninas e mulheres foram submetidas a alguma forma de mutilação genital, com graves conseqüências para sua saúde. Estima-se que a prática atinja cerca de dois milhões de mulheres por ano, a maioria vivendo na África e na Ásia (ONU, 1999). Pesquisa desenvolvida nos EUA apurou que entre 45% e 59% das mulheres vitimadas são mães de crianças que sofrem maus tratos, e correspondem a 25% das que tentam suicídio e das que utilizam serviços psiquiátricos de emergência (AGENDE..., 2004).

No Brasil, a situação de vulnerabilidade das mulheres às agressões física e moral perpetradas por seus familiares, em especial maridos ou companheiros, é muito grave (BUGLIONE, 2006). Pesquisa realizada pela Fundação Perseu Abramo, em 2000, intitulada “A Mulher Brasileira nos Espaços Públicos e Privados”, estima que 2,1 milhões de mulheres são espancadas por ano no país, 175 mil por mês, 5,8 mil por dia, 243 por hora, quatro por minuto, uma a cada 15 segundos (AGENDE..., 2004).

Estudo divulgado pela OMS (2002) indica que aproximadamente uma em cada três mulheres pesquisadas em duas áreas do Brasil (São Paulo e Zona da Mata de Pernambuco) afirma já ter sofrido algum tipo de violência doméstica cometida pelo parceiro. Estudo de Schraiber e colaboradores (2002), realizado no município de São Paulo, indica uma elevada

freqüência da violência contra a mulher atendida nos serviços de saúde, apontando que uma em cada cinco usuárias de uma unidade básica de saúde admitiu ter medo de alguém próximo a elas, e uma em três conhecia outras mulheres que viviam situações de violência doméstica. Entretanto, 55% relataram agressão física e/ou sexual e reconheceram-se vítimas de violência; conforme os autores, isso provavelmente ocorre porque o termo “violência” indica uma situação grave e, geralmente, é reservado para exprimir o que ocorre no espaço público ou urbano. No entanto, culturalmente, a gravidade dessa violência, na maioria das vezes, não é reconhecida nem mesmo pelas próprias vítimas.

Em Uberlândia-MG, estudos que abordaram o tema da violência contra a mulher, realizados com base nos boletins de ocorrências da Delegacia de Polícia Civil e na Delegacia de Mulheres e, ainda, por meio de entrevistas com as vítimas, refletem, em alguns aspectos, os índices e perfis nacionais e até mesmo internacionais. Segundo Guerra (2000) e Marques (2005), a maior parte das vítimas que procuram auxílio são mulheres com idade entre 21 e 40 anos, brancas e pardas, que desenvolvem atividades profissionais tradicionalmente femininas, como as de empregadas domésticas e do lar, e sofrem agressões motivadas principalmente pelo alcoolismo do companheiro. Guerra (2000) destaca, também, que os problemas mais comuns são as ofensas e as agressões com lesão corporal (espancamentos), principalmente tapas, socos, empurrões e pontapés, além de constante referência à infidelidade.

Uberlândia é um município localizado na Região Nordeste do Triângulo Mineiro, apresenta área de 4.116 km², possuía, no ano de 2005, uma população estimada em 585.262 habitantes. As mulheres formam o maior contingente dos residentes desde 1970, com 100 mulheres para cada grupo de 96 homens e, somente no meio rural, onde reside baixa parcela da população, pode-se encontrar 121 homens para cada grupo de 100 mulheres (BERTOLUCCI JÚNIOR, 2005). Segundo dados populacionais da Secretaria Municipal de Planejamento Urbano e Meio Ambiente, referentes ao ano de 2004, a população feminina acima de 15 anos de idade foi estimada em 220.907 mulheres, o que correspondia a 51% da população de 433.152 mil habitantes nessa idade (UBERLÂNDIA, 2006).

Para o enfrentamento das situações de violência contra a mulher, especialmente aos aspectos ligados à violência conjugal e intrafamiliar, o município de Uberlândia conta, atualmente, com a Delegacia Especializada de Crimes contra a Mulher (DECM), o Conselho Municipal da Mulher (CMM), o Núcleo de Estudos de Gênero e Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia (NEGUEM), os Juizados Especiais, a Patrulha de Atendimento Multidisciplinar (PAM), a Organização não-governamental SOS Ação Mulher Família (ONG

SOS MULHER), a Divisão dos Direitos da Mulher e Políticas de Gênero, vinculada à Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social, da qual também faz parte o Programa Casa Abrigo Travessia de Uberlândia.

A população de Uberlândia tem como centro terciário de referência em saúde o Hospital de Clínicas de Uberlândia (HCU) da Universidade Federal de Uberlândia, público, conveniado ao SUS, que atende a população local e as populações de mais 86 municípios vizinhos, englobando cerca de 2.500.000 habitantes, com capacidade máxima de internação de 503 leitos (HCU, 2006).

O Posto Médico Legal (PML) é um órgão vinculado a Secretaria de Segurança Pública do Estado de Minas Gerais, comandado pela 16ª Delegacia Regional de Polícia Civil desse município, situa-se no complexo do HCU, e é responsável pela elaboração de laudos de necropsia e de perícia de lesões corporais para comprovação legal de lesões que respaldam os processos judiciais. Os casos que atende provêm também, de várias outras instituições públicas sociais e de saúde (Unidade Integrada de Atendimento à Saúde – UAIs, hospitais particulares, ONG SOS Mulher e Delegacias de polícia).

A ONG SOS Mulher é uma instituição de utilidade pública, sem fins lucrativos, independente, autônoma administrativamente, mantém parceria e convênio com vários órgãos e trabalha articulada em rede. Tem como missão prestar atendimento e apoio às famílias que vivenciam a violência conjugal e intrafamiliar por meio de atuação interprofissional. Atende gratuitamente essas famílias por meio do trabalho voluntário de diversos setores. É reconhecida como referência para a intervenção qualificada nas situações de violência conjugal e intrafamiliar, como também para constituição de serviços na região (GUERRA, 2000).

Levando-se em consideração a gravidade e a relevância social da violência contra a mulher, e reforçando que sua existência na sociedade fere legalmente a Constituição Federal, torna-se adequada uma maior compreensão do fenômeno e da realidade que a cerca, para que políticas públicas centradas na prevenção desse tipo de violência possam ser implementadas. Embora tenha crescido a atenção por parte das entidades responsáveis e dos pesquisadores brasileiros para o tema, em Uberlândia são poucos os estudos neste campo (GUERRA, 1998, 2000; MARQUES, 2005). Considera-se oportuna, portanto, a realização de trabalho que colabore com a sistematização e a organização do conhecimento acerca da violência contra a mulher e que possa contribuir na elaboração de programas de prevenção.

2 OBJETIVOS

GERAL

O objetivo do presente estudo é a caracterização de aspectos epidemiológicos e clínicos da violência contra a mulher no município de Uberlândia, Minas Gerais.

ESPECÍFICOS

Conhecer os tipos mais frequentes da violência contra a mulher;
os principais horários, dias da semana e locais de ocorrência;
o momento de ocorrência em relação ao tempo de convivência da vítima com o agressor;
as características das vítimas;
os motivos da agressão e da permanência na relação conjugal violenta;
as características dos agressores;
os tipos de lesões físicas, as regiões anatômicas mais acometidas e os serviços de saúde que prestam assistência às vítimas;
a ocorrência e as causas de morte.

3 CASUÍSTICAS E MÉTODOS

Os dados referentes às agressões contra mulheres com 18 anos de idade ou mais, residentes em Uberlândia, foram obtidos em três fontes distintas: 614 atendimentos médicos no Hospital de Clínicas de Uberlândia (HCU) da Universidade Federal de Uberlândia (UFU) nos anos de 2001 a 2003; 884 fichas de atendimentos às mulheres vítimas de violência realizados na ONG SOS Ação Mulher Família (ONG SOS Mulher) nos anos de 2001 a 2003; 1138 laudos de perícia de lesões corporais e 25 laudos de necropsias, realizados no Posto Médico Legal (PML) nos anos de 2002 e 2003 (nesta fonte não foi possível a coleta de dados referentes ao ano de 2001, visto que, no momento da pesquisa, os laudos não se encontravam disponíveis para pesquisa).

Com base nos dados obtidos nos atendimentos do HCU foram analisados os tipos de violência, dia da semana e horário desses atendimentos, as características das vítimas (idade e estado civil), as características dos agressores (sexo e relação de parentesco com a vítima), serviços e/ou especialidades médicas mais requisitadas, lesões mais freqüentes, regiões anatômicas acometidas, evolução clínica (alta, internação, retorno ambulatorial e óbitos) (ANEXO 3).

Nos atendimentos do PML, foram analisadas os tipos de violência, dia da semana e o horário desses atendimentos, bairros de residência das mulheres vitimadas, as características das vítimas (idade, estado civil e profissão/ocupação), as características dos agressores (sexo e relação de parentesco com a vítima), lesões mais freqüentes, regiões anatômicas acometidas e laudos de necropsias (ANEXO 4).

Nas fichas de atendimentos da ONG SOS Mulher, os dados obtidos foram os tipos de violência, dias da semana desses atendimentos, características das vítimas (idade, estado civil, escolaridade, profissão/ocupação e tipo de moradia), as características dos agressores (idade, relação de parentesco com a vítima, escolaridade, profissão/ocupação e vícios) sobre as agressões (local de ocorrência, tempo de convívio do casal, causas da violência referidas pelas vítimas, registro de queixa policial ou não, motivos pelos quais algumas mulheres não registraram queixa, convivência com o agressor após a violência sofrida) (ANEXO 5).

O Coeficiente de Incidência das agressões, segundo os bairros de moradia da vítima na cidade de Uberlândia-MG, foi calculado a partir da média do número de ocorrência em relação à média da população feminina para os anos de 2002 e 2003 por 100 mil mulheres.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia (ANEXO 6).

4 RESULTADOS

4.1 Tipos de violências

A maioria dos episódios de violência contra as mulheres foram agressões físicas, exceto entre as atendidas na ONG SOS Mulher, onde predominaram tanto este tipo de agressão (32%) quanto, principalmente, a violência psicológica (36,2%) (Tabela 1).

Tabela 1 – Tipos de violências sofridas por mulheres segundo o local de atendimento, Uberlândia, MG, 2001 a 2003.

Tipos de violências	Local de atendimento					
	HCU		PML		ONG SOS Mulher	
	N ^o	%	N ^o	%	N ^o	%
Física	603	98,2	1116	96,0	696	32,0
Física e sexual	7	1,1	26	2,2	85	3,9
Sexual	4	0,7	21	1,8	20	1,0
Psicológica	...	...	...	...	787	36,2
Verbal	...	...	...	...	586	26,9
Total	614	100	1163	100	2174*	100

Fontes: prontuários médicos do HCU (2001 a 2003), laudos de exame de corpo delicto e de necropsia do PML (2002 a 2003) e fichas de atendimento da ONG SOS Mulher (2001 a 2003).

... Não se dispõe de dados.

* Foram 884 mulheres atendidas na ONG SOS Mulher que sofreram 2174 agressões pois uma mulher podia ter sofrido mais de um tipo de violência.

4.2 Dia da semana, horários de atendimento e bairros de residência das vítimas

Os atendimentos foram mais frequentes nos finais de semana (sábados e domingos), tanto entre aqueles realizados no HCU (221; 36%) quanto no PML (441; 38%). Na ONG SOS Mulher, que não realiza atendimento nos finais de semana, ocorreram principalmente nas segundas-feiras (215; 24,3%) (Tabela 2). Os atendimentos foram comuns no período das 18 às 24 horas, tanto no HCU (224; 36,5%) quanto no PML (386; 42,3%) (Gráfico 1).

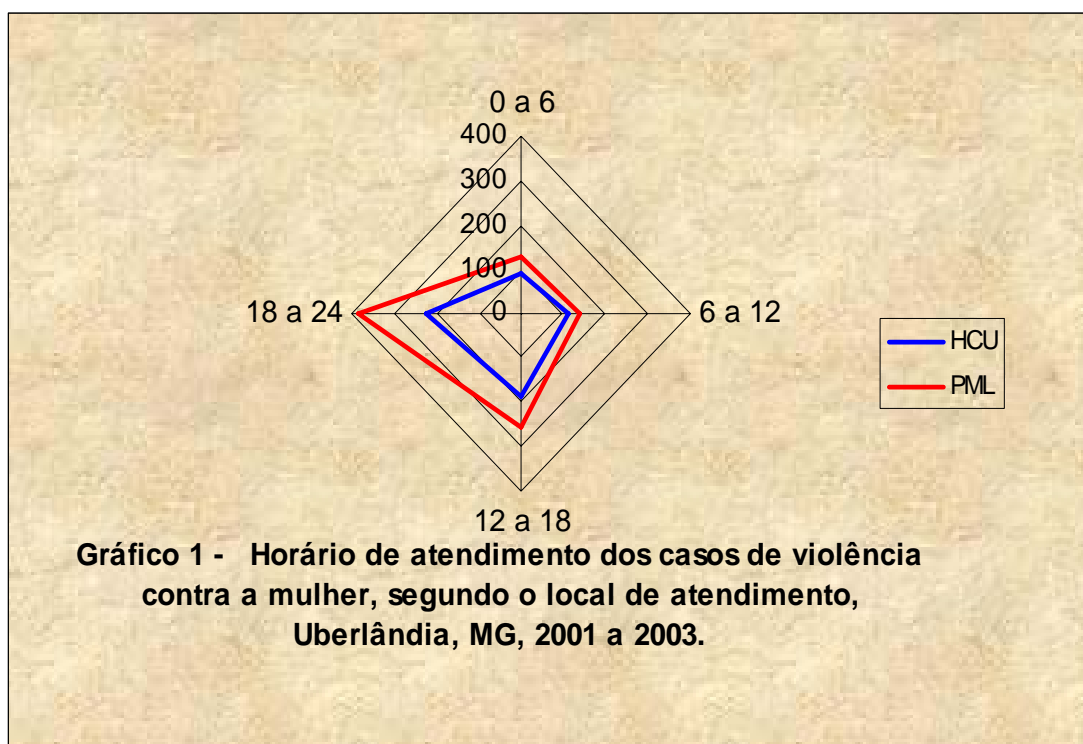
As vítimas de violência residiam com maior freqüência nos bairros Santa Mônica (61; 6,0%), Martins (47; 4,4%), Luizote de Freitas e Roosevelt (39; 3,6%), conforme dados do PML e analisando os coeficientes de incidência destacaram os bairros Chácaras Panoramas (1433 casos/100.000 mulheres), Umuarama (668 casos/100.000 mulheres) e Mansour (589 casos/100.000 mulheres) (Tabela 3, Figura 1 e Gráfico 2).

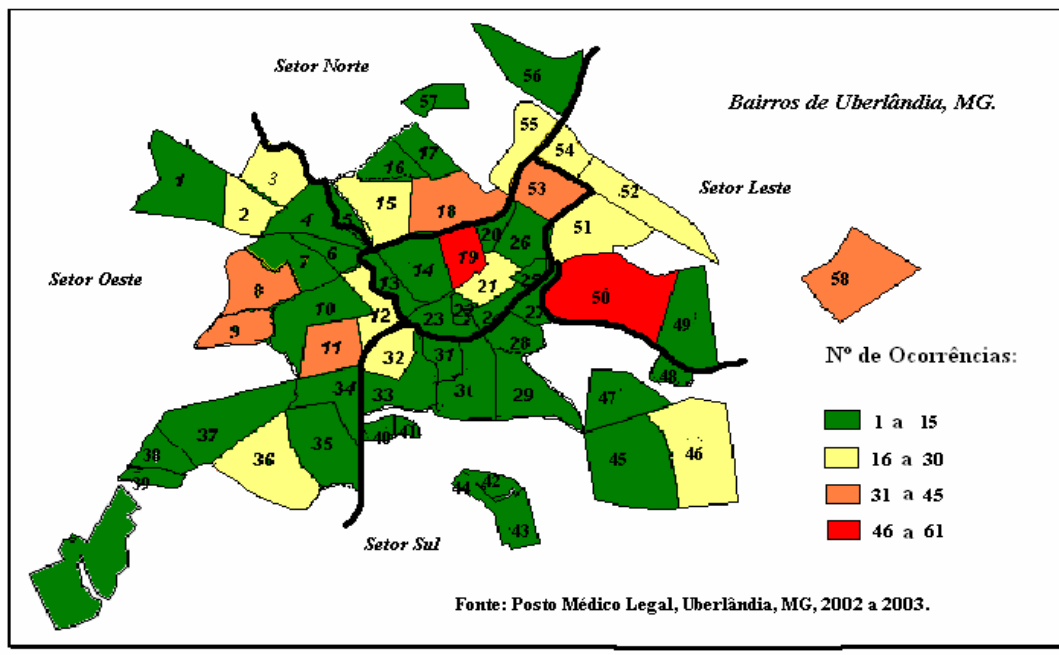
Tabela 2 – Distribuição semanal dos atendimentos de mulheres vítimas de violência segundo o local de atendimento, Uberlândia, MG, 2001 a 2003.

Dia da Semana	Local de atendimento					
	HCU		PML		ONG SOS Mulher	
	N ^o	%	N ^o	%	N ^o	%
Segunda	96	15,6	163	14,0	215	24,3
Terça	73	11,9	152	13,0	203	23,0
Quarta	68	11,1	155	13,3	172	19,4
Quinta	65	10,6	135	11,6	203	23,0
Sexta	91	14,8	117	10,1	91	10,3
Sábado	109	17,8	196	16,9	..	..
Domingo	112	18,2	245	21,1	..	..
Total	614	100	1163	100	884	100

Fontes: prontuários médicos do HCU (2001 a 2003), laudos de exame de corpo delito e de necropsia do PML (2002 a 2003) e fichas de atendimento da ONG SOS Mulher (2001 a 2003).

.. Não se aplica, pois não há atendimento aos sábados e domingos.





LEGENDA

1- Morada do Sol

2- Tocantins

3- Guarani

4- Taiaman

5- São José

6- Dona Zulmira

7- Jardim Patrícia

8- Luizote de Freitas

9- Mansour

10- Chácaras Tubalina

11- Planalto

12- Jaraguá

13- Daniel Fonseca

14- Osvaldo Rezende

15- Jardim Brasília

16- Maravilha

17- Pacaembu

18- Presidente Roosevelt

19- Martins

20- Bom Jesus

21- Centro

22- Fundinho

23- Tabajaras

24- Lídice

25- Cazeca

26- N.S. Aparecida

27- Saraiva

28- Vigilato Pereira

29- Jardim Karaíba

30- Morada da Colina

31- Patrimônio

32- Tubalina

33- Cidade Jardim

34- Jardim das Palmeiras

35- Jardim Holanda

36- Jardim Canaã

37- Jardim Célia

38- Chácara Panorama

39- Rancho Alegre

40- Nova Uberlândia

41- Jardim Barcelona

42- Gávea Sul

43- Shopping Parking II

44- Shopping Parking I

45- Laranjeiras

46- São Jorge

47- Granada

48- Santa Luzia

49- Segismundo Pereira

50- Santa Mônica

51- Tibery

52- Custódio Pereira

53- Brasil

54- Umuarama

55- Marta Helena

56- Minas Gerais

57- Residencial Gramado

58- Morumbi

Figura 1 - Distribuição das ocorrências de violência contra a mulher, conforme os bairros de residência das vítimas, segundo os laudos de exame de corpo delito e de necropsia do PML, Uberlândia, MG, 2002 e 2003.

Tabela 3 - Distribuição dos bairros de residência das mulheres vítimas de violência segundo o número de ocorrências, a população e o coeficiente de incidência, PML, Uberlândia, MG, 2002 e 2003.

Bairros	PML		
	N ^o .	População ¹	C.I./100.000 mulheres ²
Chácaras Panoramas	3	105	1433
Umuarama	17	1.272	668
Mansour	31	2.633	589
Martins	47	4.270	550
Dona Zulmira	11	1.102	499
Tubalina	24	3.199	375
Morumbi	33	4549	363
Custódio Pereira	25	3.530	354
Guarani	21	3.036	346
Santa Luzia	10	1.459	342
Fundinho	9	1.336	337
Jaraguá	21	3.203	328
Jardim Canaã	20	3.070	326
Centro	24	3.756	319
Marta Helena	23	3.647	315
Morada do Sol	1	160	313
Daniel Fonseca	12	1.957	306
Brasil	32	5.377	297
Cidade Jardim	12	2.044	294
Residencial Gramado	5	887	289
Planalto	31	5.591	277
Santa Mônica	61	11.014	277
Luizote de Freitas	39	7.284	268
Tocantins	22	4.098	268
Minas Gerais	10	1.871	267
Jardim Patrícia	11	2.085	264
Bom Jesus	11	2.155	255
Presidente Roosevelt	39	8.282	235
Pacaembu	14	3.321	211
Taiamam	11	2.612	210
São Jorge	28	7.040	199
Tibery	29	7.325	198
Jardim Brasília	18	4.631	194
Jardim das Palmeiras	15	4.086	183
Outros	351	..	..
Total	1071³	..	..

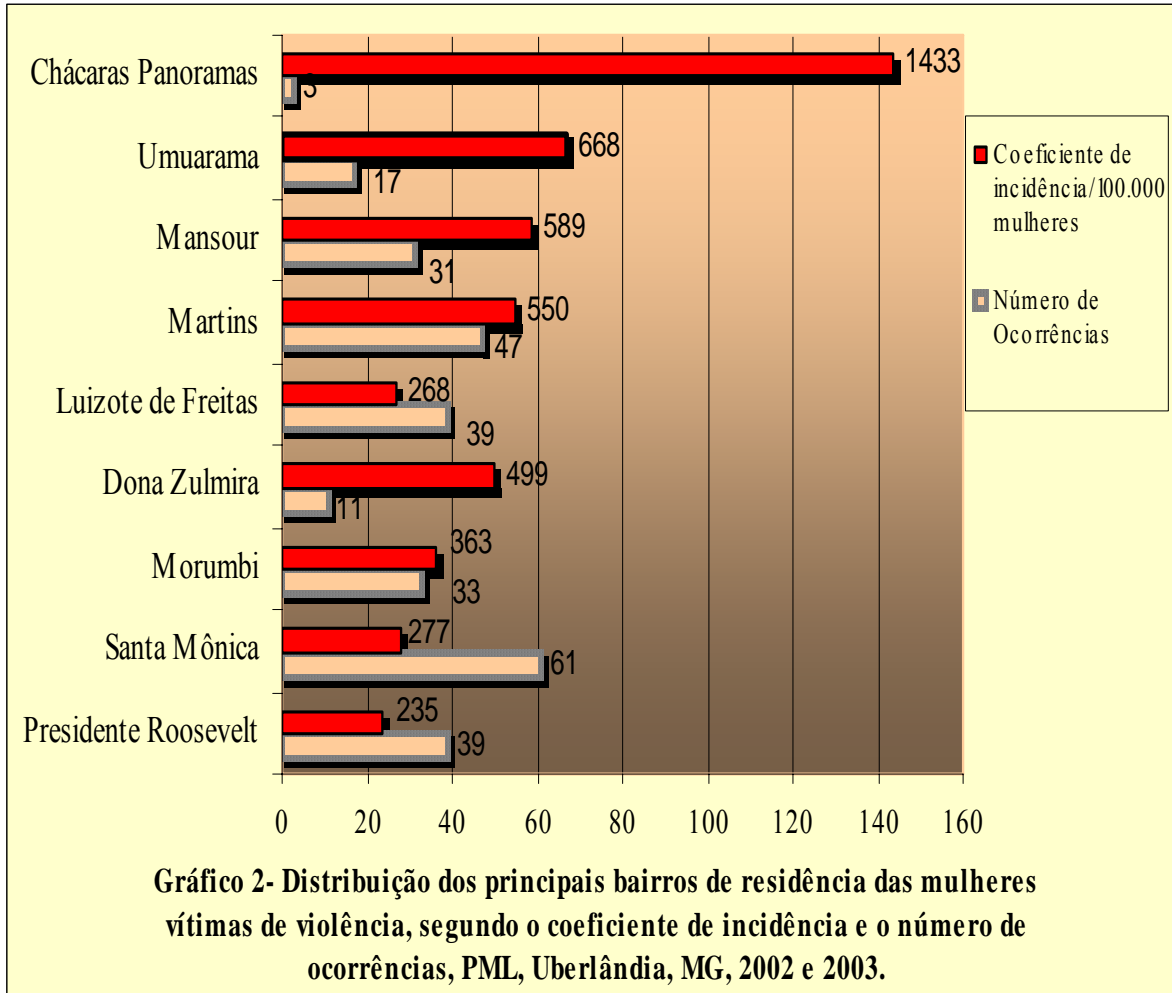
Fonte: laudos de exame de corpo delito e de necropsia do PML (2002 e 2003).

¹Média baseada no índice de crescimento populacional segundo estimativas do IBGE para os anos de 2001, 2002 e 2003 (5,63%, 1,83%, 0,64%, respectivamente).

²C.I. = Coeficiente de Incidência/100.000mulheres (Média do número de ocorrência / média da população feminina estimada para os anos de 2002 e 2003 x 100.000 mulheres).

³Não havia informação sobre o bairro de moradia da vítima em 92 laudos.

.. Não se aplica.



4.3 Características das vítimas

Houve predomínio de vítimas da faixa etária de 18 a 39 anos tanto entre as atendidas no HCU (473; 77,5%) quanto no PML (880; 76,2%) e na ONG SOS Mulher (630; 71,9%) (Tabela 4). Entre as mulheres atendidas no HCU (286; 49,4%) e no PML (400; 34,9%) foram freqüentes as solteiras e na ONG SOS Mulher, as amasiadas (433; 50,3%) (Tabela 5). Das 650 (73,5%) mulheres atendidas na ONG SOS Mulher, em que a variável foi declarada, mais da metade referiu não ter finalizado o ensino fundamental (331; 50,9%) (Tabela 6). As profissões/ocupações eram, entre as atendidas no PML, principalmente, do lar (405; 40,2%) e na ONG SOS Mulher, eram domésticas (148; 30,5%) (Tabela 7) e de 732 (82,8%) casos atendidos nessa instituição, 404 (55,2%) tinham moradia própria (Tabela 8).

Tabela 4 – Faixa etária das mulheres vítimas de violência segundo o local de atendimento, Uberlândia, MG, 2001 a 2003.

Faixa etária (anos)	Local de atendimento					
	HCU		PML		ONG SOS Mulher	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
18 - 19	46	7,5	87	7,5	21	2,4
20 - 29	279	45,7	474	41,0	317	36,2
30 - 39	148	24,3	319	27,7	292	33,3
40 - 49	101	16,6	193	16,7	182	20,8
50 - 59	20	3,3	55	4,8	51	5,8
≥60	16	2,6	27	2,3	13	1,5
Total	610*	100	1155*	100	876*	100

Fontes: prontuários médicos do HCU (2001 a 2003), laudos de exame de corpo delito e de necropsia do PML (2002 a 2003) e fichas de atendimento da ONG SOS Mulher (2001 a 2003).

* Não havia informação sobre a idade da vítima em 4 prontuários médicos do HCU, 8 laudos do PML e em 8 fichas de atendimento da ONG SOS Mulher.

Tabela 5 – Estado civil das mulheres vítimas de violência segundo o local de atendimento, Uberlândia, MG, 2001 a 2003.

Estado civil das mulheres vítimas de violência	Local de atendimento					
	HCU		PML		ONG SOS Mulher	
	N ^o	%	N ^o	%	N ^o	%
Amasiada	78	13,5	288	25,1	433	50,3
Solteira	286	49,4	400	34,9	26	3,0
Casada	174	30,0	311	27,2	351	40,8
Separada/divorciada	33	5,7	123	10,7	43	5,0
Viúva	8	1,4	24	2,1	7	0,9
Total	579*	100	1146*	100	860*	100

Fontes: prontuários médicos do HCU (2001 a 2003), laudos de exame de corpo delito e de necropsia do PML (2002 a 2003) e fichas de atendimento da ONG SOS Mulher (2001 a 2003).

* Não havia informação sobre o estado civil da vítima em 35 prontuários médicos do HCU, 17 laudos do PML e 24 fichas de atendimento da ONG SOS Mulher.

Tabela 6 - Escolaridade das mulheres vítimas de violência segundo o atendimento na ONG SOS Mulher, Uberlândia, MG, 2001 a 2003.

Escolaridade das mulheres vítimas de violência	N ^o	%
Analfabeta	11	1,7
Ensino fundamental incompleto	331	50,9
Ensino fundamental completo	106	16,3
Ensino médio incompleto	30	4,6
Ensino médio completo	126	19,4
Ensino superior incompleto	11	1,7
Ensino superior completo	35	5,4
Total	650*	100

Fonte: fichas de atendimento da ONG SOS Mulher (2001 a 2003).

* Não havia informação de escolaridade da vítima em 234 fichas de atendimento.

Tabela 7 - Profissão/ocupação das mulheres vítimas de violência segundo o local de atendimento, Uberlândia, MG, 2001 a 2003.

Profissão/ocupação das mulheres vítimas de violência	Local de atendimento			
	PML		ONG SOS Mulher	
	Nº	%	Nº	%
Atendente de telemarketing	20	2,0	12	2,5
Auxiliar de cozinha	12	1,2	16	3,3
Auxiliar administrativo	27	2,7	8	1,6
Comerciante	30	3,0	13	2,7
Costureira	16	1,6	24	5,0
Do lar	405	40,2	51	10,5
Doméstica	123	12,1	148	30,5
Manicure/cabelereira	27	2,7	10	2,1
Professora	30	3,0	19	3,9
Secretária	28	2,8	14	2,9
Serviços gerais	61	6,0	36	7,4
Vendedora	40	4,0	15	3,1
Outras	189	18,8	119	24,5
Total	1008*	100	485*	100

Fontes: laudos de exame de corpo delicto e de necropsia do PML (2002 a 2003) e fichas de atendimento da ONG SOS Mulher (2001 a 2003).

*Não havia informação sobre profissão/ocupação da vítima em 155 laudos do PML e 399 fichas de atendimento da ONG SOS mulher.

Tabela 8 – Tipos de moradia das mulheres vítimas de violência segundo o atendimento na ONG SOS Mulher, Uberlândia, MG, 2001 a 2003.

Tipo de moradia	Nº	%
Próprio	404	55,2
Alugado	214	29,2
Cedido ¹	106	14,5
Outros ²	8	1,1
Total	732*	100

Fonte: fichas de atendimento da ONG SOS Mulher.

*Não havia informação tipo de moradia de 152 vítimas de violência.

¹ Empréstado por familiares ou terceiros.

² Outros: sete mulheres moravam em barracos improvisados com lona e uma mulher apropriou-se de imóvel abandonado.

4.4 Características dos agressores

Os agressores eram, na maioria, do sexo masculino, tanto entre os 200 (32%) casos citados pelas vítimas atendidas no HCU (190; 95%), quanto entre os 817 (70,2%) laudos de exame de corpo delito e de necropsias daquelas atendidas no PML (718; 87,9%), quanto entre os 887 (100%) agressores citados pelas vítimas nos atendimentos realizados na ONG SOS Mulher (866; 97,6%).

Entre os atendimentos da ONG SOS Mulher, os agressores tinham, predominantemente, de 20 a 49 anos de idade (690; 87,8%) (Tabela 9). Dos 650 (73,5%) casos em que se obteve a informação, mais da metade (375; 57,7%) não tinha completado o ensino fundamental (Tabela 10). Eram, principalmente, pedreiros/serventes (96; 14,2%) e motoristas (62; 9,2%) (Tabela 11). De 539 (61%) casos em que os vícios foram relatados pelas vítimas, 493 (86,3%) eram etilistas, 118 (20,7%) toxicômanos e 59 (10,3%) praticavam jogos de azar (Tabela 12). Não foi possível obter esses dados para os casos atendidos no HCU e no PML.

Tabela 9 – Faixa etária dos agressores segundo o atendimento na ONG SOS Mulher, Uberlândia, MG, 2001 a 2003.

Faixa etária (anos)	Nº	%
14 – 19	8	1,0
20 – 29	176	22,4
30 – 39	299	38,1
40 – 49	215	27,3
50 – 59	68	8,7
≥ 60	20	2,5
Total	786*	100

Fonte: fichas de atendimento da ONG SOS Mulher.

* Não havia informação sobre a idade dos agressores em 98 fichas de atendimento.

Tabela 10 - Escolaridade dos agressores segundo o atendimento na ONG SOS Mulher, Uberlândia, MG, 2001 a 2003.

Escolaridade dos agressores	Nº	%
Analfabeto/semi-analfabeto	26	4,0
Ensino fundamental incompleto	349	53,7
Ensino fundamental completo	121	18,6
Ensino médio incompleto	27	4,2
Ensino médio completo	102	15,7
Ensino superior incompleto	4	0,6
Ensino superior completo	21	3,2
Total	650*	100

Fonte: fichas de atendimento da ONG SOS Mulher.

* Não havia informação sobre a escolaridade dos agressores em 234 fichas de atendimento.

Tabela 11 – Profissão/ocupação dos agressores segundo o atendimento na ONG SOS Mulher, Uberlândia, MG, 2001 a 2003.

Profissão/ocupação dos agressores	Nº	%
Pedreiro/servente	96	14,2
Motorista	62	9,2
Serviços gerais	43	6,4
Vendedor	32	4,7
Mecânico	30	4,4
Comerciante	25	3,7
Aposentado	22	3,2
Autônomo	22	3,2
Pintor	22	3,2
Vigilante	22	3,2
Eletricista	13	1,9
Auxiliar de produção	12	1,8
Policia	12	1,8
Operador de máquina	12	1,8
Outras profissões	252	37,3
Total	677*	100

Fonte: fichas de atendimento da ONG SOS Mulher.

*Não havia informação sobre a profissão dos agressores em 207 fichas de atendimento.

Tabela 12 – Vícios dos agressores segundo o atendimento na ONG SOS Mulher, Uberlândia, MG, 2001 a 2003.

Vícios dos agressores	N ^o	%
Etilismo	387	67,8
Etilismo/jogos de azar	23	4,0
Etilismo/toxicômanos	83	14,5
Jogos de azar	36	6,3
Tabagismo	7	1,2
Toxicômanos	35	6,2
Total	571*	100

Fonte: fichas de atendimento da ONG SOS Mulher.

* Não havia referência sobre vícios dos agressores em 345 fichas de atendimento e um mesmo agressor poderia apresentar mais de um vício.

4.5 Sobre as agressões

Nos atendimentos da ONG SOS Mulher, o local de ocorrência das agressões foi citado em 534 (60,4%) casos, sendo mais freqüente no lar (478; 85%) (Tabela 13). Os agressores eram principalmente os cônjuges/ex-cônjuges das mulheres atendidas no HCU (103; 51,5%) e no PML (248; 30,4%) e os amásios/ex-amásios daquelas atendidas na ONG SOS Mulher (445; 50,2%) (Tabela 14) e nestes casos, os episódios de violência ocorreram principalmente nos primeiros dez anos de convívio do casal (373; 52,4%) (Tabela 15). Os vícios e o ciúme (380; 36,9% e 205; 19,9%, respectivamente), foram as principais causas de agressões referidas em 633 (71,6%) atendimentos (Tabela 16). De 653 (73,9%) casos em que se obteve a informação, 377 (57,7%) mulheres registraram queixa policial. O “medo das ameaças” foi o principal motivo (73; 38,6%) (Tabela 17) entre as 189 (68,5%) que justificaram a não formalização da queixa policial, sendo também o segundo motivo (141; 23,6%) pelo qual 455 (51,5%) mulheres continuaram convivendo com o agressor após a violência sofrida, superado pela “esperança de melhorar o relacionamento” (202; 33,8%) (Tabela 18).

Tabela 13 – Local de ocorrência da violência contra mulheres atendidas na ONG SOS Mulher, Uberlândia, MG, 2001 a 2003.

Local de ocorrência da violência	N ^o	%
Lar	478	85,0
“Qualquer lugar” ¹	46	8,2
Via pública	29	5,2
Outros ²	9	1,6
Total	562*	100

Fonte: fichas de atendimento da ONG SOS Mulher.

*Não havia citação do local de ocorrência da agressão em 350 fichas de atendimento e uma mesma vítima podia citar mais de um local de agressão.

¹Relato da vítima nas fichas de atendimento.

²Febem (SP), trabalho, boate.

Tabela 14 – Relação entre o agressor e a vítima segundo o local de atendimento, Uberlândia, MG, 2001 a 2003.

Relação entre o agressor e a vítima	Local de atendimento					
	HCU		PML		ONG SOS Mulher	
	N ^o	%	N ^o	%	N ^o	%
Amásio/ex-amásio	8	4,0	198	24,2	445	50,2
Cônjuge/ex-cônjuge ¹	103	51,5	248	30,4	363	40,9
Conhecidos ²	11	5,5	73	8,9	7	0,8
Desconhecidos	29	14,5	12	1,5	6	0,7
Filhos	10	5,0	10	1,2	20	2,2
Irmão	7	3,5	15	1,8	5	0,6
Namorado/ex-namorado	16	8,0	49	6,0	16	1,8
Outros parentes ³	12	9,5	41	5,0	15	1,7
Pai/mãe	1	0,5	136	16,7	3	0,3
Vizinhos	3	1,5	35	4,3	7	0,8
Total	200*	100	817*	100	887*	100

Fontes: prontuários médicos do HCU (2001 a 2003), laudos de lesão corporal e de necropsia do PML (2002 a 2003) e fichas de atendimento da ONG SOS Mulher (2001 a 2003).

¹ Separada de fato, desquitada ou divorciada.

² Namorada do ex-companheiro, atual esposa do ex-companheiro, filho da patroa, patrão, amiga, dentre outras pessoas.

³ Sogro(a), cunhado(a), nora, genro, padrasto, enteado, sobrinha, tia(o), primo(a).

*Não havia informação da relação de parentesco entre o agressor e a vítima em 414 prontuários médicos do HCU, 402 laudos do PML. Em 3 casos de atendimento da ONG SOS Mulher as vítimas referiram mais de um agressor.

Tabela 15 – Tempo de convivência do casal envolvido em episódios de violência conjugal segundo o atendimento na ONG SOS Mulher, Uberlândia, MG, 2001 a 2003.

Tempo de convivência do casal (anos)	Nº	%
< 1	30	4,2
1 - 5	162	22,8
6 - 10	181	25,4
11 - 15	151	21,2
16 - 20	101	14,2
>20	87	12,2
Total	712*	100

Fonte: fichas de atendimento da ONG SOS Mulher.

* Dentre as 784 mulheres amasiadas e casadas, não havia informação sobre o tempo de convivência do casal envolvido em episódios de violência conjugal em 72 fichas de atendimento.

Tabela 16 – Motivos referidos para a violência conforme depoimento das vítimas atendidas na ONG SOS Mulher, Uberlândia, MG, 2001 a 2003.

Motivos referidos para a violência	Nº	%
Vícios	380	36,9
Ciúmes	205	19,9
Raiva/revolta	154	14,9
Infidelidade	132	12,8
Situação financeira	61	5,9
Recusa sexual	27	2,6
Filhos	15	1,5
Outros	57	5,5
Total	1031*	100

Fonte: fichas de atendimento da ONG SOS Mulher.

* Não havia informação sobre o motivo da agressão em 251 fichas de atendimentos e mais de um motivo podia ser citado pela mesma vítima.

Tabela 17 – Motivos pelos quais as mulheres vítimas de violência não registraram queixa policial segundo o atendimento na ONG SOS Mulher, Uberlândia, MG, 2001 a 2003.

Motivos para não registrar queixa	N ^o	%
Medo das ameaças	73	38,6
Negligência policial ¹	32	16,9
Por causa da família	29	15,4
Outros	55	29,1
Total	189*	100

Fonte: fichas de atendimento da ONG SOS Mulher.

¹“Polícia não dava importância”, segundo relatos das vítimas.

*Não havia informação sobre o motivo pelo qual a vítima não ter registrado queixa policial em 87 fichas de atendimento.

Tabela 18 – Motivos pelos quais as mulheres vítimas de violência continuaram convivendo com o agressor após a agressão sofrida segundo o atendimento na ONG SOS Mulher, Uberlândia, MG, 2001 a 2003.

Motivos para conviver com o agressor	N ^o	%
Esperança de melhorar o relacionamento	202	33,8
Medo das ameaças	141	23,6
Situação financeira	84	14,0
Filhos	55	9,2
Outros	116	19,4
Total	598*	100

Fonte: fichas de atendimento da ONG SOS Mulher.

* Não havia informação sobre o motivo pelo qual a vítima continuou convivendo junto com o agressor após a agressão em 429 fichas de atendimento e mais de um motivo foi citado pela mesma vítima.

4.6 Quadro clínico das lesões e evolução clínica das mulheres vítimas de violência

Nos atendimentos realizados no HCU e no PML as lesões foram provocadas principalmente por agentes mecânicos (610; 96,9% e 1269; 90,4%, respectivamente) causando, sobretudo, feridas contusas (392; 62,3% e 1049; 74,8%, respectivamente), e com base nos dados, em diversos casos de agressão houve a intenção do homicídio nas tentativas de esganadura e sufocação (Tabela 19). As regiões anatômicas mais atingidas foram cabeça/pescoço (480; 39,1%) nos dados do HCU, e membros superiores (725; 35,1%) nos do PML (Tabela 20).

Das 614 mulheres atendidas no Pronto Socorro do HCU, 515 (83,9%) receberam alta imediata, 83 (13,5%) foram internadas e 16 (2,6%) foram atendidas somente no ambulatório. Entre as vítimas internadas, 68 (82%) permaneceram no hospital por até cinco dias, cinco (6%) por um período de cinco a dez dias e dez (12%) por mais de dez dias. Cento e oito (17,6%) foram encaminhadas para retornos em ambulatórios especializados de odontologia buco-maxilo-facial (20; 15,1%), ortopedia e traumatologia (19; 14,4%), clínica médica (18; 13,6%), cirurgia plástica (9; 6,8%), ginecologia e obstetrícia (9; 6,8%), oftalmologia (7; 5,3%), psiquiatria (5; 3,8%) e outros (45; 34,1%). Algumas vítimas foram encaminhadas para atendimento em mais de uma especialidade.

Foram registrados 11 (1,8%) óbitos no HCU e 25 (2,1%) no PML, decorrentes principalmente de ferimentos por arma branca (4; 36,4% e 11; 44%, respectivamente HCU e PML) e por arma de fogo (4; 36,4% e 5; 20%, respectivamente HCU e PML) (Tabela 21).

Tabela 19 – Tipos de lesões resultantes da violência contra mulheres segundo o local de atendimento, Uberlândia, MG, 2001 a 2003.

Tipos de lesões	Local de atendimento			
	HCU		PML	
	N ^o	%	N ^o	%
Causadas por agentes mecânicos				
Feridas fechadas	26	4,1	87	6,2
contusas	392	62,3	1049	74,8
Feridas abertas				
incisas	26	4,1	87	6,2
corto-contusas	137	21,8	63	4,5
puntiformes	3	0,5	1	0,1
pérfuro-incisas	19	3,0	61	4,3
pérfuro-contusas	33	5,2	8	0,5
Subtotal	610	96,9	1269	90,4
Causadas por agentes físicos				
Queimadura (calor)	9	1,4	4	0,3
Subtotal	9	1,4	4	0,3
Causadas por agentes físico-químicos (asfixias mecânicas)				
Enforcamento	-	-	4	0,3
Estrangulamento	-	-	2	0,1
Tentativa de esganadura	9	1,5	121	8,7
Tentativa de sufocação	1	0,2	3	0,2
Subtotal	10	1,7	130	9,3
Total	629*	100	1403*	100

Fontes: prontuários médicos do HCU (2001 a 2003) e laudos de lesão corporal e de necropsia do PML (2002 a 2003).

¹Nos casos de enforcamento não se pôde caracterizar se foi homicídio ou suicídio.

- Valor numérico é nulo.

*Quinze e 240 mulheres, respectivamente no HCU e PML, tiveram lesões por mais de um tipo de agente.

Tabela 20 – Regiões anatômicas atingidas pela violência segundo o local de atendimento, Uberlândia, MG, 2001 a 2003.

Regiões anatômicas	Local de atendimento			
	HCU		PML	
	N ⁰	%	N ⁰	%
Cabeça/pescoço	480	39,1	592	28,7
MMSS ¹	354	28,9	725	35,1
MMII ²	140	11,4	391	18,9
Tronco	252	20,6	357	17,3
Total	1226*	100	2065*	100

Fontes: prontuários médicos do HCU (2001 a 2003) e laudos de lesão corporal e de necropsia do PML (2002 a 2003).

¹ MMSS – Membros superiores.

² MMII – Membros inferiores.

* Algumas mulheres tiveram acometimento de mais de uma região anatômica.

Tabela 21 - Óbitos resultantes da violência contra mulheres segundo o local de atendimento, Uberlândia, MG, 2001 a 2003.

Óbitos	Local de atendimento			
	HCU		PML	
	N ⁰	%	N ⁰	%
Arma branca	4	36,4	11	44,0
Arma de fogo	4	36,4	5	20,0
Contusões	2	18,2	1	4,0
Esganadura	-	-	1	4,0
Enforcamento*	-	-	4	16,0
Estrangulamento	-	-	2	8,0
Sufocação	-	-	1	4,0
Queimadura	1	9,0	-	-
Total	11	100	25	100

Fontes: prontuários médicos do HCU (2001 a 2003) e laudos de lesão corporal e de necropsia do PML (2002 a 2003).

- Valor numérico é nulo.

*Nos casos de enforcamento não se pôde caracterizar se foi homicídio ou suicídio.

5 DISCUSSÃO

5.1 Tipos de violência

Características específicas dos serviços oferecidos em cada instituição levam às diferentes frequências das variáveis pesquisadas no HCU, PML e na ONG SOS Mulher, visto serem serviços distintos, com clientela e modalidades de atendimentos diferentes. A predominância de casos de violência física no atendimento hospitalar foi também referida por outros autores (DESLANDES; GOMES; SILVA, 2000; SCHRAIBER et al., 2002) em pesquisas realizadas em instituições hospitalares por ser o tipo que mais frequentemente provoca lesões e requer atendimento médico, enquanto que a elevada ocorrência da violência psicológica no atendimento da ONG SOS Mulher corrobora dados de pesquisas realizadas em instituições sociais de atenção a mulher (DANTAS-BERGER; GIFFIN, 2005; GALVÃO; ANDRADE, 2004). O estudo de Deslandes, Gomes e Silva (2000), desenvolvido em dois hospitais públicos de referência do município do Rio de Janeiro, mostrou que das 72 mulheres atendidas, 70,4% sofreram agressões por espancamentos. Schraiber e colaboradores (2002), em uma pesquisa com entrevista padronizada com mulheres atendidas em uma unidade de atenção primária à saúde, descobriram que 44,4% das vítimas relataram pelo menos um episódio de violência física na vida adulta. No entanto, mesmo com esses percentuais, os autores chamam a atenção para o silêncio e a invisibilidade que envolve a questão da violência contra a mulher que, muitas vezes, não é detectada pelos profissionais do setor saúde pela dificuldade em se falar e tratar do assunto, tanto por parte das mulheres, quanto dos profissionais (SCHRAIBER; D'OLIVEIRA, 2003).

A predominância de casos de violência psicológica encontrada nos atendimentos da ONG SOS Mulher corrobora estudo realizado por Galvão e Andrade (2004) no Centro de Atendimento à Mulher no município de Londrina, Paraná, que oferece atendimentos jurídicos, sociais e psicológicos às mulheres vítimas de violência, onde os autores encontraram maior prevalência das violências psicológica/emocional (56,4%) e física (32,1%). A elevada ocorrência de violência verbal, também encontrada nos atendimentos da ONG SOS Mulher, corrobora dados obtidos por outros autores como Adeodato e colaboradores (2005) que, analisando a qualidade de vida e depressão em mulheres atendidas na Delegacia do Ceará, observaram que a maioria sofreu agressões verbais e físicas (83%). Deslandes, Gomes e Silva (2000) também verificaram a ocorrência da agressão verbal, e mencionam que é a base de

qualquer agressão e o fator que precede a violência física. Entretanto, segundo esses autores, a violência verbal é banalizada e raramente reconhecida, tornando-se, talvez, a mais invisível de todos os tipos de violência. Schumacher e Leonard (2005), analisando desajustes conjugais, agressão verbal e física durante os dois primeiros anos de união conjugal de 634 casais, verificaram que a agressão verbal precede e acompanha a violência física, fazendo parte da rotina de convivência. Hasselmann e Reichenheim (2003) referem que casais que tentam resolver seus conflitos por meio das ofensas verbais são os que mais praticam a agressão física, ao contrário daqueles que optam pelo diálogo. Guerra (1998) acrescenta ainda:

[...] as relações de violência são marcadas pela tensão rotineira, e esta precede os atritos verbais, passando pelas agressões físicas e/ou sexuais, chegando às ameaças de morte e, não raramente, aos homicídios. A violência nem sempre implica em força física, como capacidade de estabelecer limites, permanecendo a tensão por longo tempo, tornando-se necessária e ritualizada pelos co-participes como forma de comunicação, ainda que perversa e estranha.

A baixa percentagem de violência sexual encontrada no presente estudo pode ser explicada pelo fato de que a verdadeira ocorrência dessa violência é desconhecida, sendo uma das condições de maior subnotificação e subregistro em todo o mundo (DREZZET, 2000). Segundo Oshikata, Bedone e Faúndes (2005), uma das causas que contribui para a baixa frequência de denúncias é que a maioria das agressões ocorre em ambientes familiares ou são praticadas por pessoas conhecidas, com vínculo sentimental ou hierárquico entre agressores e vítimas, e estas nem sempre denunciam ou procuram atendimento médico, ainda que a violência se repita por meses ou anos. Dantas-Berger e Giffin (2005), em um estudo qualitativo sobre violência sexual, realizando entrevistas com mulheres entre 25 e 51 anos de idade que denunciaram violência conjugal, no Centro Integrado de Atendimento à Mulher, no Rio de Janeiro, também referem que ocorre subnotificação nas denúncias de violência sexual praticada por parceiros íntimos no âmbito doméstico. Conforme os autores, o sexo vaginal forçado no casamento poucas vezes é reconhecido como violência, parecendo enquadrar-se socialmente e sexualmente como “normal” na relação. Diniz e D’Oliveira (1998) relatam que 40% das mulheres declararam ter vivenciado uma relação sexual não consentida com seu parceiro, sendo o estupro referido por apenas 12% delas. Schraiber e colaboradores (2002) também referem que, de 37 mulheres atendidas em uma unidade de saúde em São Paulo, 23 delas relataram a ocorrência de pelo menos um episódio de violência sexual na vida adulta e que os autores da ação eram companheiros ou familiares. Saffioti e Almeida (1995) acrescentam que a violência sexual desconhece fronteiras, ocorrendo em populações de

diferente desenvolvimento social e econômico, no espaço público ou privado, e em qualquer etapa da vida da mulher, e esta violência acarreta um complexo problema de saúde pública, pois, além dos danos psicológicos, do risco de contrair doenças sexualmente transmissíveis, verifica-se a possibilidade da ocorrência de gravidez após o estupro e de lesões genitais e não-genitais (BRASIL, 1999).

5.2 Dia da semana, horários de atendimento e bairros de residência das vítimas

A maior ocorrência de atendimentos nos finais de semana, principalmente aos domingos, às vítimas atendidas no HCU e no PML, encontrada no presente estudo, corrobora dados de Deslandes, Gomes e Silva (2000), os quais afirmam, em um estudo realizado em dois hospitais, que o domingo (24%) e a quarta-feira (24%) foram os dias de maior ocorrência no atendimento do Hospital Municipal Miguel Couto; a segunda-feira (23,5%) e o sábado (19,6%), no Hospital Municipal Salgado Filho. De acordo com Amaral e colaboradores (2001), nos finais de semana o agressor tem maior probabilidade de estar alcoolizado e de encontrar-se no interior do domicílio, o que determina à vítima maior condição de ser agredida e menor possibilidade de escape.

A alta frequência de atendimentos de mulheres vítimas de violência no período de 12:00 às 24:00 horas, principalmente de 18:00 às 24:00 horas, encontrada no presente estudo, corrobora dados de pesquisa realizada por Amaral e colaboradores (2001), que concluíram ser as agressões ocorrentes principalmente entre 20:00 e 24:00 horas. Estudo de Oshikata, Bedone e Faúndes (2005) sobre a violência sexual revelou que o período de maior ocorrência desse tipo de violência compreende, principalmente, o horário das 18:00 às 24:00 horas (79,5%). De acordo com esses mesmos autores, os dados sugerem que essa violência apresenta uma faixa de horário mais característica. Entretanto, essa discussão é dificultada pela falta de metodologia específica na padronização de intervalos de tempo de atendimentos e de ocorrência desse tipo de violência.

Em relação aos bairros de moradia das mulheres vítimas de violência, a presente pesquisa mostrou alta variabilidade, indicando que a violência contra a mulher ocorre em todos os bairros da cidade, o que corrobora estudo de Marques (2005), que constatou alta dispersão da violência contra a mulher nos bairros desse município. O maior número de casos, no Bairro Santa Mônica, talvez se justifique por se tratar de um bairro cuja área e número populacional são maiores comparados aos outros bairros. Guerra (2000), realizando um

levantamento de dados sobre vítimas da violência conjugal e familiar em Uberlândia, mostrou que pessoas moradoras dos bairros Tubalina, Santa Mônica, São Jorge e Martins foram as que mais procuraram auxílio na ONG SOS Mulher. A autora defende que este fato seja decorrente do trabalho educativo e preventivo realizado pela ONG junto à comunidade desses locais. Alguns dos bairros mencionados já são considerados violentos em pesquisa que analisou ocorrência de homicídios no município (OLIVEIRA, 2004).

Dentre as principais áreas de ocorrência de violência contra mulheres estão bairros periféricos, que têm situação sócio-econômica mais desfavorável, e maior dificuldade de acesso a bens e serviços públicos, o que corrobora resultados de pesquisas que indicam a existência de relação entre esses fatores na ocorrência da violência (GIANINI; LITVOC; ELUF NETO, 1999; HASSELMANN; REICHENHEIM, 2003; KRONBAUER; MENEGHEL, 2005). A discrepância entre os números de ocorrências e os coeficientes de incidência de violência pode ser justificada por fatores como a concentração populacional residente em alguns bairros. O Umuarama, bairro de classe média e alta, que se destaca com elevado coeficiente de incidência, possui apenas 0,61% da população de Uberlândia, porém é onde se encontra o Hospital de Clínicas, e provavelmente algumas vítimas poderiam ter se declarado residentes para ter acesso direto.

Todavia, ainda são necessários trabalhos que avaliem melhor os bairros de maior ocorrência de violências, objetivando proporcionar maior compreensão e atuação na prevenção.

5.3 Características das vítimas

O predomínio de mulheres vítimas de agressão, na faixa etária de 18 a 39 anos, encontrada no presente estudo, é concordante com o apresentado por diversas pesquisas (DESLANDES; GOMES; SILVA, 2000; GUERRA, 1998; MARQUES, 2005; MARQUES; PINTO JÚNIOR, 1999; OSHIKATA; BEDONE; FAÚNDES, 2005). Em relação à violência sexual, Oshikata, Bedone e Faúndes (2005), em estudo prospectivo com 166 mulheres atendidas em Campinas, relatam que aquelas vitimadas sexualmente tinham, com maior frequência, menos de 29 anos (42,2% de 15 a 19 anos e 33,7% de 20 a 29 anos), revelando que esse tipo de violência se apresenta em uma faixa etária específica e, segundo Rickert e Wiemann (1998) nessa faixa etária a mulher apresenta risco quatro vezes maior de ser sexualmente vitimada. Guerra (1998) discute que “em virtude dos padrões culturais

brasileiros nesta faixa etária o corpo é belo e desperta atenção, o que poderia provocar nos homens inseguranças e práticas autoritárias violentas”, o que explicaria em parte, no presente estudo, a diminuição da ocorrência de agressão à mulher a partir da quarta década de vida.

Não existe consenso na literatura quanto ao estado civil das vítimas de violência. Alguns autores apontam para a condição de solteiras (GUERRA, 1998; DESLANDES; GOMES; SILVA, 2000; OSHIKATA; BEDONE; FAÚNDES, 2005), outros para a de amasiadas (MARQUES, 2005; MARQUES; PINTO JÚNIOR, 1999) e, outros para a de casadas (ADEODATO et al., 2005; GALVÃO; ANDRADE, 2004). Guerra (1998) e Deslandes, Gomes e Silva (2000) advertem para a necessidade de maior clareza na apuração e na definição teórica dessa variável, pois muitas mulheres que convivem com um companheiro declaram-se solteiras, mas quando fazem referência à relação com o agressor, os apresentam como “maridos e amásios”.

As principais profissões/ocupações das vítimas, encontradas no presente estudo, corroboram dados apresentados por Guerra (1998). Esses dados mostram a predominância da profissão de empregada doméstica (59%). A mesma autora chama a atenção para a possibilidade de confusão com os termos doméstica e do lar, tanto por parte das mulheres vítimas quanto pelos profissionais que registram a queixa, deixando dúvidas se a mulher trabalha em sua casa ou para outras pessoas. Porto (2000) e Schraiber e colaboradores (2002) assinalam que grande parte das vítimas declara-se do lar; os autores advertem para o cuidado de não se efetuar conclusões precipitadas, pois a violência também ocorre nas classes sociais média e alta e, de acordo com Marques (2005), por receio de escândalos, essas vítimas utilizam-se de serviços particulares. Segundo Barsted (2004), a invisibilidade desse fenômeno nessas classes sociais e as estratégias das mulheres para lidarem com essa violência fazem com que características econômicas e culturais não estejam presentes no perfil das vítimas, ficando evidenciadas na mídia somente em situações extremas, quando ocorrem homicídios praticados por maridos ou companheiros.

O baixo nível de escolaridade das mulheres vítimas de violência, encontrado na presente pesquisa, corrobora dados da literatura (ADEODATO et al., 2005; BLAY, 2003; GUERRA, 1998; DREZZET, 2000; KRONBAUER; MENEGHEL, 2005; MARQUES, 2005; SANT’ANNA, 2003; SCHRAIBER et al., 2002). Estudo de Kronbauer e Meneghel (2005), com 251 mulheres vítimas de violência entre 18 e 49 anos, atendidas em uma unidade básica de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, mostrou associação entre baixa escolaridade e violência. Adeodato e colaboradores (2005) acrescentam que a escolaridade da mulher agredida é, em média, de seis anos de estudo, embora Sant’Anna (2003) afirme que as

agressões ocorrem com mulheres de todos os níveis educacionais. Estudo de Drezzet (2000), com vítimas atendidas no Serviço de Atenção Integral à Mulher Sexualmente Vitimada, em São Paulo, também revela que é nítida a condição de baixa escolaridade das mulheres vítimas de violência (40% não tinham concluído o ensino fundamental); porém, o autor adverte que esse achado pode estar relacionado à freqüente limitação educacional das pacientes que são atendidas nos serviços públicos de saúde. É interessante notar que em uma pesquisa de Ibope do Senado Federal, por intermédio de entrevista telefônica em 27 capitais brasileiras, os níveis de escolaridade médio e superior (42,7% e 23,9%, respectivamente) das mulheres que se declaram vítimas de violência, se revelaram acima do que é encontrado na literatura (BRASIL, 2005). Desse fato, talvez se possa inferir que esta pesquisa tenha alcançado as mulheres vítimas de violência doméstica que pertencem a um nível sócio-educacional melhor e que por estarem em anonimato, não se intimidaram em se revelar vítimas de violência.

Na presente pesquisa, dados da ONG SOS Mulher revelam que pouco mais da metade das vítimas residiam em imóvel próprio, o que não difere muito do encontrado em estudo de Marques (2005) que, realizando entrevista com 71 mulheres vítimas de violência conjugal, no município de Uberlândia, constatou que 47,9% das entrevistadas residiam em casa própria, 39,4% em imóvel alugado e as demais (12,7%) em imóvel cedido, diferentemente Kronbauer e Meneghel (2005) constataram que 55% das mulheres vítimas de violência moravam em quintal comum, favela ou em áreas invadidas.

5.4 Características dos agressores

O predomínio de agressores do sexo masculino e adultos jovens, conforme o presente estudo, corrobora dados da literatura (BARSTED, 2004; BLAY, 2003; DINIZ; D'OLIVEIRA, 1998; GUERRA, 1998; HEISE, 1994; KRONBAUER; MENEGHEL, 2005; MARQUES, 2005). Blay (2003) realizou uma pesquisa sobre homicídio de mulheres na Delegacia de Polícia, São Paulo, mostrou que 90% dos agressores eram homens. Estudo de Kronbauer e Meneghel (2005) também revela que os agressores tinham, principalmente entre 20 e 49 anos. Guerra (1998) e Marques (2005) mostraram predominância de agressores na faixa etária dos 21 aos 40 anos (69% e 64,6%, respectivamente). Alguns autores (BLAY, 2003; SAFFIOTI, 2004) discutem as relações desiguais entre homens e mulheres, resultantes das diferenças sexuais presentes no “ser macho” ou “ser fêmea” que levam a subordinação histórica das mulheres e que, algumas vezes, são atribuídas aos valores patriarcais que

atravessam os tempos e se fazem ainda presentes na vida de muitas mulheres e, em outras, são atribuídas a um conceito mais amplo, às questões de gênero que refletem a construção social do ser homem e do ser mulher, determinada pela sociedade. Dessa forma, a violência contra a mulher é um exemplo típico de como as desigualdades se manifestam, sendo o agressor principalmente do sexo masculino.

A baixa escolaridade do agressor encontrada no presente estudo corrobora dados da literatura (BLAY, 2003; GUERRA, 1998; MARQUES, 2005). Blay (2003) e Marques (2005) revelam que os agressores tinham o ensino fundamental incompleto (33% e 53,5%, respectivamente). Segundo Blay (2003), os agressores apresentavam uma posição sócio-econômica de baixa ou média renda. Estudo de Guerra (1998) refere que cerca da metade dos agressores ocupava cargos que necessitavam de pouca escolaridade, tais como os de recepcionista, motorista, garçom, mecânico, porteiro, vendedor e serviços gerais, dentre outros. De acordo com Soares (2001), também o “stress causado pelo desemprego e pela falta de dinheiro pode contribuir para o aumento da tensão nas relações conjugais e muitos homens sentindo-se impotentes e inferiores, tentam reafirmar sua masculinidade através da violência física, sexual e psicológica contra as mulheres e não com outros homens na rua”, o que revela a influência dos aspectos sócio-culturais no fenômeno da violência contra a mulher, pela definição de papéis sociais desiguais para homens e mulheres.

Os vícios dos agressores evidenciados no presente estudo confirmam a pesquisa de Adeodato e colaboradores (2005), na qual foi apurado que 70% dos parceiros faziam uso de álcool, 11% consumiam drogas ilícitas, e o fato de o agressor ingerir álcool mostrou ter correlação direta com a agressão. Segundo Braga (2002), “existem cenários facilitadores para a violência, como a pobreza, fruto da exclusão, o patriarcalismo, o sexismo, o alcoolismo, a drogadição, a ausência do diálogo e a falta de solidariedade entre os membros do núcleo familiar”. Ademais, os casais que vivenciam a violência conjugal, encontram dificuldades para cuidar de si próprios, procurar emprego, estudar e desenvolver formas de viver com conforto e autonomia (VIOLÊNCIA ..., 2006).

5.5 Sobre as agressões

A predominância da ocorrência de violência dentro do próprio lar, verificada no presente estudo, corrobora dados da literatura (BARSTED; 2004; DESLANDES; GOMES; SILVA, 2000; GIFFIN, 1994; GUERRA, 1998; NORONHA; DALTRO, 1991;

SANT'ANNA, 2003). Deslandes, Gomes e Silva (2000) referem que 80,3% das agressões foram praticadas no interior da residência, e facilitadas pelo fato de transcorrerem na privacidade e sem interrupções de outras pessoas. Noronha e Daltro (1991), com base em revisão de artigos sobre violência contra a mulher, publicados no Jornal "A Tarde" no ano de 1989, consideraram que o lar muitas vezes torna-se um espaço perigoso. Também Barsted (2004) refere que, além do medo da violência no espaço público, que atinge toda a sociedade, as mulheres, em especial, temem também a violência no espaço privado. Segundo a autora, a vivência desse duplo medo desmotiva a luta pelo acesso às demais condições de segurança humana. Segundo Guerra (1998), o "Lar, Doce (?) Lar", que deveria representar um local seguro para todo cidadão, nem sempre o é para a mulher:

[...] justamente no lar, longe de ser idealizado como local somente de harmonia, mas onde se pressupõe haver carinho, companheirismo, cumplicidade, apesar das diferenças e dos conflitos, a violência está presente e parece tomar corpo a partir das cenas conjugais.

A maior ocorrência de violência perpetrada pelo próprio companheiro, conforme dados do presente estudo, é concordante com a literatura que apresenta consenso sobre o abuso por parte do marido ou companheiro (BARSTED, 2004; DESLANDES; GOMES; SILVA, 2000; HEISE, 1994; MARQUES, 2005; RAMIREZ RODRIGUES; PATINO GUERRA, 1996; SANT'ANNA, 2003; SOARES, 1999). Ramirez Rodriguez e Patino Guerra (1996) realizaram entrevista com 57 mães de alunos de escola primária de Jalisco, México, e observaram que 46% delas sofriam violência doméstica e em 73% dos casos o agressor era o esposo. A violência física na vida adulta advinda de um parceiro atinge ao menos uma vez, 20% a 50% das mulheres no mundo (HEISE, 1994) e o marido aparece como agressor na maioria das vezes (DESLANDES; GOMES; SILVA, 2000). Segundo Cardoso (1996), em quase todas as agressões domésticas, o marido ou amante é o responsável pela agressão. Soares, Soares e Carneiro (1996), estudando 521 denúncias em Delegacias Especiais de Atendimento à Mulher (DEAMs) no Rio de Janeiro, também encontraram que 77,6% dos agressores eram maridos, companheiros, ex-maridos e ex-companheiros e que 9,4% eram parentes. Saffioti e Almeida (1995) consideram que "o inimigo da mulher não é especificamente o homem, mas toda uma organização social de gênero, alimentada, reforçada, disseminada não só por homens, mas também por mulheres, ou seja, toda uma cultura de uma sociedade".

Soares (1999) adverte que não são todos os homens que desenvolvem relações conjugais violentas; segundo a autora, homens que sofreram violência física na infância e na

adolescência e que testemunharam a violência entre seus pais são mais propensos a agredirem suas parceiras, pois aprenderam que esta é uma forma adequada para resolver conflitos, considerando que a violência é aceitável nas relações afetivas, como parte da educação, ou demonstração de cuidado e de amor:

É bom que realmente se torne claro à opinião pública que nem todos os homens são agressores e que muitos desses homens lutam contra essa agressão e essa violência. Eu penso que as lutas importantes no mundo, dos Direitos Humanos, contra a violência, contra a tortura [...] são lutas que não podem ser deixadas a um grupo social. [...]. As lutas feministas não podem ser deixadas unicamente às mulheres. É preciso que os homens se solidarizem, porque são a prova viva de que repudiam essa forma de agressão e que tudo farão para que esse número de pessoas – que infelizmente é muito grande e atravessa todas as classes e todos os continentes – se vá reduzindo através da oposição democrática de homens e mulheres (SANTOS, 2002 apud BRASIL, 2003a).

Entretanto, quando se trata de violência sexual, especificamente, os desconhecidos são apontados como os principais agressores (OSHIKATA; BEDONE; FAÚNDES, 2005), mas esta predominância deve ser contextualizada para uma melhor compreensão desse fenômeno, pois nos casos de violência sexual doméstica, a vítima, quer por medo de vingança, sensação de culpa, desconhecimento dos direitos legais e/ou descrédito na justiça, muitas vezes não denuncia a violência (BRASIL, 1999), acrescenta-se ainda o vínculo sentimental ou hierárquico entre eles como fatores que contribuem para a ausência de denúncia. Desse modo, entre as notificações, sobressaem os registros de casos de violência sexual urbana e provocada por desconhecidos (OSHIKATA; BEDONE; FAÚNDES, 2005).

Os resultados encontrados na ONG SOS Mulher em relação ao tempo de convivência do casal corrobora dados da pesquisa de Silva, Santos Júnior e De-Souza (2000) na qual os autores apontam que, em 48% dos casos, os episódios de violência tiveram início justamente após a união do casal, o que é reforçado por Adeodato e colaboradores (2005) que também fazem referência à ocorrência da agressão nos primeiros 10 anos de convivência. Porém, estudo de Kronbauer e Meneghel (2005) contradiz esses resultados, mostrando que a violência está presente, principalmente, no relacionamento de casais com mais de 10 anos de união conjugal. Todavia, Marques (2005) ressalta que em diversos casos o início das agressões se dá ainda na fase de namoro, sendo que em 31% dos casos, esta fase já se revela problemática, o que, segundo a autora, quando comparado ao tempo de convívio, a agressão pode anteceder em um ano a moradia comum.

Como no presente estudo, outros autores também encontraram que vícios (álcool e outras drogas) e ciúmes são os principais motivos referidos para a violência, principalmente o

estupro (ADEODATO et al., 2005; SANT'ANNA, 2003; SILVA; SANTOS JÚNIOR; DE SOUZA, 2000). Estudo de Adeodato e colaboradores (2005) aponta o álcool (52%) e o ciúme (55%) como os principais fatores que desencadearam as agressões, e que a associação deles esteve presente em 30% dos casos. Silva, Santos Júnior e De-Sousa (2000) mostram que o ciúme e a infidelidade (62%), o álcool, drogas e jogos (54%) foram fatores de perpetuação da violência conjugal. Simão e colaboradores (1997), com base em revisão bibliográfica por eles suscitada, apontam que em cerca de 50% das violências contra a mulher, o marido estava alcoolizado. Esses fatores necessitam de uma melhor contextualização para a compreensão da gênese deste fenômeno. Soares (2001) também refere que o alcoolismo, o uso de drogas, o desemprego, os problemas psicológicos e psiquiátricos, ciúmes, traição, provocação são motivos alegados pela vítima e pelo agressor como causas da violência, mas na verdade são fatores que precipitam a violência. De acordo com a autora,

[...] muitos homens agressores não são alcoólatras e não usam drogas. Muitos doentes mentais são extremamente violentos quando estão em crise, mas como não podem controlar seus atos destrutivos, estes não se dão somente em relação às mulheres e crianças. Portanto, se um homem pode se controlar na rua, no trabalho, com os amigos e só é violento em casa, segundo a autora, ele provavelmente não é um doente mental [...].

Guerra (1998, 2000) também adverte que esses dados não podem ser entendidos como indicadores de uma relação de causalidade direta, mas como facilitadores de situações previamente determinadas. Conforme a autora,

[...] as causas da violência se confundem, não sendo necessariamente em alguns casos a causa, mas o catalisador, facilitador ou a própria consequência da violência [...] ao redor do fenômeno da violência gravitam muitos fatores como a cultura, estilos de família, machismo, vícios, situação sócio-econômica e até problemas de saúde.

A baixa ocorrência de registro de queixas contra o agressor pela vítima, encontrada no presente estudo, foi também referida por outros autores que apontam elevada ocorrência da violência contra a mulher e baixos níveis de denúncia, não importando a condição social, educacional ou econômica da vítima (DINIZ; D'OLIVEIRA, 1998; HEISE, 1994; YOSHIHAMA; SORENSON, 1994). Em relação à violência sexual, as constatações revelam que apenas aproximadamente 20% denunciam o estupro (FAÚNDES et al., 1998). Galvão e Andrade (2004) relatam que, mesmo quando as vítimas registram queixas contra seus companheiros agressores, muitas vezes acabam desistindo de manter a denúncia em virtude das promessas dos companheiros de não mais agredi-las, da falta de perspectiva e de

condições materiais para um recomeço, além da vergonha e da falta de apoio da família e da sociedade, fatores que contribuem para a “rotinização da violência”.

Sant’Anna (2003) revela que, em alguns casos, a simples apresentação da queixa em uma delegacia e uma advertência da autoridade policial propiciam uma redução do número de ocorrências de agressão. A autora observou que quase 90% das denúncias registradas nas delegacias de defesa da mulher foram de agressão e o restante de ameaças, e que no ano seguinte, nas mesmas delegacias, as denúncias caíram para 70% dos casos e as ameaças subiram 20%. A partir desses dados, verifica-se que em alguns casos a denúncia pode minimizar a ocorrência das agressões, além de oferecer um apoio legal às vítimas, torna-se também um fator intimizador das relações violentas. Segundo Saffioti (1999), raramente uma mulher consegue desvincular-se de um homem violento sem auxílio externo, pois a violência doméstica ocorre em uma relação afetiva cuja ruptura necessita de intervenção externa e, até que isso ocorra, o relacionamento é rompido por diversas vezes.

Na literatura são encontrados vários fatores, pelos quais as mulheres não buscam ajuda junto às autoridades. Diferentemente do “medo das ameaças” evidenciado na presente pesquisa, outros motivos também são mencionados. Pesquisa realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (1999) aponta que 61% das vítimas consideram que se trata de um assunto particular; 6,7% tiveram vergonha e 32% alegaram outras razões tais como: não acharam necessário ou avaliaram que não seriam reconhecidas como vítimas. Drezett e colaboradores (1998) acrescenta outros motivos, como o constrangimento, o medo de humilhação e o receio da incompreensão por parte dos familiares, amigos, vizinhos e autoridades.

A esperança de melhorar o relacionamento conjugal como o principal motivo referido pelas mulheres para continuarem convivendo com seus companheiros após as agressões, corrobora outros estudos. Marques (2005) mostra que as mulheres acreditam que o parceiro pode modificar o comportamento violento e Adeodato e colaboradores (2005) salientam o comportamento do agressor que promete melhorar sua atitude, a existência de filho, a dependência financeira, a paixão e o medo do parceiro como fatores importantes. Galvão e Andrade (2004) acrescentam, juntamente com Saffioti (1997), o fator emocional. Marques (2005) constatou que 63,4% das vítimas alegaram o amor pelo companheiro como o motivo da permanência na relação. Gregori (1993), Meneghel e colaboradores (2003) acrescentam que aspectos culturais associados à construção social dos papéis feminino e masculino são determinantes das relações de dominação e submissão entre os gêneros. Segundo Guerra

(1998), muitos casais permanecem nesses relacionamentos de violência em média de 15 a 20 anos, ou a vida inteira:

[...] há mulheres que não dependem economicamente de seus maridos, os filhos já estão crescidos e independentes, mas permanecem na relação, o que leva à crença de que a violência entre os casais apresenta suas peculiaridades diante de outras formas de violência. O laço que os une é diferente daquele que une outros opressores e oprimidos, talvez uma dependência emocional ou uma necessidade de violência como uma forma mórbida de “tempero” no relacionamento.

A complexidade do problema da permanência do casal em um relacionamento violento permite classificá-lo como um fenômeno multi-causal (BRAGA, 2002), inferindo-se que os fatores contribuintes para a violência também podem ser conseqüências da mesma.

5.6 Quadro clínico das lesões e evolução clínica das mulheres vítimas de violência

O predomínio de lesões causadas por agentes mecânicos, sobretudo as feridas contusas e corto-contusas nas mulheres vítimas de violência, encontrado no presente estudo, estão de acordo com a literatura (CARDOSO, 1996; DAY et al., 2003). Pesquisa de Cardoso (1996), que aborda alguns fatores associados e as conseqüências dessa violência, aponta que mais de 40% das agressões registradas envolviam golpes, bofetadas, amarração, pancadas, estrangulamento, queimadura dos seios e da genitália, revelando que a mulher é vítima das mais diversas formas de tortura. Day e colaboradores (2003), analisando as diversas manifestações de violência doméstica e os diferentes determinantes envolvidos, apontam que os agressores utilizam-se principalmente de objetos corto-contundentes, que resultam em alta frequência de homicídios e lesões graves. Guerra (2000) refere que os tapas, socos, empurrões e pontapés são os principais meios de agressão, e as armas utilizadas são armas brancas, principalmente facas, por serem mais acessíveis, inclusive, às classes mais baixas.

A maior ocorrência de agressões atingindo cabeça/pescoço e membros superiores, conforme dados do presente estudo, corrobora dados dos estudos de Deslandes, Gomes e Silva (2000) e Schraiber e colaboradores (2002). Chrcanovic e colaboradores (2004), avaliando fraturas faciais em pacientes atendidos em um hospital público de Belo Horizonte, Minas Gerais, referem que a violência constitui a segunda causa de fraturas faciais em mulheres. Segundo Deslandes, Gomes e Silva (2000), a face é a área preferida pelos agressores e nos casos em que o braço ou mão foram atingidos, na maioria das vezes, isso foi devido ao fato da mulher tentar proteger a face. Para Schraiber e colaboradores (2002), as

agressões nessas regiões, especialmente na face, podem indicar, “além de um comportamento de defesa com os braços, o caráter simbólico de humilhação e de agressão à dignidade da pessoa humana de que se revestem os atos de agressão”.

Conforme Braga (2002), o espancamento de uma parceira íntima pode ser rotineiro, sendo raro que ocorra uma única vez. Com o tempo, a violência tende a tornar-se mais freqüente e a aumentar em gravidade; as marcas visíveis da violência são tratadas nos serviços de saúde, para, em seguida, as mulheres retornarem ao mesmo ciclo de espancamento e abusos que muitas vezes resultam em homicídios ou suicídios.

Dessa forma, segundo Schraiber e D'Oliveira (2003):

[...] os processos patológicos que surgem associados à violência e ao sofrimento psicoemocional, se não forem abordados de forma integrada, resultam em casos de difícil solução, mesmo quando se trata de patologias mais simples e bem conhecidas. Esses casos estão sujeitos a iatrogenias e tornam-se frustrantes para os profissionais.

Os serviços e as especialidades médicas mais envolvidas nos atendimentos dos casos de violência contra a mulher, conforme dados da presente pesquisa, corroboram achados de Deslandes, Gomes e Silva (2000), na qual destacam, principalmente o serviço de urgência e emergência e especialidade de ortopedia (33,8%). Os autores também referem que, muitas vezes, as vítimas necessitaram de atendimentos em duas ou mais especialidades e chamam a atenção para o fato da necessidade de tais profissionais estarem sensibilizados e capacitados para o atendimento e o enfrentamento desse problema. Dearwater (1998) alerta para a importância das diversas especialidades médicas atuarem na prevenção da reincidência da violência doméstica, pois o setor de emergência, em muitos casos, constitui o único contato entre a vítima e o sistema de saúde. O autor ressalta a necessidade de se discutir o potencial papel desencadeador de atendimento e acompanhamento, que diferentes profissionais podem representar diante dessa situação.

No Brasil, cerca de um terço das internações em unidades de emergência é consequência de violência (BARSTED, 1998) e a necessidade de internação em diversos casos evidencia a gravidade das agressões. Dearwater (1998) observou que a gravidade das lesões indica uma possível explicação para o fato dessas vítimas que não recebem o apoio de ações preventivas demandarem mais atendimentos de emergência, hospitalização e atendimentos ambulatoriais do que as mulheres que não sofrem violência. Deslandes, Gomes e Silva (2000), avaliando 72 mulheres vítimas de violência, mencionam que duas necessitaram de internação (uma sofreu espancamento e a outra foi ferida com arma branca). Como no presente estudo, esses autores relatam que alguns casos possuíam características de

tentativa de homicídio, e um outro de tentativa de suicídio provocada pela violência sofrida, revelando a extrema vulnerabilidade, na qual a vítima pode perder a vida, quer por homicídio ou por suicídio.

A violência doméstica é a causa de 50% dos homicídios de mulheres (CARMO et al., 2001) e representam o último grau de uma escala de violência conjugal, que muitas vezes se inicia com o abuso psicológico (BRAGA, 2002). Nos Estados Unidos, a violência doméstica não-fatal perpetrada por parceiro é responsável por 35% das tentativas de suicídio de mulheres e incluem lesões permanentes e problemas crônicos de saúde (GIFFIN, 1994). A OMS (2002) revela que na África do Sul, Austrália, Canadá, Estados Unidos e Israel, entre as mulheres vítimas de homicídio, cerca de 40% a 70% foram mortas por seus maridos ou namorados, normalmente no contexto de um relacionamento de abusos constantes, contrastando com a baixa percentagem (4%) de homens que foram mortos por suas esposas, ex-esposas ou namoradas, revelando que as conseqüências da violência de gênero são diferentes para mulheres e homens.

No Brasil, em 2002, a 1ª Delegacia de Polícia Militar de São Paulo atendeu a mais de oito mil ocorrências, 90% delas relativas à violência doméstica; destas, 285 foram homicídios e 384 tentativas de homicídio; 65,9% dos homicídios e 49,7% das tentativas de homicídios foram perpetradas pelo companheiro ou ex-companheiro (SANT'ANNA, 2003). Esse cenário revela o caráter violento das relações familiares, bem como a exposição das mulheres à morte violenta, mesmo sem sair de casa (BLAY, 2003; NORONHA; DALTRO, 1991). Estudo da Faculdade de Medicina da USP demonstra que a violência doméstica é a causa de 50% dos homicídios de mulheres e 30% dos traumas femininos atendidos nos prontos-socorros (CARMO et al., 2001). Segundo Sant'Anna (2003), grande parte das mulheres assassinadas tentam interromper o ciclo da violência doméstica, recorrendo às delegacias de mulher; no entanto, tais denúncias eventualmente não são bem sucedidas, resultando, em alguns casos, em homicídios. A autora também chama a atenção para o fato de que, além da perda de vidas, a violência contra a mulher deixa crianças e adolescentes abandonados e traumatizados.

Apesar da elevada ocorrência de morbidade por lesões com instrumentos contundentes encontrada no presente estudo, os óbitos foram decorrentes principalmente do uso de armas brancas e armas de fogo, o que corrobora estudo de Reis, Martin e Ferriani (2004), que analisaram crimes cometidos contra a mulher, notificados pela Delegacia de Defesa Pública de Ribeirão Preto, São Paulo, e constataram o emprego de facas (14,3%) e revólveres (10,7%) como o tipo de arma mais utilizada pelo agressor. Guerra (2000) também refere altas proporções de uso desses instrumentos nos casos de homicídios; segundo essa

autora, tais armas são reconhecidamente mais prováveis de resultar em morte. Porém, segundo Blay (2003), qualquer instrumento serve para agredir, a exemplo de faca, de ácido, de madeira, de ferro, além das próprias mãos.

6 CONCLUSÕES

Os dados do presente estudo permitem concluir que a violência contra a mulher no município de Uberlândia, em atendimentos de serviços de saúde pública e instituições sociais:

é um problema de saúde;

é freqüente e predominam as agressões físicas e psicológicas;

ocorre, sobretudo, nos finais de semana, à noite, dentro dos próprios lares, nos diferentes tempos de convívio do casal;

acomete, em especial, mulheres jovens, principalmente de 18 a 39 anos, amasiadas ou solteiras, com pouca escolaridade, de diferentes profissões/ocupações, sobretudo aquelas que trabalham no próprio lar ou como domésticas;

as vítimas referem os vícios e o ciúme como as principais causas da violência, o medo das ameaças como o principal motivo de não registrarem queixa policial e a esperança de melhorar o relacionamento o motivo principal para permanecerem na relação conjugal violenta;

é perpetrada especialmente por agressor adulto jovem, do sexo masculino, amásio ou marido da vítima, com baixa escolaridade e profissão/ocupação que exige pouca qualificação;

determina, sobretudo feridas contusas, em cabeça/pescoço e membros superiores;

demandam atendimento nos serviços de emergência, com participação especial da odontologia buco-maxilo-facial, da ortopedia e traumatologia e da clínica médica;

quando determina mortes, o que não é raro, estas são causadas comumente por ferimentos com arma branca ou de fogo.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As mulheres representam 51,2% (89 milhões) da população brasileira. Em 2003, o percentual da população feminina em idade reprodutiva (idade entre 15 e 49 anos) era de 54,7%. Devido à incidência elevada de casos de gravidez precoce, esse intervalo de idade foi ampliado (10 a 49 anos), correspondendo então a 63,7% (BRASIL, 2004). Diante desses dados, percebe-se que a população brasileira é constituída principalmente por mulheres, da faixa reprodutiva e produtiva; considerando-se que a violência ocorre preferencialmente nessa etapa da vida, fica evidente o grande problema social e de saúde que constitui para o Brasil.

A violência se caracteriza como um fenômeno complexo e representa um grande desafio para a sociedade, exigindo para o seu enfrentamento ações integradas entre diversos setores, órgãos e instituições governamentais e não-governamentais, trabalhando em rede. O próprio governo se comprometeu a combater a violência contra as mulheres aprovando e executando leis que asseguram o cumprimento de seus direitos legais como a recente Lei nº. 11.340/2006, conhecida como “Maria da Penha”, em homenagem a uma vítima da violência.

É necessário atendimento multidisciplinar à pessoa vítima de violência com especial abordagem que permita o resgate da cidadania e dos direitos humanos das mulheres, como o reconhecimento de seus direitos sociais, econômicos, civis e políticos.

Os serviços de saúde têm papel muito importante na identificação e diagnóstico da violência. É nesse sentido que a Norma Técnica “Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes” recomenda que a entrevista inicial com a mulher vítima de violência nos serviços de saúde deve ser feita por um profissional devidamente sensibilizado e capacitado.

Deve-se incluir, em programas escolares, a discussão sobre as relações entre gênero e a violência e suas conseqüências nos desequilíbrios familiar e emocional. Também nos cursos universitários é importante a inclusão de disciplinas obrigatórias sobre o tema na grade curricular de qualquer curso de formação na área de saúde.

As mulheres que procuram os serviços de saúde só falam sobre as violências quando encontram condições de acolhimento e de escuta adequados. Portanto, recomenda-se que tanto os serviços de atenção primária em saúde, como também, os de emergência e os hospitais de referência criem espaços para ouvir, entender e enfrentar a violência.

Nesse sentido, durante o desenvolvimento desta pesquisa, e estudo no “Núcleo de Pesquisas em Trauma, Acidentes e Violência (NEPTAV)”, que tem como participantes pós-

graduandos do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina, estudantes de graduação e membros de órgãos e instituições ligados à área, ocorreu a discussão da necessidade de se criar um centro de referência, no HCU, para o atendimento e acolhimento das pessoas vítimas de violência, servindo de dispositivo para fomentar a discussão desse tema, motivando a equipe para o enfrentamento do problema, o acompanhamento das vítimas e a notificação dos casos. Foi elaborado então, um projeto pelo NEPTAV, o qual foi aceito e implantado pelo HCU, que iniciou seus trabalhos em dezembro de 2006.

É importante, também, que as secretarias de segurança pública, institutos de medicina legal sejam sensibilizados quanto à importância dos dados existentes nesses serviços, criando mecanismos importantes para a mobilização e a capacitação de médicos que atuam nesses institutos, estimulando com recursos físicos e materiais necessários, a exemplo da criação de uma ficha única, padronizada e elaborada de forma que se possa coletar todas as informações sobre as vítimas, os agressores e o contexto das agressões, facilitando estudos e maior compreensão do fenômeno da violência.

Muitos autores apontam propostas que podem reduzir ou minimizar a violência (BERGAMO, 1998; CARDOSO, 1996; MINAYO, 2003; PAULA, 1995; SCHRAIBER; D'OLIVEIRA, 2003) tais como o desenvolvimento e atuação de uma rede social de apoio e de serviços de assistência integral a mulheres em situações de violência; o combate às causas dos conflitos e a solução para os problemas melhorando as relações interpessoais; implementação de capacitações profissionais na área da saúde mudando atitudes e preconceitos diante da violência, reduzindo as demandas que emergem da violência. O Ministério da Saúde também chama a atenção para a necessidade de se trabalhar com os agressores promovendo “grupos de homens com a finalidade de propiciar a discussão sobre a violência, relações de gênero, fortalecimento da auto-estima e formas alternativas de resolução de conflitos” (BRASIL, 2001).

A violência, provavelmente, por fazer parte da natureza humana, talvez seja inextinguível. O instinto de morte é uma das condições humanas da luta pela sobrevivência, do poder, e do desejo de vencer. Mas creio que é possível se fazer algo para tentar amenizá-la: **incentivar o instinto de vida!** Afinal, se o ser humano aprende a ser violento, pode também aprender a não o ser!

Finalizando, cito as palavras de Albert Einstein:

O mundo é perigoso não por causa daqueles que fazem o mal, mas por causa daqueles que vêem e deixam o mal ser feito.

REFERÊNCIAS

ADEODATO, V.G.; CARVALHO, R.R.; SIQUEIRA, V.R.; SOUZA, F.G.M. Qualidade de vida e depressão em mulheres vítimas de seus parceiros. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.39, n.1, p.108-113, jan. 2005.

AGENDE - AÇÕES EM GÊNERO CIDADANIA E DESENVOLVIMENTO. **10 anos da adoção da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher: Convenção de Belém do Pará**. Brasília, DF: Agende, 2004.34p.

AMARAL, C.; LETELIER, C.; GÓIS, I.; AQUINO, S. **Dores Visíveis**: violência em delegacias da mulher no Nordeste. Fortaleza: Edições EDOR/NEGIF/UFC. 2001

ANDALRAFT NETO, J. **Violência sexual e interrupção da gestação prevista em lei**: manual de orientação. São Paulo: Ponto, 2004. 91p.

BALLONE, G. J.; ORTOLONI, I. V. **Violência doméstica**. In: PSIQWEB, Internet. Disponível em: <<http://www.psiqweb.med.br/infantil/violdome.html>> . Acesso em: 13 nov. 2003.

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

BARSTED, L.A.L. Uma vida sem violência: o desafio das mulheres. In: OBSERVATÓRIO da cidadania. 2004. Disponível em: <http://www.socialwatch.org/es/informeImpreso/pdfs/panorbrasileiroc2004_bra.pdf. Acesso em: 21 ago. 2006.

BERGAMO, W. **Perfil da vítima de estupro em cidades de pequeno porte do estado de São Paulo**. 1998. 112f. Dissertação [Mestrado]. Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo. 1998.

BERTOLUCCI JÚNIOR. UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA. Instituto de Economia. Centro de Estudos, Pesquisas e Projetos Econômicos-Sociais. **Uberlândia: Painel de Informações Municipais – 2005**. Uberlândia, Jun. 2005. 94p. Disponível em: <<http://www.ie.ufu.br/cepes>>. Acesso em: 19 jul. 2006.

BLAY, E.A. Violência contra a mulher e políticas públicas. **Estudos Avançados**, São Paulo, v.17, n.49, p.87-98, set./dez. 2003.

BRAGA, M.H.P. O Silêncio é cúmplice da violência: violência doméstica e saúde pública. In: **UMA: incentivando e divulgando as produções femininas**. 2002. Disponível em: <http://www.geocities.yahoo.com.br/uma_menina_qualquer/domestica.htm>. Acesso em: 30 jun. 2005.

BRASIL. Presidência da República. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes**: norma técnica. Brasília, DF, 1999. 20p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Violência intrafamiliar**: orientações para práticas em serviço. Brasília, DF, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências**. Brasília, DF, 2002. 62p.

BRASIL. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Programa de prevenção, assistência e combate à violência contra a mulher. Plano Nacional**: Diálogos sobre a violência doméstica e de gênero: construindo políticas para as mulheres. Brasília, DF: 2003a. 68p.

BRASIL. Ministério da Educação. Lei nº. 10.778, de 24 de novembro de 2003. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. **2003b**. In: SP Mulheres. Notícias. Disponível em: <<http://www.mec.gov.br/spmu/main2.asp?Id=282>>. Acesso em: 08 jul. 2006

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Plano nacional de políticas para as mulheres**. Brasília, DF, 2004. 116p.

BRASIL. Secretaria Especial de Comunicação Social. **Relatório de Pesquisa – SEPO 03/2005**: violência doméstica contra a mulher, Brasília, DF: Senado Federal, mar.2005. 24p.

BRASIL. Ministério da Educação. Lei nº. 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismo para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do artigo 226 da Constituição Federal, e dá outras providências. In: SP Mulheres. Notícias. Disponível em: <<http://www.mec.gov.br/spmu/main2.asp?Id=282>>. Acesso em: 08 jul. 2006.

BUGLIONE, S. A mulher enquanto metáfora do direito penal. In: JUS Navigandi. Disponível em: <<http://www.jus.com.br>>. Acesso em: 26 jul. 2006.

CARDOSO, N.M.B. Mulheres em situação de violência conjugal incidência, conceitos, fatores associados e conseqüências da violência. **Barbarói**, Santa Cruz do Sul, v.4/5, p.69-80, jan./dez. 1996.

CARMO, C.; LIMA, L.; MEDEIROS, M.A.; MENDES, S. A violência “invisível” contra a mulher. **Pesquisa FAPESP**, São Paulo, v.68, p.s6 – s7, set. 2001. Suplemento Especial

CIDADANIA, ESTUDO, PESQUISA, INFORMAÇÃO E AÇÃO. **Guia de defesa, orientação e apoio para as mulheres da Maré: projeto cidadania das mulheres:** tecendo uma rede de solidariedade. Rio de Janeiro, 2002. 56p.

CHRCANOVIC, B.R.; FREIRE-MAIA; B.; SOUZA, L.N.; ARAÚJO, V.O.; ABREU, M.H.N.G. Facial fractures: a 1-year retrospective study in a hospital in Belo Horizonte. **Brazilian Oral Research**, São Paulo, v.18, n.4, p.322-8, abr. 2004.

CORTÊS, I.R. (Coord.). **Cidadania também é beleza**. Brasília, DF: CFEMEA, 2002. P.28.

CRUZ, M.P. **A saúde da mulher em situação de violência: o que pensam os gestores e gestoras municipais do sistema único de saúde?** 2002. f. Dissertação (Mestrado) - Centro de Saúde Coletiva, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2002.

D’OLIVEIRA, A.F.P.L.; SCHRAIBER, L.B. Violência de gênero como uma questão de saúde: a importância da formação de profissionais. **Jornal da Rede Feminista de Saúde**, Belo Horizonte, n.19, nov. 1999.

DANTAS-BERGER, S.M.; GIFFIN, K. A violência nas relações de conjugalidade: invisibilidade e banalização da violência sexual? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.2, p.417-425, mar./abr. 2005.

DAY, V.P.; TELLES, L.E.B.; ZORATTO, P.H.; AZAMBUJA, M.R.F.; MACHADO, D.A.; SILVEIRA, M.B.; DEBIAGGI, M.; REIS, M.G.; CARDOSO, R.G.; BLANK, P. Violência doméstica e suas diferentes manifestações. **Revista de Psiquiatria**, Porto Alegre, v.25, abr. 2003. Suplemento 1.

DEARWATER, L.L. Preventing injuries from violence towards women. **American Journal of Public Health**, Boston, v.86, n.4 , p.12-14, abr.1998.

DECLARAÇÃO Universal dos Direitos Humanos. 1948. Disponível em:
<<http://www.dhnet.org.br/direitos/deconu/textos/integra.htm>>. Acesso em: 21 ago. 2006.

DESLANDES, S.F.; GOMES, R.; SILVA, C.M.F.P. Caracterização dos casos de violência doméstica contra as mulheres atendidas em dois hospitais públicos do Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.16, n.1, p.129-137, jan./mar. 2000.

DINIZ, S.G. & D'OLIVEIRA, A.F. Gender violence and reproductive health. **International Journal of Gynaecology and Obstetrics**, New York, v.63, p.s33-s42, jan. 1998. Supplement.

DREZETT, J.; BALDACINI, I.; FREITAS, G.C.; PINOTTI, J.A. Contracepção de emergência para mulheres vítimas de estupro. **Revista do Centro de Referência**, São Paulo, v.3, n. 5, p.29-33, maio.1998.

DREZETT, J. F. **Estudos de fatores relacionados com a violência sexual contra crianças, adolescentes e mulheres adultas**. 2000. f. Tese (Doutorado em Saúde da Mulher) - Centro de Referência da Saúde da Mulher e de Nutrição, Alimentação e Desenvolvimento Infantil, São Paulo, 2000.

EILENBERG, J.; FULLILOVE, M. Introduction. In: Commonwealth fundation commission on women's health. **Violence against women in the United States: a comprehensive background paper**. 2. ed. New York: The commission, 1996. p.1-5.

FAÚNDES, A.; OLIVEIRA, G.; ANDALRAFT NETO, J.; LOPEZ, J.R.C. II Fórum interprofissional sobre o atendimento ao aborto previsto na lei. **Femina**, São Paulo, v.26, n.2, p.134-138, mar. 1998.

FONTANA, M.; SANTOS, S. F. Violência contra a mulher. Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos. **Saúde da mulher e direitos reprodutivos: dossiês**. São Paulo: Rede Saúde, 2001. Disponível em:
<http://redesaude.org.br/dossies/html/body_dossieviolencia.html>. Acesso em: 23 fev. 2005.

FRANCO, I.R. Mulheres em situação de violência doméstica: produção e enfrentamento do fenômeno. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 4., 2000, Salvador. **Anais...** [S.I.:s.n], 2000. 1CD Rom.

FRIEND, J.R. Responding to violence against women: a specialist's role. **Hospital Medicine**, London, v.59, n.3, p.678-679, mar. 1998.

GALVÃO, E.F.; ANDRADE, S.M. de. Violência contra a mulher: análise de casos atendidos em serviço de atenção à mulher em município do Sul do Brasil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n.2, p.88-99, maio/ago. 2004.

GÊNERO uma questão a ser tratada nas relações de trabalho, na vida social e no cotidiano familiar: diferentes, mas iguais. Brasília, DF, [2004]. 26p.

GIANINI, R.J.; LITVOC, J. ELUF NETO, J. Agressão física e classe social. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.33, n.2, p.180-186, fev., 1999.

GIFFIN, K. Violência de gênero, sexualidade e saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.10, p.s146-s155. 1994. Suplemento 1.

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

GUERRA, C.C. **Descortinando o poder e a violência nas relações de gênero**: Uberlândia-MG - 1980/1995. 1998. 203 f. Dissertação (Mestrado) – Departamento de História, Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, 1998.

GUERRA, C.C. Ei tá violência conjugal e familiar nossa de cada dia. **Revista do Núcleo de Gênero e Pesquisa sobre a Mulher da Universidade Federal de Uberlândia**. Neguem. Uberlândia, ano 8, n.15, p. 4-5, 1º sem. 2000.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE UBERLÂNDIA – HCU. **Histórico**. 2003. Disponível em: <<http://www.hc.ufu.br>>. Acesso em: 12 fev. 2006.

HAILE-MARIAM, T.; SMITH, J. Domestic violence against women in the international community. **Emergency Medicine Clinics of North America**, Philadelphia, v.17, n.3, p.617-30, jul./set. 1999.

HARTIGAN, P. PAHO focuses on the problem of violence against women. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington, v.2, n.4, p.290-294, out.1997.

HASSELMANN, M.H.; REICHENHEIM, M.E. Adaptação transcultural da versão em português da Conflict Tactics Scales Form R (CTS-1), usada para aferir violência no casal: equivalências semânticas e de mensuração. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.4, p.1083-93. jul./ago. 2003.

HEISE, L. Violência e gênero: uma epidemia global. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.10, p.s135-s145. 1994. Suplemento 1.

HEISE, L. ELLSBERG, M.; GOTTEMOELLER, M. Ending violence against women. **Population Reports**, Washington, v.27, n. 4, p.1-43, abr. 1999.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.1999. **Resolução de conflitos domésticos e violência intrafamiliar nos bairros da Tijuca e Maracanã**. Rio de Janeiro: CDDI/IBGE. (Relatório de Pesquisas, n,4)

KRONBAUER, J.F.D.; MENEGHEL, S.N. Perfil da violência de gênero perpetrada por companheiro. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n.5, p.695-701, set./out. 2005.

LOURO, A.T. Femicídio. In: JCB – Ciberdúvidas da Língua Portuguesa. Disponível em: <<http://www.ciberduvidas.sapo.pt/php/resposta.php?id=15333>>. Acesso em: 27 jul. 2006.

MARQUES, T.M.; PINTO JÚNIOR, H. A relação entre violência contra a mulher e sua história de vida. **Texto & Contexto-Enfermagem**, Florianópolis, v. 8, n. 2, p. 326-329, mai./ago. 1999.

MARQUES, T.M. **Violência conjugal: estudo sobre a permanência da mulher em relacionamentos abusivos**. 2005. 300f. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2005.

MCCAULEY, J.; KERN, D.E.; KOLODNER, K.; DILL, L.; SCHOREDER, A.F.; DECHANT, H.K., et al. The “Battering Syndrome”: prevalence and clinical characteristics of domestic violence in primary care internal medicine practises. **Annals of Internal Medicine**, Philadelphia, v.123, n.10, p.737-746, nov,15. 1995.

MELLO JORGE, M.H.P. À guisa da conclusão. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.31, p.s51-s54, ago. 1997. Suplemento.

MELLO JORGE, M.H.P.; GAWRYSZEWSKI, V.P.; LATORRE, M.R.D.O. Análise dos dados de mortalidade. In: MELLO-JORGE, M.H.P. Acidentes e violência no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.31, p.s5-s25, ago.1997. Suplemento.

MENEGHEL, S.N.; BARBIANI, R.; STEFFEN, H.; WUNDER, A.N.; ROZA, M.D.; ROTERMUND, J.; BRITO, S.; KORNDORFER, C. Impacto de grupos de mulheres em situação de vulnerabilidade de gênero. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.4, p.955-963, jul./ago. 2003.

MILLER, M. S. **Feridas invisíveis: abuso não-físico contra mulheres**. São Paulo: Summus, 1999. 282p.

MINAYO, M.C. de S. A violência dramatiza causas. In: _____. **Violência sob o olhar da saúde: infrapolítica da contemporaneidade brasileira**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ. 2003. p. 23-47.

MINAYO, M.C.S. A difícil e lenta entrada da violência na agenda do setor saúde. Editorial. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n.3, p.646-647, maio/jun. 2004.

NORONHA, C.V.; DALTRO, M.E. A violência masculina é dirigida para Eva ou Maria? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2 , p.215-31 , April/June. 1991.

OLIVEIRA, A.L. **Epidemiologia das ocorrências e aspectos clínicos e cirúrgicos das vítimas de disparo de arma de fogo em Uberlândia, MG**. 2004. 97f. Dissertação (Mestrado) – Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Faculdade de Clínica Médica, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2005.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS – ONU. **Relatório human rights**. Brasília, DF, 1999. Disponível em: <http://www.who.int/violence_injury_prevention>. Acesso em: 12 mar. 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **Violence against women: a priority health issue**. 1997. Disponível em: <http://www.who.int/violence_injury_prevention>. Acesso em: 28 mar. 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **Informe Mundial sobre violência e Saúde**. 2002. Disponível em: <http://www.who.int/violence_injury_prevention/vaw/infopack.htm>. Acesso em: 28 mar. 2003.

OSHIKATA, C.T.; BEDONE, A.J.; FAÚNDES, A. Atendimento de emergência a mulheres que sofreram violência sexual: características das mulheres e resultados até seis meses pós-agressão. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.1, p.192-199, jan./fev. 2005.

PAULA, R.F. Fatores predisponentes para violência física contra esposas. **Neurobiologia**, Recife, v.2, n.58, p. 57-64, jan./mar.,1995.

PIMENTA, N.F. Viver sem violência é um direito das mulheres. **Mulher e Saúde. Boletim do SOF na luta pela saúde das mulheres**, nov.1993.

PORTO, M.F.S. “Violência e Convivência” – Apontamentos acerca dos crimes contra as mulheres. **Revista do Núcleo de Gênero e Pesquisa sobre a Mulher da Universidade Federal de Uberlândia – NEGUEM**, Uberlândia, ano 8, n.15, p. 18-22, 1º sem. 2000.

RAMIREZ RODRIGUEZ, J.C.; PATINO GUERRA, M.C. Mujeres de Guadalajara y violencia doméstica: resultados de un estudio piloto. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 405-409, jul./set. 1996.

REIS, J.N; MARTIN, C.C.S.; FERRIANI, M.G.C. Mulheres vítimas de violência sexual: meios coercitivos e produção de lesões não-genitais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.2, p.465-473, mar./abr. 2004.

RICHARDSON, J.COID, J., PETRUCKEVITCH, A. Primary care. **British Medical Journal**, Londres, v.324, n.1, p.1-16, jan. 2002.

RICKERT, V.I.; WIEMANN, C.M. Date rape among adolescents and young adults. **Journal of Pediatrics and Adolescent and Gynecology**, local, v.11, n.2, p.167-75, fev., 1998.

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

SAFFIOTI, H.I.B. No fio da navalha: Violência contra crianças e adolescentes no Brasil atual. In: MADEIRA, F. R. (Org.) **Quem mandou Nascer Mulher?** Estudos sobre Crianças e Adolescentes Pobres no Brasil. Rio de Janeiro: Record/Rosa dos Tempos. p. 135-211. 1997.

SAFFIOTI, H.I.B. Já se mete a colher em briga de marido e mulher. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v.13, n.4, p. 82-91, out./dez.1999.

SAFFIOTI, H.I.B. **Gênero, patriarcado, violência**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2004. 151p.

SANT’ANNA, M.E. Violência doméstica. **Medicina Social**, São Paulo, v.16, n.182, p. 25-28, jul./set. 2003.

SCHRAIBER, L.B.; D’OLIVEIRA, A.F.P.L. Violência contra mulheres: interfaces com a saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.3, n.5, p.11-26, maio. 1999.

SCHRAIBER, L.B.; D'OLIVEIRA, A.F.P.L. **O que devem saber os profissionais de saúde para promover os direitos e a saúde das mulheres em situação de violência doméstica.** 2.ed. São Paulo : CREMESP, 2003. 37p.

SCHRAIBER, L.B.; D'OLIVEIRA, A.F.P.L.; FRANÇA-JÚNIOR, I. PINHO, A.A. Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.36, n.4, p.470-7, abr. 2002.

SCHRAIBER, L.B.; D'OLIVEIRA, A.F.P.L.; HANADA, H.; FIGUEIREDO, W.; COUTO, M.; KISS, L.; DURANT, J.; PINHO, A. Violência vivida: a dor que não tem nome. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.6, n.10, p.41-54, out. 2003.

SCHUMACHER, J.A.; LEONARD, K.E. Husbands' and wives' marital adjustment, verbal aggression, and physical aggression as longitudinal predictors of physical aggression in early marriage. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, Arlington, v.73, n.1, p.28-37, jan./fev. 2005.

SILVA, M.D. Violência doméstica e sexual: o invisível e o indizível nas relações de gênero. In: FERREIRA, M. (Org.). **Mulher, gênero e políticas públicas.** São Luiz: Grupo de mulheres da Ilha/UFMA, 1999. p.111-118

SILVA, J.A.; SANTOS JÚNIOR, R.; DE-SOUSA, R. A. Violência contra a mulher: aspectos psicológicos e culturais. **Revista do Núcleo de Gênero e Pesquisa sobre a Mulher da Universidade Federal de Uberlândia.** Neguem, Uberlândia, ano 8, n.16, p.19-21, 2º sem. 2000.

SIMÃO, M.O.; LOUREIRO, S.R.; SMAIRA, S.I.; KERR-CORRÊA, F. Alcoolismo feminino: revisão de aspectos relacionados à violência. **Revista ABP-APAL**, São Paulo, v.19, n.4, p.139-148, abr. 1997.

SOARES, L.E.; SOARES, B.M.; CARNEIRO, L.P. Violência contra a mulher: as DEAMs e os pactos domésticos. In: SOARES, L.E. Org. **Violência e Política no Rio de Janeiro**, Rio de Janeiro: Relume-Dumará/ISER, 1996. p.65-106.

SOARES, B.S. **Mulheres invisíveis:** violência conjugal e novas políticas de segurança. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999.

SOARES, C.T. Aspectos psicossociais da violência contra a mulher. In: DIREITOS humanos x violência contra a mulher: atuando na capacitação de policiais de delegacias de mulheres: sensibilizando policiais: textos. Rio de Janeiro: CEPIA/SEDH/CNDM, 2001.

TUESTA, A.J.A. **Gênero e violência no âmbito doméstico**: a perspectiva dos profissionais de saúde. 1997. 151f. Dissertação (Mestrado) – Área de Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. 1997. Disponível em: <<http://portaldeseres.cict.fiocruz.br/pdf/FIOCRUZ/1997/tuestaajam/capa.pdf>> Acesso em: 22 out. 2005.

UBERLÂNDIA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Planejamento Urbano. **Banco de dados integrados**: BDI. 2006. Disponível em: <http://www.2.uberlandia.mg.gov./pmu/site.do?evento=x&lang=pt_BR&idConteudo=195&chPlc=195>. Acesso em: 5 set. 2006.

YOSHIHAMA, M.; SORENSON, S.B. Physical, sexual, and emotional abuse by male intimates: experiences of women in Japan. **Violence and Victims**, Arlington, v. 9, n. 1, p.63-77, jan. 1994.

VIOLÊNCIA SAÚDE E DIREITOS HUMANOS. Artigos. **Por que incluir o quesito violência de gênero no sistema de informação de saúde?** Disponível em: <<http://www.mulheres.org.br/violencia/artigos12.html>>. Acesso em: 5 jun. 2006.

ANEXO 1 - LEI Nº 11.340/2006



Presidência da República
Casa Civil
Subchefia para Assuntos Jurídicos

LEI Nº 11.340, DE 7 DE AGOSTO DE 2006.

Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; 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.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

TÍTULO I

DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º Esta Lei cria mecanismos para coibir e prevenir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Violência contra a Mulher, da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher e de outros tratados internacionais ratificados pela República Federativa do Brasil; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; e estabelece medidas de assistência e proteção às mulheres em situação de violência doméstica e familiar.

Art. 2º Toda mulher, independentemente de classe, raça, etnia, orientação sexual, renda, cultura, nível educacional, idade e religião, goza dos direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sendo-lhe asseguradas as oportunidades e facilidades para viver sem violência, preservar sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual e social.

Art. 3º Serão asseguradas às mulheres as condições para o exercício efetivo dos direitos à vida, à segurança, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, à moradia, ao acesso à justiça, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária.

§ 1º O poder público desenvolverá políticas que visem garantir os direitos humanos das mulheres no âmbito das relações domésticas e familiares no sentido de resguardá-las de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.

§ 2º Cabe à família, à sociedade e ao poder público criar as condições necessárias para o efetivo exercício dos direitos enunciados no caput.

Art. 4º Na interpretação desta Lei, serão considerados os fins sociais a que ela se destina e, especialmente, as condições peculiares das mulheres em situação de violência doméstica e familiar.

TÍTULO II

DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E FAMILIAR CONTRA A MULHER

CAPÍTULO I

DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 5º Para os efeitos desta Lei, configura violência doméstica e familiar contra a mulher qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial:

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

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

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

Parágrafo único. As relações pessoais enunciadas neste artigo independem de orientação sexual.

Art. 6º A violência doméstica e familiar contra a mulher constitui uma das formas de violação dos direitos humanos.

CAPÍTULO II

DAS FORMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E FAMILIAR

CONTRA A MULHER

Art. 7º São formas de violência doméstica e familiar contra a mulher, entre outras:

I - a violência física, entendida como qualquer conduta que ofenda sua integridade ou saúde corporal;

II - a violência psicológica, entendida como qualquer conduta que lhe cause dano emocional e diminuição da auto-estima ou que lhe prejudique e perturbe o pleno desenvolvimento ou que vise degradar ou controlar suas ações, comportamentos, crenças e decisões, mediante ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, vigilância constante, perseguição contumaz, insulto, chantagem, ridicularização, exploração e limitação do direito de ir e vir ou qualquer outro meio que lhe cause prejuízo à saúde psicológica e à autodeterminação;

III - a violência sexual, entendida como qualquer conduta que a constranja a presenciar, a manter ou a participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força; que a induza a comercializar ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, que a impeça de usar qualquer método contraceptivo ou que a force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição, mediante coação, chantagem, suborno ou manipulação; ou que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos;

IV - a violência patrimonial, entendida como qualquer conduta que configure retenção, subtração, destruição parcial ou total de seus objetos, instrumentos de trabalho, documentos pessoais, bens, valores e direitos ou recursos econômicos, incluindo os destinados a satisfazer suas necessidades;

V - a violência moral, entendida como qualquer conduta que configure calúnia, difamação ou injúria.

TÍTULO III

DA ASSISTÊNCIA À MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E FAMILIAR

CAPÍTULO I

DAS MEDIDAS INTEGRADAS DE PREVENÇÃO

Art. 8º A política pública que visa coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher far-se-á por meio de um conjunto articulado de ações da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios e de ações não-governamentais, tendo por diretrizes:

I - a integração operacional do Poder Judiciário, do Ministério Público e da Defensoria Pública com as áreas de segurança pública, assistência social, saúde, educação, trabalho e habitação;

II - a promoção de estudos e pesquisas, estatísticas e outras informações relevantes, com a perspectiva de gênero e de raça ou etnia, concernentes às causas, às conseqüências e à freqüência da violência doméstica e familiar contra a mulher, para a sistematização de dados, a serem unificados nacionalmente, e a avaliação periódica dos resultados das medidas adotadas;

III - o respeito, nos meios de comunicação social, dos valores éticos e sociais da pessoa e da família, de forma a coibir os papéis estereotipados que legitimem ou exacerbem a violência doméstica e familiar, de acordo com o estabelecido no [inciso III do art. 1º](#), no [inciso IV do art. 3º](#) e no [inciso IV do art. 221 da Constituição Federal](#);

IV - a implementação de atendimento policial especializado para as mulheres, em particular nas Delegacias de Atendimento à Mulher;

V - a promoção e a realização de campanhas educativas de prevenção da violência doméstica e familiar contra a mulher, voltadas ao público escolar e à sociedade em geral, e a difusão desta Lei e dos instrumentos de proteção aos direitos humanos das mulheres;

VI - a celebração de convênios, protocolos, ajustes, termos ou outros instrumentos de promoção de parceria entre órgãos governamentais ou entre estes e entidades não-governamentais, tendo por objetivo a implementação de programas de erradicação da violência doméstica e familiar contra a mulher;

VII - a capacitação permanente das Polícias Civil e Militar, da Guarda Municipal, do Corpo de Bombeiros e dos profissionais pertencentes aos órgãos e às áreas enunciados no inciso I quanto às questões de gênero e de raça ou etnia;

VIII - a promoção de programas educacionais que disseminem valores éticos de irrestrito respeito à dignidade da pessoa humana com a perspectiva de gênero e de raça ou etnia;

IX - o destaque, nos currículos escolares de todos os níveis de ensino, para os conteúdos relativos aos direitos humanos, à equidade de gênero e de raça ou etnia e ao problema da violência doméstica e familiar contra a mulher.

CAPÍTULO II

DA ASSISTÊNCIA À MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E FAMILIAR

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.

§ 1º O juiz determinará, por prazo certo, a inclusão da mulher em situação de violência doméstica e familiar no cadastro de programas assistenciais do governo federal, estadual e municipal.

§ 2º O juiz assegurará à mulher em situação de violência doméstica e familiar, para preservar sua integridade física e psicológica:

I - acesso prioritário à remoção quando servidora pública, integrante da administração direta ou indireta;

II - manutenção do vínculo trabalhista, quando necessário o afastamento do local de trabalho, por até seis meses.

§ 3º A assistência à mulher em situação de violência doméstica e familiar compreenderá o acesso aos benefícios decorrentes do desenvolvimento científico e tecnológico, incluindo os serviços de contracepção de emergência, a profilaxia das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e outros procedimentos médicos necessários e cabíveis nos casos de violência sexual.

CAPÍTULO III

DO ATENDIMENTO PELA AUTORIDADE POLICIAL

Art. 10. Na hipótese da iminência ou da prática de violência doméstica e familiar contra a mulher, a autoridade policial que tomar conhecimento da ocorrência adotará, de imediato, as providências legais cabíveis.

Parágrafo único. Aplica-se o disposto no caput deste artigo ao descumprimento de medida protetiva de urgência deferida.

Art. 11. No atendimento à mulher em situação de violência doméstica e familiar, a autoridade policial deverá, entre outras providências:

I - garantir proteção policial, quando necessário, comunicando de imediato ao Ministério Público e ao Poder Judiciário;

II - encaminhar a ofendida ao hospital ou posto de saúde e ao Instituto Médico Legal;

III - fornecer transporte para a ofendida e seus dependentes para abrigo ou local seguro, quando houver risco de vida;

IV - se necessário, acompanhar a ofendida para assegurar a retirada de seus pertences do local da ocorrência ou do domicílio familiar;

V - informar à ofendida os direitos a ela conferidos nesta Lei e os serviços disponíveis.

Art. 12. Em todos os casos de violência doméstica e familiar contra a mulher, feito o registro da ocorrência, deverá a autoridade policial adotar, de imediato, os seguintes procedimentos, sem prejuízo daqueles previstos no Código de Processo Penal:

I - ouvir a ofendida, lavrar o boletim de ocorrência e tomar a representação a termo, se apresentada;

II - colher todas as provas que servirem para o esclarecimento do fato e de suas circunstâncias;

III - remeter, no prazo de 48 (quarenta e oito) horas, expediente apartado ao juiz com o pedido da ofendida, para a concessão de medidas protetivas de urgência;

IV - determinar que se proceda ao exame de corpo de delito da ofendida e requisitar outros exames periciais necessários;

V - ouvir o agressor e as testemunhas;

VI - ordenar a identificação do agressor e fazer juntar aos autos sua folha de antecedentes criminais, indicando a existência de mandado de prisão ou registro de outras ocorrências policiais contra ele;

VII - remeter, no prazo legal, os autos do inquérito policial ao juiz e ao Ministério Público.

§ 1º O pedido da ofendida será tomado a termo pela autoridade policial e deverá conter:

I - qualificação da ofendida e do agressor;

II - nome e idade dos dependentes;

III - descrição sucinta do fato e das medidas protetivas solicitadas pela ofendida.

§ 2º A autoridade policial deverá anexar ao documento referido no § 1º o boletim de ocorrência e cópia de todos os documentos disponíveis em posse da ofendida.

§ 3º Serão admitidos como meios de prova os laudos ou prontuários médicos fornecidos por hospitais e postos de saúde.

TÍTULO IV

DOS PROCEDIMENTOS

CAPÍTULO I

DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 13. Ao processo, ao julgamento e à execução das causas cíveis e criminais decorrentes da prática de violência doméstica e familiar contra a mulher aplicar-se-ão as normas dos Códigos de Processo Penal e Processo Civil e da legislação específica relativa à criança, ao adolescente e ao idoso que não conflitem com o estabelecido nesta Lei.

Art. 14. Os Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher, órgãos da Justiça Ordinária com competência cível e criminal, poderão ser criados pela União, no Distrito Federal e nos Territórios, e pelos Estados, para o processo, o julgamento e a execução das causas decorrentes da prática de violência doméstica e familiar contra a mulher.

Parágrafo único. Os atos processuais poderão realizar-se em horário noturno, conforme dispuserem as normas de organização judiciária.

Art. 15. É competente, por opção da ofendida, para os processos cíveis regidos por esta Lei, o Juizado:

- I - do seu domicílio ou de sua residência;
- II - do lugar do fato em que se baseou a demanda;
- III - do domicílio do agressor.

Art. 16. Nas ações penais públicas condicionadas à representação da ofendida de que trata esta Lei, só será admitida a renúncia à representação perante o juiz, em audiência especialmente designada com tal finalidade, antes do recebimento da denúncia e ouvido o Ministério Público.

Art. 17. É vedada a aplicação, nos casos de violência doméstica e familiar contra a mulher, de penas de cesta básica ou outras de prestação pecuniária, bem como a substituição de pena que implique o pagamento isolado de multa.

CAPÍTULO II

DAS MEDIDAS PROTETIVAS DE URGÊNCIA

Seção I

Disposições Gerais

Art. 18. Recebido o expediente com o pedido da ofendida, caberá ao juiz, no prazo de 48 (quarenta e oito) horas:

- I - conhecer do expediente e do pedido e decidir sobre as medidas protetivas de urgência;
- II - determinar o encaminhamento da ofendida ao órgão de assistência judiciária, quando for o caso;
- III - comunicar ao Ministério Público para que adote as providências cabíveis.

Art. 19. As medidas protetivas de urgência poderão ser concedidas pelo juiz, a requerimento do Ministério Público ou a pedido da ofendida.

§ 1º As medidas protetivas de urgência poderão ser concedidas de imediato, independentemente de audiência das partes e de manifestação do Ministério Público, devendo este ser prontamente comunicado.

§ 2º As medidas protetivas de urgência serão aplicadas isolada ou cumulativamente, e poderão ser substituídas a qualquer tempo por outras de maior eficácia, sempre que os direitos reconhecidos nesta Lei forem ameaçados ou violados.

§ 3º Poderá o juiz, a requerimento do Ministério Público ou a pedido da ofendida, conceder novas medidas protetivas de urgência ou rever aquelas já concedidas, se entender necessário à proteção da ofendida, de seus familiares e de seu patrimônio, ouvido o Ministério Público.

Art. 20. Em qualquer fase do inquérito policial ou da instrução criminal, caberá a prisão preventiva do agressor, decretada pelo juiz, de ofício, a requerimento do Ministério Público ou mediante representação da autoridade policial.

Parágrafo único. O juiz poderá revogar a prisão preventiva se, no curso do processo, verificar a falta de motivo para que subsista, bem como de novo decretá-la, se sobrevierem razões que a justifiquem.

Art. 21. A ofendida deverá ser notificada dos atos processuais relativos ao agressor, especialmente dos pertinentes ao ingresso e à saída da prisão, sem prejuízo da intimação do advogado constituído ou do defensor público.

Parágrafo único. A ofendida não poderá entregar intimação ou notificação ao agressor.

Seção II

Das Medidas Protetivas de Urgência que Obrigam o Agressor

Art. 22. Constatada a prática de violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos desta Lei, o juiz poderá aplicar, de imediato, ao agressor, em conjunto ou separadamente, as seguintes medidas protetivas de urgência, entre outras:

- I - suspensão da posse ou restrição do porte de armas, com comunicação ao órgão competente, nos termos da [Lei nº 10.826, de 22 de dezembro de 2003](#);
- II - afastamento do lar, domicílio ou local de convivência com a ofendida;
- III - proibição de determinadas condutas, entre as quais:

- a) aproximação da ofendida, de seus familiares e das testemunhas, fixando o limite mínimo de distância entre estes e o agressor;
- b) contato com a ofendida, seus familiares e testemunhas por qualquer meio de comunicação;
- c) freqüentação de determinados lugares a fim de preservar a integridade física e psicológica da ofendida;

IV - restrição ou suspensão de visitas aos dependentes menores, ouvida a equipe de atendimento multidisciplinar ou serviço similar;

V - prestação de alimentos provisionais ou provisórios.

§ 1º As medidas referidas neste artigo não impedem a aplicação de outras previstas na legislação em vigor, sempre que a segurança da ofendida ou as circunstâncias o exigirem, devendo a providência ser comunicada ao Ministério Público.

§ 2º Na hipótese de aplicação do inciso I, encontrando-se o agressor nas condições mencionadas no [caput e incisos do art. 6º da Lei nº 10.826, de 22 de dezembro de 2003](#), o juiz comunicará ao respectivo órgão, corporação ou instituição as medidas protetivas de urgência concedidas e determinará a restrição do porte de armas, ficando o superior imediato do agressor responsável pelo cumprimento da determinação judicial, sob pena de incorrer nos crimes de prevaricação ou de desobediência, conforme o caso.

§ 3º Para garantir a efetividade das medidas protetivas de urgência, poderá o juiz requisitar, a qualquer momento, auxílio da força policial.

§ 4º Aplica-se às hipóteses previstas neste artigo, no que couber, o disposto no caput e nos [§§ 5º e 6º do art. 461 da Lei no 5.869, de 11 de janeiro de 1973 \(Código de Processo Civil\)](#).

Seção III

Das Medidas Protetivas de Urgência à Ofendida

Art. 23. Poderá o juiz, quando necessário, sem prejuízo de outras medidas:

I - encaminhar a ofendida e seus dependentes a programa oficial ou comunitário de proteção ou de atendimento;

II - determinar a recondução da ofendida e a de seus dependentes ao respectivo domicílio, após afastamento do agressor;

III - determinar o afastamento da ofendida do lar, sem prejuízo dos direitos relativos a bens, guarda dos filhos e alimentos;

IV - determinar a separação de corpos.

Art. 24. Para a proteção patrimonial dos bens da sociedade conjugal ou daqueles de propriedade particular da mulher, o juiz poderá determinar, liminarmente, as seguintes medidas, entre outras:

I - restituição de bens indevidamente subtraídos pelo agressor à ofendida;

II - proibição temporária para a celebração de atos e contratos de compra, venda e locação de propriedade em comum, salvo expressa autorização judicial;

III - suspensão das procurações conferidas pela ofendida ao agressor;

IV - prestação de caução provisória, mediante depósito judicial, por perdas e danos materiais decorrentes da prática de violência doméstica e familiar contra a ofendida.

Parágrafo único. Deverá o juiz oficiar ao cartório competente para os fins previstos nos incisos II e III deste artigo.

CAPÍTULO III

DA ATUAÇÃO DO MINISTÉRIO PÚBLICO

Art. 25. O Ministério Público intervirá, quando não for parte, nas causas cíveis e criminais decorrentes da violência doméstica e familiar contra a mulher.

Art. 26. Caberá ao Ministério Público, sem prejuízo de outras atribuições, nos casos de violência doméstica e familiar contra a mulher, quando necessário:

I - requisitar força policial e serviços públicos de saúde, de educação, de assistência social e de segurança, entre outros;

II - fiscalizar os estabelecimentos públicos e particulares de atendimento à mulher em situação de violência doméstica e familiar, e adotar, de imediato, as medidas administrativas ou judiciais cabíveis no tocante a quaisquer irregularidades constatadas;

III - cadastrar os casos de violência doméstica e familiar contra a mulher.

CAPÍTULO IV

DA ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA

Art. 27. Em todos os atos processuais, cíveis e criminais, a mulher em situação de violência doméstica e familiar deverá estar acompanhada de advogado, ressalvado o previsto no art. 19 desta Lei.

Art. 28. É garantido a toda mulher em situação de violência doméstica e familiar o acesso aos serviços de Defensoria Pública ou de Assistência Judiciária Gratuita, nos termos da lei, em sede policial e judicial, mediante atendimento específico e humanizado.

TÍTULO V

DA EQUIPE DE ATENDIMENTO MULTIDISCIPLINAR

Art. 29. Os Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher que vierem a ser criados poderão contar com uma equipe de atendimento multidisciplinar, a ser integrada por profissionais especializados nas áreas psicossocial, jurídica e de saúde.

Art. 30. Compete à equipe de atendimento multidisciplinar, entre outras atribuições que lhe forem reservadas pela legislação local, fornecer subsídios por escrito ao juiz, ao Ministério Público e à Defensoria Pública, mediante laudos ou verbalmente em audiência, e desenvolver trabalhos de orientação, encaminhamento, prevenção e outras medidas, voltados para a ofendida, o agressor e os familiares, com especial atenção às crianças e aos adolescentes.

Art. 31. Quando a complexidade do caso exigir avaliação mais aprofundada, o juiz poderá determinar a manifestação de profissional especializado, mediante a indicação da equipe de atendimento multidisciplinar.

Art. 32. O Poder Judiciário, na elaboração de sua proposta orçamentária, poderá prever recursos para a criação e manutenção da equipe de atendimento multidisciplinar, nos termos da Lei de Diretrizes Orçamentárias.

TÍTULO VI

DISPOSIÇÕES TRANSITÓRIAS

Art. 33. Enquanto não estruturados os Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher, as varas criminais acumularão as competências cível e criminal para conhecer e julgar as causas decorrentes da prática de violência doméstica e familiar contra a mulher, observadas as previsões do Título IV desta Lei, subsidiada pela legislação processual pertinente.

Parágrafo único. Será garantido o direito de preferência, nas varas criminais, para o processo e o julgamento das causas referidas no caput.

TÍTULO VII

DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 34. A instituição dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher poderá ser acompanhada pela implantação das curadorias necessárias e do serviço de assistência judiciária.

Art. 35. A União, o Distrito Federal, os Estados e os Municípios poderão criar e promover, no limite das respectivas competências:

I - centros de atendimento integral e multidisciplinar para mulheres e respectivos dependentes em situação de violência doméstica e familiar;

II - casas-abrigos para mulheres e respectivos dependentes menores em situação de violência doméstica e familiar;

III - delegacias, núcleos de defensoria pública, serviços de saúde e centros de perícia médico-legal especializados no atendimento à mulher em situação de violência doméstica e familiar;

IV - programas e campanhas de enfrentamento da violência doméstica e familiar;

V - centros de educação e de reabilitação para os agressores.

Art. 36. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios promoverão a adaptação de seus órgãos e de seus programas às diretrizes e aos princípios desta Lei.

Art. 37. A defesa dos interesses e direitos transindividuais previstos nesta Lei poderá ser exercida, concorrentemente, pelo Ministério Público e por associação de atuação na área, regularmente constituída há pelo menos um ano, nos termos da legislação civil.

Parágrafo único. O requisito da pré-constituição poderá ser dispensado pelo juiz quando entender que não há outra entidade com representatividade adequada para o ajuizamento da demanda coletiva.

Art. 38. As estatísticas sobre a violência doméstica e familiar contra a mulher serão incluídas nas bases de dados dos órgãos oficiais do Sistema de Justiça e Segurança a fim de subsidiar o sistema nacional de dados e informações relativo às mulheres.

Parágrafo único. As Secretarias de Segurança Pública dos Estados e do Distrito Federal poderão remeter suas informações criminais para a base de dados do Ministério da Justiça.

Art. 39. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, no limite de suas competências e nos termos das respectivas leis de diretrizes orçamentárias, poderão estabelecer dotações orçamentárias específicas, em cada exercício financeiro, para a implementação das medidas estabelecidas nesta Lei.

Art. 40. As obrigações previstas nesta Lei não excluem outras decorrentes dos princípios por ela adotados.

Art. 41. Aos crimes praticados com violência doméstica e familiar contra a mulher, independentemente da pena prevista, não se aplica a [Lei nº 9.099, de 26 de setembro de 1995](#).

Art. 42. O [art. 313 do Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941](#) (Código de Processo Penal), passa a vigorar acrescido do seguinte inciso IV:

“Art. 313.

.....

IV - se o crime envolver violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos da lei específica, para garantir a execução das medidas protetivas de urgência.” (NR)

Art. 43. A [alínea f do inciso II do art. 61 do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940](#) (Código Penal), passa a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 61.

.....

II -

.....

f) com abuso de autoridade ou prevalecendo-se de relações domésticas, de coabitação ou de hospitalidade, ou com violência contra a mulher na forma da lei específica;

..... ” (NR)

Art. 44. O [art. 129 do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940](#) (Código Penal), passa a vigorar com as seguintes alterações:

“Art. 129.

.....

§ 9º Se a lesão for praticada contra ascendente, descendente, irmão, cônjuge ou companheiro, ou 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.

.....

§ 11. Na hipótese do § 9º deste artigo, a pena será aumentada de um terço se o crime for cometido contra pessoa portadora de deficiência.” (NR)

Art. 45. O [art. 152 da Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984](#) (Lei de Execução Penal), passa a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 152.

Parágrafo único. Nos casos de violência doméstica contra a mulher, o juiz poderá determinar o comparecimento obrigatório do agressor a programas de recuperação e reeducação.” (NR)

Art. 46. Esta Lei entra em vigor 45 (quarenta e cinco) dias após sua publicação. Brasília, 7 de agosto de 2006; 185º da Independência e 118º da República.

LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA

Dilma Rousseff

ANEXO 2 – LEI N° 10.778

Presidência da República
Casa Civil
Subchefia para Assuntos Jurídicos
LEI N° 10.778, DE 24 DE NOVEMBRO DE 2003.

Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados.

Regulamento

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Constitui objeto de notificação compulsória, em todo o território nacional, a violência contra a mulher atendida em serviços de saúde públicos e privados.

§ 1º Para os efeitos desta Lei, deve-se entender por violência contra a mulher qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público como no privado.

§ 2º Entender-se-á que violência contra a mulher inclui violência física, sexual e psicológica e que:

I – tenha ocorrido dentro da família ou unidade doméstica ou em qualquer outra relação interpessoal, em que o agressor conviva ou haja convivido no mesmo domicílio que a mulher e que compreende, entre outros, estupro, violação, maus-tratos e abuso sexual;

II – tenha ocorrido na comunidade e seja perpetrada por qualquer pessoa e que compreende, entre outros, violação, abuso sexual, tortura, maus-tratos de pessoas, tráfico de mulheres, prostituição forçada, seqüestro e assédio sexual no lugar de trabalho, bem como em instituições educacionais, estabelecimentos de saúde ou qualquer outro lugar; e

III – seja perpetrada ou tolerada pelo Estado ou seus agentes, onde quer que ocorra.

§ 3º Para efeito da definição serão observados também as convenções e acordos internacionais assinados pelo Brasil, que disponham sobre prevenção, punição e erradicação da violência contra a mulher.

Art. 2º A autoridade sanitária proporcionará as facilidades ao processo de notificação compulsória, para o fiel cumprimento desta Lei.

Art. 3º A notificação compulsória dos casos de violência de que trata esta Lei tem caráter sigiloso, obrigando nesse sentido as autoridades sanitárias que a tenham recebido.

Parágrafo único. A identificação da vítima de violência referida nesta Lei, fora do âmbito dos serviços de saúde, somente poderá efetivar-se, em caráter excepcional, em caso de risco à comunidade ou à vítima, a juízo da autoridade sanitária e com conhecimento prévio da vítima ou do seu responsável.

Art. 4º As pessoas físicas e as entidades, públicas ou privadas, abrangidas ficam sujeitas às obrigações previstas nesta Lei.

Art. 5º A inobservância das obrigações estabelecidas nesta Lei constitui infração da legislação referente à saúde pública, sem prejuízo das sanções penais cabíveis.

Art. 6º Aplica-se, no que couber, à notificação compulsória prevista nesta Lei, o disposto na [Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975](#).

Art. 7º O Poder Executivo, por iniciativa do Ministério da Saúde, expedirá a regulamentação desta Lei.

Art. 8º Esta Lei entrará em vigor 120 (cento e vinte) dias após a sua publicação.

Brasília, 24 de novembro de 2003; 182º da Independência e 115º da República.

LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA

Humberto Sérgio Costa Lima

José Dirceu de Oliveira e Silva

ANEXO 3 - FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS EM PRONTUÁRIOS DE MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA ATENDIDAS NO HCU DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA

I- DADOS PESSOAIS
Nº do prontuário: _____ Idade: ____anos. Estado Civil: <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Divorciada <input type="checkbox"/> Amasiada <input type="checkbox"/> Viúva <input type="checkbox"/> Solteira
II- SOBRE A AGRESSÃO
Mês: _____ Ano: _____ Dia da Semana: _____ Horário: _____
Local de ocorrência: <input type="checkbox"/> lar <input type="checkbox"/> escola <input type="checkbox"/> trabalho <input type="checkbox"/> via pública <input type="checkbox"/> não informado Modalidade da agressão: <input type="checkbox"/> física <input type="checkbox"/> sexual <input type="checkbox"/> Psicológica <input type="checkbox"/> Verbal Tipos de Lesões: I- Causadas por agentes mecânicos: <input type="checkbox"/> Puntiformes <input type="checkbox"/> Incisas <input type="checkbox"/> Pérfuro-incisas <input type="checkbox"/> Corto-contusas <input type="checkbox"/> Pérfuro-contusas <input type="checkbox"/> Contusas 2- Ordem Física <input type="checkbox"/> Temperatura (Queimaduras calor/Frio) <input type="checkbox"/> Eletricidade 3- Ordem Química <input type="checkbox"/> Cáusticos <input type="checkbox"/> Venenos 4- Ordem Físico-Química <input type="checkbox"/> Sufocação <input type="checkbox"/> Afogamento <input type="checkbox"/> Enforcamento <input type="checkbox"/> Estrangulamento <input type="checkbox"/> Esganadura 5- Outras Ordens _____ Instrumento Utilizado _____ Regiões anatômicas acometidas: <input type="checkbox"/> Cabeça/Pescoço <input type="checkbox"/> Tórax <input type="checkbox"/> MMSS <input type="checkbox"/> MMII <input type="checkbox"/> Não informado <input type="checkbox"/> outro local _____ Agressor: _____ Sexo: () Masculino () Feminino () Não informado Relação de parentesco com a vítima: _____
Local de entrada no HC-UFU: <input type="checkbox"/> PS- Cirurgia <input type="checkbox"/> PS- Traumatologia <input type="checkbox"/> PS-G.O. <input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> outros _____
Conduta médica adotada: <input type="checkbox"/> internação - tempo _____ <input type="checkbox"/> cirurgia <input type="checkbox"/> observação - tempo _____ <input type="checkbox"/> alta <input type="checkbox"/> outra conduta: <input type="checkbox"/> não informada
Encaminhada para retorno ambulatorial? <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> Sim . Qual? _____ <input type="checkbox"/> não informado
SOBRE O AGRESSOR
Relação agressor/ vítima: <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge <input type="checkbox"/> Namorado <input type="checkbox"/> Ex-Namorado <input type="checkbox"/> Conhecido <input type="checkbox"/> Desconhecido <input type="checkbox"/> Amásio <input type="checkbox"/> Ex-amásio <input type="checkbox"/> Parentes: _____ <input type="checkbox"/> Outros: _____

**ANEXO 4 - FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS NO POSTO MÉDICO LEGAL
SOBRE MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA**

<p>III- DADOS PESSOAIS</p> <p>() Laudo de perícias de lesões corporais () Laudo de Necropsia Número: _____ Idade: _____ anos Bairro de residência: _____ Estado Civil: <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Amasiada <input type="checkbox"/> Solteira <input type="checkbox"/> Divorciada <input type="checkbox"/> Viúva <input type="checkbox"/> Ignorado Profissão / Ocupação da vítima: _____</p>
<p>IV- SOBRE A AGRESSÃO:</p> <p>Mês: _____ Ano: _____ Dia da Semana: _____ Horário: _____</p> <p>Local de ocorrência: <input type="checkbox"/> lar <input type="checkbox"/> escola <input type="checkbox"/> trabalho <input type="checkbox"/> via pública <input type="checkbox"/> não informado Modalidade da agressão: <input type="checkbox"/> física <input type="checkbox"/> sexual <input type="checkbox"/> verbal <input type="checkbox"/> psicológica</p> <p>Tipos de Lesões: I- Causadas por agentes mecânicos: <input type="checkbox"/> Puntiformes <input type="checkbox"/> Incisas <input type="checkbox"/> Pérfuro-incisas <input type="checkbox"/> Corto-contusas <input type="checkbox"/> Pérfuro-contusas <input type="checkbox"/> Contusas 2- Ordem Física <input type="checkbox"/> Temperatura (Queimaduras calor/Frio) <input type="checkbox"/> Eletricidade 3- Ordem Química <input type="checkbox"/> Cáusticos <input type="checkbox"/> Venenos 4- Ordem Físico-Química <input type="checkbox"/> Sufocação <input type="checkbox"/> Afogamento <input type="checkbox"/> Enforcamento <input type="checkbox"/> Estrangulamento <input type="checkbox"/> Esganadura 5- Outras Ordens _____</p> <p>Instrumento Utilizado _____</p> <p>Regiões anatômicas acometidas: <input type="checkbox"/> Cabeça/Pescoço <input type="checkbox"/> Tórax <input type="checkbox"/> MMSS <input type="checkbox"/> MMII <input type="checkbox"/> Não informado <input type="checkbox"/> outro local _____</p> <p>Agressor: _____ Sexo: () Masculino () Feminino () Não informado</p>

ANEXO 5 - FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS DAS FICHAS DE ATENDIMENTO ÀS MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA ATENDIDAS NA ONG SOS MULHER

Nº da ficha de atendimento: _____
V- DADOS DA VÍTIMA:
1-Idade: _____ anos. Escolaridade: <input type="checkbox"/> EFI <input type="checkbox"/> EFC <input type="checkbox"/> EMI <input type="checkbox"/> EMC <input type="checkbox"/> ESC <input type="checkbox"/> ESI <input type="checkbox"/> analfabeto Profissão/Ocupação: _____ Estado civil: <input type="checkbox"/> solteira <input type="checkbox"/> casada <input type="checkbox"/> amasiada <input type="checkbox"/> viúva <input type="checkbox"/> separada <input type="checkbox"/> não informado Condições de Moradia: <input type="checkbox"/> Imóvel próprio <input type="checkbox"/> imóvel alugado <input type="checkbox"/> imóvel cedido <input type="checkbox"/> outros: _____
VI- SOBRE A AGRESSÃO:
Mês: _____ Ano: _____ Dia da Semana: _____ Horário: _____ Modalidade da agressão: <input type="checkbox"/> física <input type="checkbox"/> sexual <input type="checkbox"/> verbal <input type="checkbox"/> psicológica Local de ocorrência: <input type="checkbox"/> lar <input type="checkbox"/> escola <input type="checkbox"/> trabalho <input type="checkbox"/> via pública <input type="checkbox"/> não informado Tempo de convivência do casal: _____ Registro de queixa policial <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Motivo pelo qual algumas mulheres não registraram queixa: _____ Causas da violência referidas pelas vítimas: _____ Motivos citados pelas vítimas por continuarem convivendo junto com o agressor: _____ _____ Lesões referidas pelas vítimas: _____ Instrumento utilizado pelo agressor _____
III- SOBRE O AGRESSOR:
Idade: _____ anos. Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Escolaridade: <input type="checkbox"/> EFI <input type="checkbox"/> EFC <input type="checkbox"/> EMI <input type="checkbox"/> EMC <input type="checkbox"/> ESC <input type="checkbox"/> ESI <input type="checkbox"/> analfabeto Vícios: <input type="checkbox"/> etilista <input type="checkbox"/> tabagista <input type="checkbox"/> toxicômano <input type="checkbox"/> não informado Profissão/ocupação: _____ <input type="checkbox"/> não informado Relação agressor/ vítima: <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge <input type="checkbox"/> Namorado <input type="checkbox"/> Ex-Namorado <input type="checkbox"/> Conhecido <input type="checkbox"/> Desconhecido <input type="checkbox"/> Amásio <input type="checkbox"/> Ex-amásio <input type="checkbox"/> Parentes: _____ <input type="checkbox"/> Outros: _____

ANEXO 6 : PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA