



Universidade Estadual da Paraíba  
Campus I  
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde  
Curso de Mestrado em Odontologia

Gigliana Maria Sobral Cavalcante

**TRAUMAS BUCOMAXILOFACIAIS POR AGRESSÃO EM CAMPINA GRANDE-  
PB: O GÊNERO COMO CATEGORIA DE ANÁLISE**

Campina Grande – PB  
2011

Gigliana Maria Sobral Cavalcante

**TRAUMAS BUCOMAXILOFACIAIS POR AGRESSÃO EM CAMPINA GRANDE-  
PB: O GÊNERO COMO CATEGORIA DE ANÁLISE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba, nível Mestrado.

Orientador: Prof. Dr. Sérgio d'Avila Lins Bezerra Cavalcanti

Co-orientadora: Profa. Dra. Efigênia Ferreira e Ferreira

Campina Grande – PB  
2011

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL – UEPB

C376t Cavalcante, Gigliana Maria Sobral.  
Traumas bucomaxilofaciais por agressão em Campina Grande-PB [manuscrito]: o gênero como categoria de análise / Gigliana Maria Sobral Cavalcante. – 2011.  
86 f.: il. color.

Digitado

Dissertação (Mestrado em Odontologia) – Universidade Estadual da Paraíba, Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa, 2011.

“Orientação: Prof. Dr. Sérgio D’Ávila Lins Bezerra Cavalcanti, Departamento de Odontologia”.

“Co-orientação: Profa. Dra. Efigênia Ferreira e Ferreira, Departamento de Odontologia”.

1. Traumatismos maxilofaciais. 2. Análise de gênero. 3. Odontologia. I. Título.

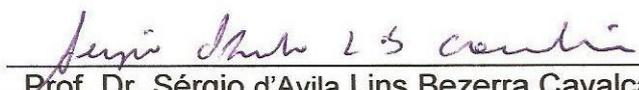
21. ed. CDD 617.605

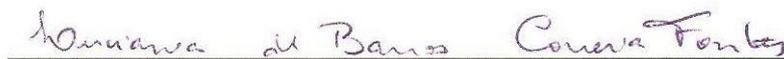
Gigliana Maria Sobral Cavalcante

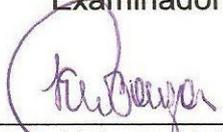
**TRAUMAS BUCOMAXILOFACIAIS POR AGRESSÃO EM CAMPINA GRANDE-  
PB: O GÊNERO COMO CATEGORIA DE ANÁLISE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba, nível Mestrado.

Aprovada em: 04/07/2011

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Sérgio d'Avila Lins Bezerra Cavalcanti /UEPB  
Orientador

  
\_\_\_\_\_  
Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Luciana de Barros Correia Fontes/ UEPB  
Examinador

  
\_\_\_\_\_  
Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Eliane Helena Alvim de Souza/UPE  
Examinadora

Aos meus pais, João Batista e Maria Lucia,  
pelo amor, carinho e apoio  
em todos os momentos da minha vida,  
especialmente para esta conquista.

## **AGRADECIMENTOS ESPECIAIS**

Ao meu marido Adan Smith, pelo amor e companheirismo, por ter compreendido minhas ausências, sobretudo me apoiado em todos os momentos.

À minha irmã Gigliola, sem a sua ajuda seria difícil transformar meus ideais em realizações, jamais esquecerei o apoio, as lições de vida e prova de fé. Você sempre foi um referencial para mim.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, minha fortaleza, meu amparo em meio a tantas adversidades. “A Ti toda honra e toda glória”.

Ao professor Dr. Sérgio d’Avila Lins Bezerra Cavalcanti pelo estímulo, confiança e apoio, nos problemas que sugiram sempre apontando uma solução, as palavras de ânimo e o incentivo jamais serão esquecidas.

À professora Efigênia Ferreira e Ferreira, pelas valiosas sugestões prestadas a este trabalho, sua generosidade é impactante, espero aprender ainda mais sobre pesquisa, sobretudo qualitativa.

Aos Professores do curso de Mestrado em Odontologia, especialmente ao Professor Dr. Gustavo Pina Gogoy, à Professora Dra. Edja Maria Melo de Brito Costa, por acreditarem em um sonho que alimento há tempos e que hora se realiza.

Ao colega de Procad, Carlos José de Paula Silva, pela contribuição na elaboração do formulário e coleta de dados, por ter compartilhado seus conhecimentos na área da violência.

Aos Colegas de turma de Mestrado que nos momentos complicados desta caminhada, seja por meio de palavras de ânimo ou atitudes concretas, colaboraram para perseverança e alcance da vitória.

Aos alunos de iniciação científica: Lorena Marques da Nóbrega, Mário César Furtado da Costa, que tão prontamente colaboraram para esta pesquisa.

Aos funcionários do Núcleo de Medicina e Odontologia Legal de Campina Grande-PB, pelo auxílio ao longo de vários meses de coleta de dados, apesar do incômodo sempre prestes a ajudar.

A todos, meu muito obrigada!

## RESUMO<sup>1</sup>

No estudo da violência interpessoal é imprescindível o entendimento das diferenças de gênero no intuito de reconhecer os papéis, masculinos e femininos, implicados na adoção de comportamentos agressivos. Dados homogêneos e confiáveis sobre os traumas maxilofaciais com base nas diferenças de gênero são pouco abordados. O objetivo desta pesquisa foi estudar os traumas maxilofaciais por agressão com ênfase nas diferenças entre os gêneros, a partir de laudos de registros do Núcleo de Medicina e Odontologia Legal de Campina Grande-PB. Foi realizado um estudo transversal retrospectivo em 1704 laudos do ano de 2010. A coleta de dados foi realizada através de formulário específico para registro das informações. Foram abordados os dados gerais das vítimas, circunstância da agressão, regiões e lado acometido. Foi observada uma maior prevalência de vítimas do gênero feminino (53,5%), solteiras (62,2%), com ensino fundamental incompleto (38,2%), com renda média mensal de até um salário mínimo (33,9%). O agressor, na maioria dos casos, era do gênero masculino (69%) e conhecido da vítima (40,2%). A região mais atingida foi a orbital (19,7%). Foi observada diferença significativa entre os gêneros para: renda da vítima ( $p=0,012$ ), circunstância da agressão ( $p<0,001$ ), características do agressor ( $p<0,001$ ), comprometimento tecidual ( $p<0,001$ ), e instrumento utilizado ( $p<0,001$ ). Os dados sobre o momento da ocorrência não variaram significativamente entre os gêneros. Os papéis atribuídos aos gêneros exerceram influência no perfil de vitimização e no mecanismo de agressão dos traumas maxilofaciais.

**PALAVRAS-CHAVE:** Violência. Identidade de gênero. Traumatismos maxilofaciais.

---

<sup>1</sup> Este capítulo foi construído observada a NBR 6028 Informação e documentação – Resumo: apresentação de nov. 2003.

## ABSTRACT

In the study of the violence interpersonal it is interesting the understanding of the gender differences in the intention of recognizing the papers, masculine and feminine, implicated in the adoption of aggressive behaviors. Homogeneous data and you trusted on the traumas maxilofaciais with base in the gender differences they are little approached. The objective of this research was to study the traumas maxilofaciais for aggression with emphasis in the differences among the goods, starting from decisions of registrations of the medicine Nucleus and Legal Dentistry of Campina Big-PB. A retrospective traverse study was accomplished in 1704 decisions of the year of 2010. The collection of data was accomplished through form I specify for registration of the information. The victims' general data, circumstance of the aggression, areas and attacked side were approached. A larger prevalência of victims of the feminine gender was observed (53,5%), unmarried women (62,2%), with incomplete fundamental teaching (38,2%), with monthly medium income of until a minimum wage (33,9%). THE aggressor, in most of the cases, was of the masculine gender (69%) and known of the victim (40,2%). the area more reached it was the orbital (19,7%). significant difference was observed among the goods for: surrender of the victim ( $p=0,012$ ), circumstance of the aggression ( $p <0,001$ ), the aggressor's characteristics ( $p <0,001$ ), compromising tecidual ( $p <0,001$ ), and I score used ( $p <0,001$ ). The data about the moment of the occurrence didn't vary significantly among the goods. The papers attributed to the goods they exercise influence in the vitimização profile and in the mechanism of aggression of the traumas maxilofaciais.

**KEYWORDS:** Violence. Gender Identify. Maxillofacial injuries.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Análise da distribuição das vítimas de agressão por região do corpo atingida e presença de trauma maxilofacial, segundo o gênero. Campina Grande-PB 2011.....	45
Tabela 2 – Distribuição das vítimas de trauma maxilofacial por agressão segundo os dados sócio-econômicos e demográficos. Campina Grande-PB 2011.....	46
Tabela 3 – Distribuição das vítimas de trauma maxilofacial por agressão segundo a circunstância da agressão, sexo do agressor, sujeito agressor e instrumento utilizado. Campina Grande-PB 2011.....	47
Tabela 4 – Distribuição das vítimas de trauma maxilofacial por agressão segundo o dia, mês e horário da agressão. Campina Grande-PB 2011.....	48
Tabela 5 – Distribuição das vítimas de trauma maxilofacial por agressão segundo comprometimento tecidual, região da cabeça e lado afetado. Campina Grande-PB 2011.....	49
Tabela 6 – Análise da associação entre gênero das vítimas de trauma maxilofacial por agressão e faixa etária, situação conjugal, escolaridade e renda. Campina Grande-PB 2011.....	50
Tabela 7 – Análise da associação entre gênero das vítimas de trauma maxilofacial por agressão e circunstância da agressão, sexo do agressor, sujeito agressor e instrumento utilizado. Campina Grande-PB 2011.....	51
Tabela 8 – Análise da associação entre gênero das vítimas de trauma maxilofacial por agressão e dia, mês e horário de ocorrência. Campina Grande-PB 2011.....	52
Tabela 9 – Análise da associação entre gênero das vítimas de trauma maxilofacial por agressão e comprometimento tecidual, lado afetado da cabeça. Campina Grande-PB 2011.....	53

## LISTA DE SIGLAS

CBO - Código Brasileiro de Ocupações

DOE – Diário Oficial do Estado

EUA – Estados Unidos da América

DEAMs - Delegacias Especiais de Atendimento às Mulheres

GM/MS - Gabinete do Ministro da Saúde

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IML - Institutos Médico-Legal

NUMOL - Núcleo de Medicina e Odontologia Legal

ONG - Organização Não Governamental

ONU - Organização das Nações Unidas

OMS - Organização Mundial de Saúde

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde

OR – Odds Ratio

PAISM - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PNAD - Pesquisa Nacional por Amostragem Domiciliar

PNPM - Plano Nacional de Políticas para as Mulheres

PMCG – Prefeitura Municipal de Campina Grande

SEPLAN – Secretaria de Planejamento

VIVA – Vigilância em Violência e Acidentes

VPI - Violência por Parceiro Íntimo

WHO - World Health Organization

## SUMARIO<sup>2</sup>

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	11
<b>2 REVISÃO DA LITERATURA</b>	13
2.1 Gênero e violência	13
2.2 Vulnerabilidade feminina e violência de gênero	16
2.3 Inserção da violência no setor saúde	20
2.4 A assistência a saúde no contexto da violência de gênero	21
2.5 O amparo legal na violência de gênero	25
2.6 Trauma maxilofacial - Expressão da violência	29
2.7 Fatores associados aos traumas maxilofaciais por agressão	33
<b>3 OBJETIVOS</b>	36
3.1 Objetivo geral	36
3.2 Objetivos específicos	36
<b>4 HIPÓTESE</b>	36
<b>5 METODOLOGIA</b>	37
5.1 Método de abordagem, procedimento e tipo de estudo	37
5.2 Considerações Éticas	37
5.3 Caracterização do local de estudo – NUMOL	38
5.4 Universo e amostra	41
5.5 Variáveis de interesse	41
5.6 Fluxograma	43
5.7 Métodos estatísticos	44
<b>6 RESULTADOS</b>	45
<b>7 DISCUSSÃO</b>	54
7.1 Violência interpessoal, gênero, corpo e comportamento	55
7.2 Caracterização das vítimas de trauma maxilofacial por agressão	57
7.3 Gênero/ vínculo com o agressor, circunstâncias/mecanismo da agressão e comprometimento tecidual	63
7.4 Momento da ocorrência e sede das lesões	66
<b>8 CONCLUSÕES</b>	70
<b>9 REFERÊNCIAS</b>	71
<b>Anexo 1: Formulário de coleta de dados</b>	
<b>Anexo 2: Termo de consentimento livre e esclarecido</b>	
<b>Anexo 3: Autorização</b>	

---

<sup>2</sup> Este capítulo foi construído observadas as NBR's **6024** Informação e documentação - Sumário: Apresentação de maio de 2003.

## 1 INTRODUÇÃO<sup>3</sup>

Traumas acidentais e intencionais, principalmente agressões, são preocupações importantes na sociedade contemporânea. Dados da Organização Mundial de Saúde indicam que o trauma está entre as principais causas de morte e invalidez no mundo, afetando todos os povos com grande variabilidade epidemiológica, sem distinguir idade, gênero, renda ou região geográfica (SANTOS 2002).

No mundo, quase 16.000 pessoas morrem em decorrência de trauma todos os dias, e, para cada pessoa que morre, milhares de pessoas lesadas sobrevivem, muitas com seqüelas permanentes. Os ferimentos de face representam um dos problemas mais significativos de saúde no mundo inteiro (KRUG; SHARMA; LOZANO, 2005).

O trauma facial pode ser considerado uma das agressões mais significativas encontradas em centros de trauma devido às conseqüências emocionais, à possibilidade de deformidade e também ao impacto econômico que os mesmos causam em um sistema de saúde (WULKAN; PARREIRA JR; BOTTER, 2005).

As lesões na face ocorrem devido à enorme exposição e a pouca proteção desta região o que acarreta, frequentemente, lesões graves. (MACKENZIE, 2000). Esse tipo de traumatismo tem grande importância para o Cirurgião-dentista, não só pela incidência de casos, mas também pelo fato de que, se não forem reparados de maneira adequada, podem evoluir para importantes seqüelas estéticas e funcionais. (ROSELINO, BREGAGNOLO, PARDINHO, 2009).

Devido ao aumento das mortes, traumatismos e incapacidades ocorridas por causas externas em toda a América Latina, principalmente nos grandes centros urbanos, o atendimento odontológico hospitalar está cada vez mais voltado para casos originados na violência. Para odontologia prescinde conhecer melhor essa morbidade, uma vez que não existem estudos com abrangência populacional nessa área (SILVA; LEBRÃO, 2003).

---

<sup>3</sup>Este capítulo foi construído observadas as NBR's **6024** Informação e documentação - Numeração progressiva das seções de um documento escrito: Apresentação de maio de 2003; **10520** - Apresentação de citações em documentos, de 2002; **14724** - Apresentação de trabalhos acadêmicos, de abril de 2011

Hoje, a violência constitui-se em um desafio para a saúde pública, pois eleva consideravelmente as taxas de morbimortalidade e apresenta repercussões econômicas, tanto em países pobres como em países ricos (MENDONÇA et al., 2002; MARQUES, 2005).

A violência não faz parte da natureza humana e não tem raízes biológicas, pois se trata de um complexo e dinâmico fenômeno biopsicossocial, seu espaço de criação e desenvolvimento é a vida em sociedade (MINAYO e SOUZA, 1999).

No meio social, as relações de gênero são legitimadas pela afirmação de valores e identidades, masculinas e femininas. Os valores culturais, marcados por esquemas rígidos, associam a imagem do masculino às posições de poder. Ser homem é sinônimo de não ter medo, não chorar, arriscar-se. Símbolos como armas, carros, esportes radicais, o espaço público, dentre outros, fazem parte desse universo masculino (SOUZA, 2005).

Na arena da violência, enquanto causa externa de morbimortalidade, faz-se necessário um reconhecimento da estratificação dos gêneros, com enfoque na construção do ser masculino e feminino, no contexto da violência interpessoal, incluindo a análise da violência de gênero.

A violência de gênero envolve relações entre gênero e poder, como a violência perpetrada pelo homem contra a mulher, a violência praticada pela mulher contra o homem, a violência entre mulheres e a violência entre homens (ARAÚJO, 2008). O determinante deste fenômeno abrange a perspectiva da cultura patriarcal de subordinação da mulher e dominação masculina.

Dada a importância das questões de gênero no cenário da violência, torna-se fundamental atribuir um enfoque epidemiológico dos traumas maxilofaciais considerando o perfil da vítima, tendo em vista o entendimento do fenômeno a partir dos fatores a ele relacionados.

A abordagem dos traumas maxilofaciais a partir do entendimento das questões de gênero, não tem sido utilizada por estudos nacionais e internacionais. Sendo assim o propósito deste estudo é investigar as relações entre gênero e episódios de violência ocorridos em Campina Grande-PB no ano de 2010.

## 2 REVISÃO DA LITERATURA

### 2.1 Gênero e violência

A violência é um fenômeno complexo e multidimensional, construído social e historicamente, com profundas raízes culturais (BRASIL, 2002).

A origem etimológica da palavra vem tanto do latim *violentia*, que significa abuso de força, como de *violare*, cujo sentido é o de transgredir o respeito devido a uma pessoa (MARCONDES-FILHO, 2001).

Koogan e Houaiss (1998) a define como ação de empregar força física ou intimidação moral contra alguém para obrigá-lo a submeter-se a vontade de outrem, coação.

Os termos “abuso de força” e “emprego de força física” que aparecem nestas definições, remetem as relações de gênero caracterizadas pela ideologia de poder e dominação masculina, assimilados pela sociedade patriarcal (ARAÚJO, 2008)

Originalmente, quando as famílias se organizavam sob a forma matriarcal, a mulher tinha um papel central na economia, ligado ao suprimento alimentar. A partir do desenvolvimento da agricultura em que o homem passou a dominar a atividade produtiva, progressivamente, o patriarcado foi sendo esboçado (OSÓRIO, 2002).

Com o surgimento da cultura patriarcal, a mulher passou a se posicionar como resignada e devota ao marido. A organização patrilinear acabou por desqualificá-la e transformá-la em propriedade do marido. Essa consideração de Santiago e Coelho (2007) embasa os resultados de seu estudo recente, que aponta a intolerância ao adultério, associada à perda da propriedade privada (no caso a mulher), como uma situação que suscita a prática da violência.

De forma geral, no mundo todo, a violência está entre as principais causas de morte de pessoas com idade entre 15 e 44 anos. Entretanto, a violência se apresenta de forma diferenciada para homens e mulheres (BRASIL, 2003).

O aspecto comportamental influi significativamente, a expressão estilo de vida tem sido cada vez mais utilizada, e o estilo do homem, sob várias óticas, se diferencia daquele da mulher (LAURENTI; JORGE; GOTLIEB, 2005).

Tanto para os homens, como para as mulheres, a educação faz-se por mimetismo, sendo nos homens um mimetismo de violências. De violência inicialmente contra si mesmo e numa segunda etapa, uma guerra com os outros. Na construção da identidade masculina são incorporados gestos, movimentos e reações

típicamente masculinas, condicionando a aceitação do sofrimento para se tornar um homem e integrar o círculo restrito dos homens (WELZER-LANG, 2001).

A masculinidade, como prática pessoal, está integrada ao contexto socioinstitucional (família/estado/mercado/trabalho/grupo de pares). Ou seja, a masculinidade tem um status de instituição produzida na vida diária a partir de relações interpessoais (NASCIMENTO; GOMES; REBELLO, 2009).

Na passagem do jovem para idade adulta masculina o álcool e a droga fazem parte dos processos de socialização, havendo neste caso a conjunção de fatores determinantes para episódios violentos (GRANJA e MEDRADO, 2009).

Neste sentido, Souza (2005) esclarece que no modelo hegemônico de masculinidade, construído a partir de valores patriarcais e machistas, ainda prepondera a noção de associação entre masculinidade viril, competição e violência. Essa construção, já bastante criticada, é oposta com o que é ser mulher pelas idéias de força e poder advindos da própria constituição biológica sexual.

Segundo a autora, esta visão está sendo contra-argumentada pelos que defendem uma maior fragilidade do homem, fundamentada pelo maior número de mortes de bebês do sexo masculino menores de um ano e no outro extremo uma menor expectativa de vida, pois os homens morrem mais cedo que as mulheres.

Schraiber, Gomes, Couto (2005), baseando-se nos referenciais conceituais de Connell (1995) e Kimmel (1992,1997), salientaram que a masculinidade hegemônica gera comportamentos danosos à saúde, representando um fator de risco de adoecimento. Em relação à violência na esfera pública, um em cada dois homens já experimentou alguma situação de agressão, o que demonstra a magnitude da violência vivida por homens.

Os dados de mortalidade da violência no Brasil revelam taxas mais elevadas no grupo dos homens, com uma razão de risco 12,3 vezes maior em relação às mulheres. Essa sobremortalidade masculina é marcante, principalmente em relação à adolescentes e adultos jovens, despertando o interesse de vários pesquisadores que têm abordado a questão de gênero para compreender as relações entre juventude, masculinidade e violência (SOUZA e LIMA, 2007).

O conceito de gênero tem sido cada vez mais utilizado em trabalhos com população masculina, sendo vários deles direcionados para as implicações das definições de papéis tradicionais de gênero para os homens. Ou seja, como alguns comportamentos e atitudes dos homens, construídos a partir das relações de

gênero, raça, etnia e fatores socioeconômicos, limitam aspectos das vidas dos mesmos e também têm grande impacto na vida das mulheres e das crianças (LIMA; BÜCHELE; CLÍMACO, 2008).

Ressalta-se, porém, que o homem nunca esteve excluído das discussões de saúde, sendo inclusive tomados como padrão, mas o seu envolvimento nas questões de gênero é recente, sobretudo em seu caráter reacional com as mulheres (KNAUTH e MACHADO, 2005).

A atenção dada a aspectos relacionados à masculinidade e aos homens na área da saúde ainda é praticamente inexistente, especialmente no que diz respeito a identidades de gênero e a prevenção de doenças nos homens (MEDRADO e LYRA, 2003).

Ao silenciar esta questão encobre-se, conforme referido por Granja e Medrado (2009), uma das dimensões de desigualdade social, visto que a relação entre o masculino e o feminino em nossa sociedade se processa na diferença. Porém, não se trata de uma simples distinção, mas sim do universo de desigualdades, desencadeando padrões hierárquicos que “induzem relações violentas entre os sexos e indicam que a prática desse tipo de violência não é fruto da natureza, mas sim do processo de socialização das pessoas (CAVALCANTI, 2005)

A definição de papéis para os gêneros no modelo hegemônico evidencia uma sobreposição do masculino sobre o feminino, como analisa WELZER-LANG (2001) as desigualdades vividas pelas mulheres são os efeitos das vantagens dadas aos homens, e assim a violência doméstica tende a preservar os poderes que se atribuem coletiva e individualmente aos homens às custas das mulheres.

Zaluar (2009) constatou para agressão física, em estudo realizado no Rio de Janeiro, um maior número de casos do gênero feminino. Segundo a autora, ao contrário do que acontece com o furto e o roubo, as mulheres são pouco mais agredidas que os homens, revelando maior sensibilidade e coragem para expor a agressão.

Como lembra Laurenti; Jorge; Gotlieb (2005), ainda que os indicadores de mortalidade evidenciem situações desfavoráveis para os homens, os referentes à morbidade, medidos pela demanda aos serviços e por inquéritos populacionais, destacam, de uma maneira geral, maior freqüência para as mulheres.

Alvo de grande atenção nos dias atuais, a violência de gênero põe em evidência a agressão do homem contra a mulher, uma questão há muito tempo camuflada, “tolerada e até estimulada socialmente” (LIMA; BÜCHELE; CLÍMACO, 2008), em função do caráter hegemônico do exercício de poder/dominação masculina.

Nas relações sociais onde os discursos dominantes sobre gênero constroem as categorias “mulher” e “homem” como mutuamente exclusivas e hierarquicamente relacionadas, a representação da própria violência é altamente sexualizada, e é inseparável da noção de gênero e, em particular, da noção de diferença de gênero (MOORE, 2000).

## 2.2 Vulnerabilidade feminina e violência de gênero

A violência de gênero é entendida como relação entre os gêneros com exercício de poder mediado pela ordem patriarcal, que legitima a desigualdade e dominação masculina. Frequentemente, são utilizados como sinônimos os termos violência contra a mulher e violência doméstica (ARAÚJO, 2008).

Palma e Mattos (2001) consideram que existe vulnerabilidade quando ocorre: desinteresse do indivíduo em relação a situações de perigo; falta de acesso a serviços e/ou informações e finalmente, falta de autoconfiança para sustentar ou implementar mudanças no próprio comportamento.

No Brasil a cifra de mulheres que estão vulneráveis à violência doméstica chega a 23% (KRONBAUER e MENEGUEL, 2005). O fato de manifestar-se no âmbito privado atribuiu às mulheres essa condição de vulnerabilidade durante muito tempo, pois as leis ao invés de amparar as vítimas acobertavam seus algozes.

As raízes históricas para estas evidências podem ser identificadas no Brasil Imperial pelo atenuante ao homicídio de mulheres adúlteras, praticado pelo marido. O Código Criminal de 1830, inclusive, atribuía a pena de um a três anos, com trabalhos forçados às esposas infiéis (BLAY, 2003; ENGEL, 2005).

No início da República, o Artigo 27 do Código Penal de 1890, previa a absolvição do acusado por crimes passionais, com o argumento de que os sentidos e a inteligência do réu se tornam privados durante o ato criminoso, sob os impulsos da duradoura paixão ou, mesmo, da súbita emoção, como se o indivíduo experimentasse uma insanidade momentânea (ENGEL, 2005).

Do fim do século XIX e começo do século XX, sobretudo após a Primeira Guerra Mundial, com a industrialização e a urbanização, o panorama econômico e cultural do Brasil mudou profundamente. A mulher passou cada vez mais a ocupar espaços da rua, trabalho fora de casa, a estudar. Apesar dessas conquistas prevaleciam os costumes patriarcais vigentes, prova disso foi a inclusão no Código Civil de 1916 de um dispositivo que estabelecia que a mulher devesse ter autorização do marido para trabalhar, como forma de proteger a instituição família (BLAY, 2003).

O Código Penal de 1940, ainda em vigor, eliminou a licitude relativa à “perturbação dos sentidos e da inteligência”, que deixava impunes os assassinos chamados de passionais, adotando a categoria “homicídio privilegiado”, pela qual o criminoso, mesmo tendo uma pena menor do que o homicídio simples (seis anos), não fica mais impune (ELUF, 2003).

Muito embora a violência de gênero tenha assolado a sociedade desde primórdios da humanidade, a ênfase a este problema é recente, deflagrado pelo movimento em defesa da mulher. A lei Maria da Penha (Brasil, 2006) representa uma de suas conquistas, na medida em que estabelece medidas protetivas ante ao cônjuge ou companheiro.

Minayo (2010) em análise da articulação entre violência e cultura cita o papel civilizatório da modernidade com o uso de mecanismos de institucionalização e de solução de conflitos, a autora referencia a obra do historiador e cientista social Norbert Elias (1993), que salienta a resolução dos conflitos de interesses nas sociedades modernas a partir do Direito e pela Lei.

As variadas manifestações de violência contra a mulher, seja agressão, assassinato ou estupro, são observadas até mesmo em países ditos desenvolvidos. Sendo a maior frequência destes eventos percebida em países onde prevalece uma cultura masculina e menor em culturas que buscam soluções igualitárias para as diferenças de gênero (BLAY, 2003).

No entanto, Freire (2008) fez importante observação, que contraria esta lógica da relação entre culturas igualitárias de gênero e violência contra a mulher. Em análise de matéria veiculada na Revista Veja, o autor chama atenção para os dados vexatórios de violência contra a mulher na Suécia, país reconhecido na Europa pelo respeito à igualdade entre homens e mulheres. A reportagem mostrava estimativas de que uma em cada dez mulheres já foi agredida.

Em um trecho da entrevista a embaixadora da Suécia no Brasil, Margarida Winberg, considerou: “os suecos batem nas mulheres para deixar claro que ainda são capazes de subjugar-las, apesar de terem perdido o poder sobre elas fora de casa” (VEJA, 2005, p. 124).

Nos Estados Unidos pesquisa sobre a prevalência da violência em uma amostra de 7.443 mulheres brancas, afro-americanas e latino-americanas, com idades entre 18 e 44 anos, atendidas em serviço de atenção primária a saúde no Sul do Texas, verificou uma prevalência de violência de 8,9%, 6,0%, 5,3%, respectivamente (McFARLANE et al., 2005).

A violência de gênero, também chamada violência contra a mulher atinge mulheres em todas as idades, graus de instrução, classes sociais, raças, etnias e orientação sexual, sendo um problema que está ligado ao poder, onde de um lado impera o domínio dos homens sobre as mulheres, e de outro lado, uma ideologia dominante, que lhe dá sustentação (BRASIL, 2003).

Para efeito da lei nº 11.340– “Lei Maria da Penha”- é considerada violência doméstica e familiar qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial (BRASIL, 2006).

Adeodato et al (2005) avaliando a qualidade de vida e depressão nas mulheres vítimas da violência doméstica, que procuraram a Delegacia da Mulher do Ceará, constataram que 61% das mulheres agredidas apresentaram depressão moderada ou grave. Tendo sido observada uma correlação direta entre pensamento de suicídio e ter sofrido agressão verbal, física e sexual.

No estudo realizado por Kronbauer e Meneghel (2005), em uma unidade básica de Saúde de Porto Alegre, as mulheres com maior propensão a distúrbios psiquiátricos menores relataram maior violência, tanto emocional quanto física.

O efeito da agressão no trabalho pode ser percebido seja pelo absenteísmo, pela perda de produtividade ou mesmo pelos transtornos provocados pelo marido no ambiente de trabalho, restringindo sua autonomia (WALKER et al., 2004; SWANBERG; LOGAN; MACKE, 2005).

A taxa de incapacitação para o trabalho remunerado, em estudo realizado por Miranda; de Paula; Bardin (2010), foi de 11,1% para as que sofreram algum tipo de agressão e de 16,2% entre as vítimas de violência grave. Entre os estudos sobre o tema os valores variavam entre 23 a 54% (SWANBERG; LOGAN; MACKE, 2005).

Dados do Banco Interamericano de desenvolvimento indicam forte repercussão no crescimento econômico da América Latina, uma vez que há redução do rendimento das mulheres, afetando a atividade produtiva. O montante estimado de arrecadação perdida encontra-se entre 1,6 e 2,0% do Produto Interno Bruto (BIEHL e ANDREW, 1999).

Nos Estados Unidos os gastos com estupro, agressões físicas e assédio ultrapassam US \$ 5,8 bilhões de dólares a cada ano, cerca de US \$ 4,1 bilhões são gastos com serviços de saúde diretos, como assistência médica e psicológica, US \$ 0,9 bilhões são perdidos em produtividade do trabalho remunerado e afazeres domésticos de vítimas não fatais. A maior parte dos custos é derivada da vitimização por agressão física porque este tipo de violência é o mais prevalente (NCIPC, 2003)

Nas mulheres os conflitos interpessoais representam o evento mais freqüente no contexto das morbidades por causas externas, em geral, os agressores têm algum laço afetivo com a vítima, são maridos, familiares ou conhecidos (BRASIL, 2001).

Segundo Deslandes; Gomes; Silva (2000) as características sócio-demográficas das vítimas e o grau de envolvimento com o agressor podem determinar diferenças na exposição à violência. No caso da violência de gênero é comum haver um percentual maior de vítimas com certo grau de envolvimento com o agressor. Na análise dos casos de violência doméstica atendidos em dois hospitais públicos no Rio de Janeiro, os autores constataram que a maioria das vítimas referiu como agressor o marido/companheiro/namorado. A maioria das mulheres fazia parte da faixa etária de 20 a 29 anos, eram solteiras e recebiam até três salários mínimos, entre as ocupações predominaram as desempregadas.

Em Uberlândia, Minas Gerais, Garcia et al. (2008) caracterizaram as vítimas de agressão física atendidas por uma ONG e constaram que 70% tinham entre 18 e 39 anos, mais da metade tinha o ensino fundamental, metade declarou-se amasiada e 41% eram domésticas ou do lar. As agressões foram perpetradas, sobretudo, pelos amásios/ex-amásios (50,2%).

No Centro especializado no atendimento a vítimas de violência no Rio de Janeiro, Mota; Vasconcelos; Assis (2007) constataram uma média de idade entre as mulheres que procuraram este serviço de 37 anos (DP  $\pm$  9,7), para o agressor a média de idade foi de 40 anos (DP  $\pm$  10,3). Entre as características sociodemográficas das vítimas que a escolaridade e o número de residentes trabalhadores associaram-

se significativamente com a violência física, psicológica e sexual em todos os níveis de gravidade

A associação da escolaridade com a violência física praticada contra mulheres também foi estatisticamente significativa em estudo realizado em Unidade Básica de saúde no Rio Grande do Sul. Kronbauer e Meneghel (2005) verificaram uma prevalência de 38% para violência física (inferior a psicológica- 55%) e prevalência maior entre as mulheres com menos anos de estudo. Os níveis de violência entre as mulheres de classes menos favorecidas foi maior do que entre as classes mais favorecidas.

No centro de atendimento a mulher em Londrina no Paraná foi verificada maior prevalência da violência emocional em relação a física ( 56,4%x 32,1%). A média de idade das mulheres atendidas foi de 34 anos, a maioria se declarou casada. Os principais agressores foram os atuais maridos e companheiros (GALVÃO; ANDRADE, 2004).

Pintaguy (2003) revela a necessidade da atenção voltada para prevenção, identificando os efeitos dos papéis relacionados a gênero sobre a violência e empregando a educação como veículo de influência nos valores culturais que incentivam o comportamento agressivo entre os meninos e a docilidade entre as meninas. Assim, para violência o gênero pode ser preditor do perfil de vitimização, em função dos papéis estabelecidos conforme os padrões culturais adotados pela sociedade.

### 2.3 Inserção da violência no setor saúde

Mudança no perfil de mortalidade e morbidade, a chamada transição epidemiológica, já é uma realidade brasileira. As conquistas no controle de doenças infecciosas cedeu lugar de destaque às doenças crônico degenerativas e as causas externas, incluindo nesta categoria a violência (MINAYO, 2010).

Segundo a Organização Mundial de Saúde - OMS (2002), violência pode ser definida como "o uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação de liberdade" (DAHLBERG E KRUG, 2002).

Devido ao grande número de vítimas e à magnitude de suas seqüelas físicas e psicológicas, nos anos 90 a violência passou a ser pauta do setor saúde, e reconhecida pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), adquirindo caráter endêmico sob a responsabilidade da Saúde Pública (MINAYO, 2006).

No Brasil, com o intuito de reduzir os índices de violências e acidentes, foi estabelecida a Política de redução morbimortalidade por acidentes e violências, através da PORTARIA GM/MS Nº 737 DE 16/05/01. Nela são previstas desde as medidas preventivas e de promoção da saúde, voltadas a evitar a ocorrência de violências e acidentes, até aquelas destinadas ao tratamento das vítimas, destinadas a impedir as seqüelas e as mortes. Também se constitui foco desta Política o monitoramento destes eventos, sendo de grande necessidade a realização de estudos com base em dados de violência, para fins de planejamento e orientação da tomada de decisões (BRASIL, 2001).

#### 2.4 A assistência a saúde no contexto da violência de gênero

A inserção da violência praticada contra as mulheres como um problema seguiu o movimento histórico das convenções e tratados de direitos humanos. Contudo, sua inserção inicial foi a partir da preocupação com os aspectos relacionados à violência em geral e sua importância para o processo de saúde e doença das populações (AZAMBUJA; NOGUEIRA, 2008).

No segmento populacional representado pelas mulheres, as violências físicas e sexuais são eventos de grande expressão e portanto de relevância enquanto problema de saúde pública, cujos determinantes estão associados a relações de gênero, em que os agressores com maior frequência são os maridos, companheiros e parentes próximos. Dados de 2009 da Pesquisa Nacional por Amostragem Domiciliar – Pnad – indicam que um maior percentual de mulheres (43,1%) que são agredidas em suas residências enquanto isso os homens (53,4%) sofrem agressão em vias públicas (BRASIL, 2010).

Esta constatação também foi feita em estudo sobre a saúde das mulheres e suas vivências de violência doméstica, realizado pela Organização Mundial de Saúde em dez países (Bangladesh, Brasil, Etiópia, Japão, Namíbia, Peru, Samoa, Sérvia e Montenegro, Tailândia e Tanzânia). Os resultados preliminares desse levantamento mostraram que a violência praticada contra as mulheres é um

fenômeno que ocorre em todo o mundo, sendo, freqüentemente, seus perpetradores pessoas conhecidas das vítimas (WHO, 2005).

Nos últimos vinte anos foram criados serviços voltados para a questão da violência contra a mulher, como: Delegacia de defesa da mulher, casas-abrigo e Centros de Referência multiprofissional cujo enfoque é a violência física e sexual praticada por parceiros e ex-parceiros, funcionando como uma rede de serviços. Dentro deste contexto os serviços básicos revestem-se de importância na detecção do problema, identificando os casos que poderiam ficar despercebidos, antes que atinjam uma dimensão mais grave, providenciando os devidos encaminhamentos (SCHRAIBER et al., 2002).

Porém, existe uma insuficiência do sistema de saúde na sensibilização para diagnosticar a origem das injúrias (DESLANDES, 1999) e no treinamento para atender e encaminhar convenientemente mulheres nessa situação, representando uma barreira para o atendimento intersetorial e multiprofissional (KISS et al., 2007).

Recente estudo multicêntrico sobre femicídio pelo companheiro nos Estados Unidos revela que 66% das vítimas tinham sido fisicamente ou sexualmente abusadas no ano anterior ao assassinato (CAMPBELL et al., 2003) e 41% das mesmas procuraram o serviço de saúde para tratamento de lesões ou de problemas mentais decorrentes da violência sofrida no ano anterior a sua morte (SHARPS et al., 2001).

Kiss et al. (2007) em análise dos serviços de assistência a mulher, no município de São Paulo, constataram a inexistência de um projeto comum, refletindo a dificuldade de composição entre saberes e programas de atenção, dificultando a atuação como uma rede. Os profissionais da assistência psicossocial lidavam com a assistência a sujeitos em situação vulnerável, e, assim, seu objeto de intervenção é a subjetividade da mulher quanto às experiências vividas. Nos órgãos responsáveis pela proteção das vítimas e punição dos agressores – Delegacias Especiais de Atendimento às Mulheres (DEAMs), Institutos Médico-Legais (IMLs) e órgãos do judiciário, os profissionais da assistência jurídica e policial tratam a violência a partir da linguagem jurídico policial, cujo olhar para a mulher e sua situação de violência é redutor aos aspectos legais do caso. Lidavam, nesse sentido, mais com a violência (como crime) do que com a atenção à mulher.

Além disso, o respeito à vítima que sofreu violência nem sempre é observado, seja no atendimento prestado pelos serviços de saúde, seja na recepção de

denúncias em delegacias, nos institutos de medicina legal e outros órgãos envolvidos. É comum as mulheres serem responsabilizadas ou culpadas pela violência sofrida. Essa conjuntura dificulta a tomada de atitudes por parte das mulheres, tanto para denunciar as agressões, quanto para reagir de maneira efetiva modificando a situação vivida (BRASIL, 2001).

A assistência a mulher teve início na década de 80, do Século XX, a partir do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), implantado com a proposta de explorar questões de gênero e abordar as necessidades integrais de saúde da mulher. Entretanto, esta iniciativa não significou, na época, mudanças expressivas na atenção à mulher em situação de violência, por parte dos serviços de saúde, uma vez que, na prática, as ações priorizadas se restringiram à saúde reprodutiva (CORREA, PIOLA, 2003).

Somente em 2004 foi lançado o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM), com atuação nas áreas de autonomia, igualdade no mundo do trabalho e cidadania, educação inclusiva e não sexista, saúde da mulher, direitos sexuais e direitos reprodutivos e enfrentamento da violência contra a mulher. Para o enfrentamento da violência as ações passaram a envolver a integração de diferentes setores, tais como saúde, segurança pública, justiça e trabalho e a sociedade civil organizada (BRASIL, 2005).

Atualmente, o Ministério da Saúde e diversas organizações não-governamentais feministas têm produzido material didático, com orientações sobre o tema, e oferecido treinamentos aos profissionais de saúde de modo que eles possam identificar, apoiar e dar o devido encaminhamento às vítimas de violência. Um avanço já pode ser percebido no que tange ao enfrentamento da violência sexual pelos serviços de saúde. Tais medidas resultaram tanto da compreensão de que a violência representa uma violação dos direitos humanos, como também do reconhecimento de que esta é uma importante causa do sofrimento e adoecimento, sendo fator de risco para diversos problemas de saúde (BORSOI et al., 2009).

Neste sentido foi incorporada a Política de Assistência Integral à Saúde da Mulher uma Rede Nacional de Assistência Integral as Mulheres e Adolescentes em situação de violência sexual e doméstica. Esta rede consiste na articulação de ações entre o Governo Federal, Governos Estaduais e Municipais, Organizações da Sociedade Civil, Entidades de Classes, Instituições de Ensino Superior e Comunidades para o desenvolvimento de estratégias globais no enfrentamento da

violência contra mulheres. Abrange o acompanhamento psicossocial e auxiliam na reinserção das vítimas de violência no cotidiano. Trabalham na prevenção, atenção e recuperação de pessoas em situação de vulnerabilidade, que estão sofrendo ou que já passaram por situações de violência (BRASIL, 2006).

As Políticas Públicas de prevenção e atenção integral às vítimas de violência, nelas compreendidas a Política Nacional de Redução de Acidentes e violência e a Rede Nacional de Atenção Integral para mulheres e adolescentes em situação de violência, são fatores que podem proporcionar o empoderamento e o protagonismo feminino no enfrentamento da violência no Brasil (BRASIL, 2006).

A incorporação de leis que repercutem no setor saúde como a Lei nº 10.778/03 (BRASIL, 2003), que estabelece a notificação compulsória, no território nacional, de casos de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados, representa um forte aliado, na medida em que, possibilita a construção de um Sistema de informação em Violência, viabilizando o monitoramento dos casos registrados e a compreensão da dimensão do problema.

Por meio deste registro é possível obter dados do tipo: circunstância da violência, perfil das vítimas e dos agressores, o que contribuiria para o desenvolvimento de ações governamentais. Entretanto, os profissionais da saúde tendem a voltar suas atenções às lesões físicas, raramente se empenhando em prevenir ou diagnosticar a origem das injúrias. Esse fato pode estar relacionado à falta de preparo profissional, ou simplesmente, à decisão de não se envolver com os casos (DESLANDES, 1999; SALIBA et al., 2007).

Em análise das possíveis implicações éticas e legais Saliba et al. (2007) destacam que apesar de não apresentar explicitamente a expressão violência doméstica nos códigos de ética, é dever do profissional de saúde notificar os casos de violência de que tiver conhecimento, podendo responder pela omissão.

A pouca sensibilidade e especificidade do banco de dados do Sistema de Vigilância em Violência e Acidentes (VIVA) do Ministério da Saúde, devido à subnotificação dos casos também pode ser considerado um outro problema para quantificar a violência. Os dados ainda se encontram pulverizados nos sistemas de informação existentes no setor saúde, cada qual com seu grau de confiabilidade da qualidade da informação, sendo necessária a existência de uma política de informação no país que abarque tanto as questões de gênero quanto as da violência de forma articulada tanto intra como intersetorialmente (OKABI e FONSECA, 2009).

As Políticas Públicas envolvidas na questão da violência contra a mulher, já em implantação, precisam da atenção de cada instituição envolvida em sua execução, pois muito além da intenção formal em intervir sobre determinado problema é necessário assegurar o desenvolvimento de suas propostas. No caso da abordagem da violência, por abranger uma conjuntura intersetorial, torna-se imprescindível a cooperação entre os atores e setores da estrutura organizacional, sobretudo o interesse governamental no controle da violência e na redução das desigualdades sociais (PAIM, COSTA, VILAS BÔAS, 2009).

## 2.5 O amparo legal na violência de gênero

A violência de gênero consubstancia-se pela submissão da mulher aos mecanismos de dominação masculina. A manutenção da relação abusiva é dada pelos laços afetivos, pela dependência financeira, ou mesmo por assimilar como algo comum nas relações conjugais. O fenômeno adquire invisibilidade e a violência se banaliza, torna-se natural; a exposição continuada à situação de violência anula a autoestima e a capacidade de pensar e reagir, dando lugar ao conformismo (ARAÚJO, 2008).

A evolução da sociedade e, conseqüente obtenção de conquistas pelas mulheres, como o direito ao voto e os direitos trabalhistas, fez com que, através de sua crescente força social, a mulher pudesse denunciar a violência de que é vítima, uma violência específica independente de outras categorias como classe social ou raça, que tem como causa a relação de assimetria e desigualdade social entre homens e mulheres, forjadas pela cultura machista ainda em vigor (ROTANIA, 2003).

O amparo legal às vítimas representa um incentivo às queixas em órgãos de defesa da mulher, como as Delegacias da Mulher; dando conta de elevados índices da violência por agressão psicológica, lesão corporal ou homicídio. Tal aspecto sensibiliza e conduz estudiosos na tentativa de entender o que motiva os indivíduos a consumarem tais delitos, com o intuito de prevenir e impedir esta fatalidade (SANTIAGO e COELHO, 2007).

Os dispositivos jurídicos de proteção às mulheres vítimas de agressão foram criados a partir da conceituação da violência contra a mulher pela Convenção sobre a eliminação das formas de discriminação contra a mulher (ONU, 1979). Sua

inclusão na pauta dos direitos Humanos deu-se a partir da Conferência de Viena (1993), passando a ser entendida por vários acordos internacionais como uma violação aos direitos humanos.

Entretanto, como analisa Fonseca (1999), em sua gênese a Declaração dos Direitos Humanos chamou-se Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, Somente em 1948 a ONU (Organização das Nações Unidas) reviu o documento inicial e lançou a Declaração Universal dos Direitos Humanos. O documento inicial “transpirava masculinidade por todos os poros”:

o conceito de cidadania era individualista e visava proteger a liberdade, a segurança e a integridade física e moral da pessoa, e garantir-lhe o direito de participação na vida pública. Dado que o espaço público era masculino por excelência, a Declaração automaticamente excluía as mulheres, considerando-as não cidadãs, tanto quanto os não brancos, os pobres, os não letrados, as crianças....(FONSECA, 1999, p.14).

Os tratados internacionais garantiram direitos e estabeleceram responsabilidades aos países signatários quanto a proteção jurídica a esses direitos, incorporando, gradativamente, na agenda de proteção aos direitos humanos novos direitos, entre eles os relativos a questão de gênero (PIOSEVAN e IKAWA, 2004).

A Constituição Federal recepcionou as determinações dos tratados internacionais por meio da Emenda Constitucional nº 45 – que acrescentou o § 3º ao art. 5º – conferindo *status* constitucional aos tratados e convenções internacionais sobre direitos humanos que forem devidamente aprovados pelo Congresso Nacional (DIAS, 2006).

Art. 5º § 3º Os tratados e convenções internacionais sobre direitos humanos que forem aprovados, em cada Casa do Congresso Nacional, em dois turnos, por três quintos dos votos dos respectivos membros, serão equivalentes às emendas constitucionais (CF, 1988).

Assim sendo, a Convenção da Organização das Nações Unidas sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW, 1979) passou a ocupar uma posição de destaque, entrando em vigor em setembro de 1981, após vinte ratificações. O Brasil assinou essa Convenção, em 31 de março de 1981, porém somente a ratificou em 1º de fevereiro de 1984 com reservas relativas à igualdade conjugal, tendo em vista que nosso Código Civil não reconhecia a igualdade entre marido e mulher, adotando-a plenamente após a Constituição

Federal de 1988, com o reconhecimento da igualdade entre os gêneros, no seu artigo 226, §5º (BARRETO, 2007).

Art. 226º § 5º - Os direitos e deveres referentes à sociedade conjugal são exercidos igualmente pelo homem e pela mulher (CF, 1988).

Outro marco no combate a violência de gênero contra a mulher foi a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher - Convenção de Belém do Pará, 1994. Esta Convenção possibilitou a ampliação dos direitos das mulheres, e assim sendo o paradigma internacional dos direitos humanos é também trazido para as práticas e os estudos feministas.

De um modo geral, estas convenções dão visibilidade a violência vivida e suscitam o reconhecimento da igualdade entre os gêneros em sua dimensão social, garantindo uma vida digna sob a proteção do Estado em repressão ao exercício de poder/dominação masculina. Essa visibilidade deve-se a quebra da dicotomia entre o público e o privado. Para compreensão desta dicotomia discorrem Piosevan e Ikawa:

(...) consiste na separação entre uma arena pública, na qual se impõe o Direito, e uma arena privada, na qual não se admite a interferência jurídica. Se o Direito, entendido como uma rede de garantias à preservação da dignidade individual, da igualdade de consideração e respeito, não é tolerado nessa esfera, cobrem-se os indivíduos que a ela pertencem por um manto de invisibilidade (PIOVESAN e IKAWA, 2004, p. 51).

Tão importante foram a Convenção pela eliminação de todas as formas de discriminação contra a Mulher e a Convenção de Belém do Pará, que no corpo da Lei 11.340 há uma referência expressa a ambas:

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 (Brasil, 2006, grifo da autora).

Quanto aos costumes que naturalizam a violência, a Declaração e Plataforma para Ação de Pequim, adotada pela quarta conferência Mundial sobre as mulheres: ação para igualdade, desenvolvimento e paz em 1995, conclamam os governos a "condenarem a violência contra a mulher e eliminarem alegações baseadas em

tradições, costumes, e religião, estabelecendo termos cada vez mais concretos para o aumento do poder feminino.

(...) Nós estamos convencidos de que:

32. Intensificar os esforços para garantir o exercício, em igualdade de condições, de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais para todas as mulheres e meninas que enfrentam múltiplas barreiras para seu fortalecimento e avanços, em virtude de fatores como raça, idade, língua, origem étnica, cultura, religião, incapacidade/deficiência, ou por integrar comunidades indígenas (PEQUIM, 1995, p.152, grifo da autora).

A Lei Maria da Penha é o resultado das lutas travadas pelo movimento feminista por mecanismos legais que viessem a coibir as agressões no ambiente doméstico, com penas mais duras como o afastamento do cônjuge ou mesmo sua prisão. Essa lei representa um mecanismo de proteção à mulher na medida em que inibe o exercício da dominação masculina no aspecto físico, acompanhando um movimento histórico contrário a concepção de supremacia pelo homem, o que gerava submissão e supressão dos direitos femininos de participação da vida pública (BRASIL 2006).

Na América Latina, diversos estudos apontam um alarmante número de mulheres que afirmam ter sido vítimas de violência física exercida por seu parceiro. Em alguns países, o percentual chegou a 50%; o menor percentual foi 20% (LIMA; BÜCHELE; CLÍMACO, 2008).

Estudo realizado por d'Oliveira et al (2009) em 2.645 mulheres de 15 a 49 anos, entrevistadas na cidade de São Paulo (SP) e na Zona da Mata de Pernambuco (PE), mostrou que 28,9% das mulheres de SP e 36,9% em PE já vivenciou algum episódio de violência física ou sexual cometida por parceiro ou ex-parceiro.

Segundo dados da pesquisa de opinião pública - Mulheres brasileiras e Gênero nos espaços público e privado - da Fundação Persel Abramo, 40% da amostra de mulheres entrevistadas sofreram no ano de 2010 algum tipo de violência, 16% da amostra não conhecia a Lei Maria da Penha (FUNDAÇÃO PERSEL ABRAMO, 2010).

Tratados acatados mediante a apresentação de Leis pelos países signatários são uma realidade, bastando no momento que seja garantido o cumprimento de tais determinações, pois um alto preço é pago, às custas de muitas vidas destruídas ou

ceifadas por carrascos que por anos tiveram como cúmplices o Estado e a sociedade.

## 2.6 Trauma maxilofacial- Expressão da violência

O trauma maxilofacial é um tipo muito específico de trauma e ocorre na face e na cabeça. Nas últimas quatro décadas, tornou-se assunto inevitável para os profissionais de saúde. Seu aumento surgiu associado à frequência crescente da violência nas cidades (SILVA et al., 2011).

Entre as lesões decorrentes de trauma tem sido estudado o percentual que envolve face e dentes, a exemplo do estudo de Lin et al. (2008a). Os autores constataram entre os 111.010 pacientes internados durante os anos 2000 e 2004, 5.886 casos de lesões faciais e dentárias, representando 5,3% dos pacientes atendidos. Para o trauma geral a principal causa foi a queda (48,1%), seguida por acidentes de trânsito (25,2%). Foi observada relação oposta para o trauma em região facial e dental, acidente de trânsito foi a principal causa em ambas as regiões (39,6%, 56,8%, respectivamente), seguido pelas quedas (32,1%, 26,7%, respectivamente).

Estes autores em análise da severidade e localização das lesões, utilizando a mesma fonte de dados e corte temporal, observaram que as lesões mais severas envolveram mais de um órgão, 63,2% dos pacientes atendidos tiveram traumas em face combinado com outros órgãos, e 25% das lesões faciais requereram cirurgia (LIN et al., 2008b).

Caldas; Magalhães; Américo (2010) apontam as lesões orofaciais como evento comum em Portugal. Em análise dos Laudos do Instituto Nacional de Medicina Legal, em 2007, os autores verificaram que a maior parte das vítimas era do sexo masculino, com média de 34,5 anos. As lesões mais freqüentes foram na região oral (57,7%), seguidas pelas lesões extra-orais (35,9%), a região gengival e de mucosa oral (29,2%), e os dentes e / ou lesões periodontais (17,5%).

Em relação às lesões dentárias associadas ao trauma facial, Da Silva et al. (2004) constaram que do total de 340 pacientes com lesão facial, 15,29% apresentaram lesão dentária, sendo as injurias mais freqüentes nos finais de semana (38,46%), no mês de outubro (15,38%) e relação entre os sexos masculino e feminino de 3,3/1.

Gulinell et al (2008) a partir da análise dos prontuários de pacientes atendidos pelo serviço de cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial da Faculdade de Odontologia de Araçatuba, entre os anos 1999 e 2005, constataram que do total de pacientes 6,5% tiveram lesões dentárias, a maioria era do sexo masculino (64,7%) e pertenciam a faixa etária entre 16 e 20 anos. Foram citadas como causas principais os acidentes de bicicleta (28,6%), moto (19,2%) e queda (18,8%).

Em estudo sobre a incidência, etiologia e gravidade do trauma facial em um serviço de pronto-socorro da Santa Casa de Misericórdia, São Paulo, realizado no período de junho a dezembro de 2003, Wulkan; Parreira Jr; Botter (2005) observaram que a violência interpessoal foi o mecanismo de trauma que resultou em um maior número de fraturas e contusões. O sexo mais acometido foi o masculino. Nas mulheres a faixa etária de maior ocorrência foi de 20 a 29 anos.

A predominância da agressão física como etiologia das lesões seguida por acidente com carro/moto, também foi constatada em análise dos prontuários de pacientes atendidos no pronto-socorro do Hospital da Asa Norte de Brasília realizada por Macedo et al (2007). A relação homem/mulher foi 3:1. O nariz foi o local mais acometido nas fraturas de face (76,8%).

Em seis anos de serviço de emergência Carvalho et al. (2010) apontaram a violência interpessoal como responsável pela maioria das lesões faciais, prevalendo entre as vítimas homens adultos jovens.

Resultados similares foram obtidos por Cavalcanti; Lima; Leite (2009), sendo constatada a agressão como principal causa de fraturas, houve um predomínio casos do gênero masculino, e a região nasal foi o sítio predominante de fraturas na face (58,4%). Um achado importante deste estudo foi a associação positiva entre a ocorrência de acidente automotivo e presença de lesão na cavidade bucal, com as vítimas de acidente automotivo apresentando duas vezes mais chances de sofrerem injúrias nessa região.

Camarini et al. (2004) observaram o mesmo em relação às fraturas da face, ou seja, a região da face mais acometida por fraturas foi a nasal, representando 20,6%. Neste estudo epidemiológico dos traumas bucomaxilofaciais, os autores analisaram os prontuários de pacientes atendidos na Universidade Estadual de Maringá-PR, no período de janeiro de 1997 a dezembro de 2003, tendo verificado que 67,8% das fraturas ocorreram em prontuários de pacientes do gênero

masculino, as faixas etárias mais freqüentes compreenderam dos 21 aos 30 anos com 28,5%.

Estudo retrospectivo realizado por Montovani et al. (2006), no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu, evidenciou como causa principal os acidentes com veículo automotores seguidos pela agressão física. O maior número de casos de sexo masculino (84,9%) foi observado. Fraturas mandibulares foram mais freqüentes (35%), seguida da zigomática (24%) e da nasal (23%).

Em estudo sobre os traumas maxilofaciais das vítimas atendidas em Belo Horizonte, Mota; Aguiar; Dutra (2001) concluíram que a etiologia mais importante foi o acidente de trânsito com 24,9% dos casos registrados, a faixa etária mais comumente atingida foi de 0 a 20 anos (59,1%), a maioria dos pacientes eram do sexo masculino (70%) e o maior número de lesões na face foram os traumatismos alvéolo-dentários (44,5%).

Acidentes com veículos também foi a causa predominante entre os casos estudados por Ramli et al. (2011). Os autores através de prontuários de pacientes que sofreram danos orais e maxilofaciais, atendidos pelo Departamento de Cirurgia Oral do Hospital de Seremban, Malásia, entre 1998 e 2002, observaram um maior número de registros de pacientes do sexo masculino (79,2%), sendo a lesão em tecido mole mais comum.

Estudos de acompanhamento são fundamentais para implementação de Políticas de redução de morbidades por causas externas, pois ocasionam o entendimento da frequência e as causas das lesões traumáticas, orientando intervenções eficazes pelos serviços de atendimento às vítimas.

No monitoramento das lesões maxilofaciais o estudo piloto de Tham; Calache; Cassell (2009), realizado por um período de 12 meses, investigou a viabilidade da criação de um sistema de vigilância de lesões oro-dentais. Nesse estudo os autores examinaram 340 prontuários de pacientes atendidos no Hospital de Melbourne, em Victoria, Austrália, com a finalidade de medir a frequência, causas e padrões das lesões oro-dentais. Os homens representaram 67% dos casos, três quartos dos casos tinha idade inferior a 24 anos, as causa mais freqüentes foram as quedas com menos de 1m e colisão com objetos, sendo frequentemente associados às atividades esportivas e de lazer. A partir deste estudo foi instituída a coleta

sistemática de dados provenientes dos serviços públicos de emergência para auxílio no planejamento dos serviços de prevenção e intervenção em lesões oro-dentais.

Os estudos sobre violência de gênero em especial evidenciaram índices alarmantes de agressões em mulheres, especialmente indicando grande incidência na região de cabeça, pescoço e face (GARBIN et al., 2006; GARCIA et al., 2008).

No estudo realizado por Deslandes; Gomes; Silva (2000) o cirurgião-dentista ocupou o segundo e terceiro lugar entre os atendimentos prestados as vítimas por especialistas, em dois hospitais de referência do Rio de Janeiro, o que reforça a importância do tema para a odontologia, visto que a face foi uma das regiões mais atingidas.

Avaliando a prevalência de lesões em mulheres, frente aos registros de lesão corporal da Delegacia de Defesa da Mulher de Araçatuba, São Paulo, Garbin et al. (2006) obtiveram como resultado maior ocorrência de agressões na infância e adolescência, apesar de ocorrerem em faixas etárias diversas, com predominância na região de cabeça e pescoço.

Em estudo sobre a associação entre violência por parceiro íntimo e lesões maxilofaciais, Saddki; Suhaim; Daud (2010) constataram que a maioria das vítimas apresentou lesão maxilofacial. Os autores salientam que o rosto por ser a parte mais visível do corpo contribui para auto-imagem e auto-estima do indivíduo, razões para que a face seja mais afetada são desconhecidas, porém pode ser do interesse do agressor, consciente ou inconscientemente, minar a auto-estima da vítima.

Estudo realizado por Chiaperini et al. (2009) analisou as lesões do complexo maxilo-mandibular de mulheres que submeteram-se a perícia médico-legal no Município de Ribeirão Preto, SP entre os anos de 1998 a 2002. A faixa etária mais afetada foi de 26 a 30 anos (19,9%), maior incidência das agressões foi observada entre mulheres brancas (76%), a região oral (20,6 %) foi a mais atingida, seguida pela região nasal (16,0 %), região infraorbital (15,0 %) e região interna da boca (14,2 %).

Em estudo semelhante realizado no IML de Belo Horizonte, no período de Janeiro de 2001 a junho de 2002, observaram que entre as mulheres que sofreram lesões corporais na região peribucal predominaram na faixa de 20 a 39 anos, solteiras e lidando com afazeres domésticos. A lesão de tecido mole mais freqüente foi a laceração, a de tecidos duros e da polpa foram as fraturas de esmalte e dentina

sem complicações, a de tecidos periodontais foi a concussão (REZENDE et al., 2007).

Na cidade de João Pessoa-PB foram analisadas lesões do complexo buco-maxilo facial em mulheres que sofreram violência doméstica entre setembro de 2004 e julho de 2005. A média de idade das vítimas foi de 30,1 anos, 73,9% tinham renda pessoal de até um salário mínimo e tinham classe social D e E (73,1%); 96,2% do agressor era do sexo masculino e 90,0% eram companheiro e ex-companheiro. A região mais atingida foi cabeça (51,5%), 41,1% atingiram a região orbitária, seguido da frontal (24,7%) e da oral (17,8%). Apenas 1,5% dos casos houve comprometimento dentário (RABELO e CALDAS JUNIOR, 2006).

## 2.7 Fatores associados aos traumas por agressão

A análise da violência requer o reconhecimento de um contexto social, por tratar-se de um fenômeno caracterizado pela relação social de imposição. Para a compreensão da violência, Ribeiro e Chaveiro (2007) destacam as relações complexas de poder construídas ao longo dos anos passando a significar qualquer ruptura da ordem ou qualquer emprego de meios para impor uma ordem.

Nos casos da agressão física existe uma característica peculiar, obedece a motivações e circunstâncias específicas, muito mais relacionadas com as interações e emoções entre as pessoas envolvidas do que com a oportunidade, mais relacionado ao poder e reconhecimento simbólico para o agressor do que com ganhos obtidos em roubos ou furtos (ZALUAR, 2009).

Convém lembrar os discursos sobre sexualidade e gênero vigentes, em culturas ocidentais, segundo Moore (2000) é a partir deles que se constroem mulheres e homens como tipos diferentes de indivíduos ou pessoas. Em geral, as pessoas do gênero masculino são retratadas como ativas, agressivas, impositivas e poderosas, enquanto as pessoas do gênero feminino são vistas como essencialmente passivas, fracas, submissas e receptivas.

Entretanto, conforme ressalta Nascimento, Gomes, Rebello (2009) o ser homem ou o ser mulher não se constitui apenas a partir de modelos de masculinidade e feminilidade, mas também são mediados pelas relações intersubjetivas.

Sendo assim, o comportamento tido como referência em um grupo de indivíduos condiciona o exercício de papéis e determina a agressão em represália a ameaça a auto-representação e avaliação social (MOORE, 2000). Entre homens a violência é reproduzida para afirmar-se como mais forte e impor respeito, ante as mulheres, para estabelecer o domínio/subordinação.

Nos estados Unidos mulheres jovens frequentemente são vítimas da violência física conhecida como violência por parceiro íntimo (VPI). Neste país a violência contra a mulher é a maior causa de mortalidade e morbidade entre mulheres, sendo verificados como fatores de risco a mulher ser jovem (OR 2,05), ter saúde mental regular ou ruim (OR 2,65), e ter sido agredida por ex-parceiro (OR 3.33) (WALTON-MOSS et al., 2005) .

Para identificação dos fatores associados a violência contra a mulher, em São Paulo e na Zona da Mata Pernambucana, d'Oliveira et al. (2009) apontam entre os fatores associados, em ambas as localidades, a escolaridade até oito anos, violência conjugal entre os pais da vítima, abuso sexual na infância, cinco ou mais gestações e problemas com bebidas. As diferenças culturais entre os locais estudados permitiu a constatação de diferenças na valorização do casamento e da castidade feminina. Na Zona da Mata Pernambucana, as mulheres em união estável e que relataram ter tido a primeira relação aos 15 anos de idade apresentaram maior vulnerabilidade à violência.

Em estudo transversal no Instituto Materno infantil de Recife, Silva et al. (2010) obtiveram uma prevalência de 27,5% de casos de violência entre as 619 mulheres com idade superior a 18 anos atendidas neste serviço de referência. Entre os fatores associados a este evento encontram-se o baixo nível de escolaridade (OR = 2.34), o histórico de violência doméstica (OR = 2.21), as mulheres apresentarem distúrbio mental (OR = 2.35) e consumo de álcool pelo parceiro (OR = 1.77).

Estudo realizado na Sérvia utilizando a mesma metodologia também constatou uma associação com a escolaridade, mostrando que as mulheres que tiveram apenas o primário e ensino médio foram mais propensas a sofrer VPI que as mulheres com ensino superior. Também foi verificado que as mulheres cujas mães foram espancadas pelo parceiro tiveram mais chances (OR 2,75) de sofrer este tipo de violência, bem como as que tiveram a primeira relação coagidas (OR 3,85). No entanto quando aplicado o modelo de regressão logística multivariada foram as características do parceiro que demonstraram associações com a VPI, tais como:

Consumo diário de álcool (OR 4,25), ter presenciado violência conjugal contra a mãe (OR 2,71), ter sofrido violência na infância (OR 3,14) (DJIKANOVIC; JANSEN; OTASEVIC, 2010).

Estes achados evidenciam uma necessidade já apontada pela literatura, que é a de tornar o homem autor da violência alvo das intervenções em saúde. Lima, Büchele, Clímaco (2008) enfatizam que trabalhos acadêmicos e intervenções sobre e com homens autores de violência contra as mulheres são uma realidade desde a década de 1980, principalmente em países como EUA, Canadá, Inglaterra e Austrália. No entanto, no Brasil, pesquisas que aliam homens e violência de gênero ainda são escassas.

Um achado comum entre os estudos recentes diz respeito ao uso de bebidas alcoólicas, apontado como de forte associação com a VPI em vários estudos (d'OLIVEIRA et al., 2009; DJIKANOVIC; JANSEN, OTASEVIC, 2010; SILVA et al., 2010; WALTON-MOSS, 2005;). Um em particular, realizado por Rabelo et al. (2007) chama atenção por constatar esta associação nos casos em que as mulheres sofreram lesões em face.

Entre as causas mais comuns de trauma maxilofacial Lin et al. (2007) baseando-se no registro Nacional de trauma em Israel, constaram um maior número de casos envolvendo acidentes com veículos de transporte (41%) seguido por quedas (27%) e agressões (23%).

Na Malásia também foi evidenciada uma maior prevalência de trauma em consequência de acidentes com veículos motores, conforme estudo retrospectivo realizado por Ramli et al. (2011), entre 1998 e 2002, a partir de dados dos pacientes com lesões Maxilofaciais atendidos no Departamento de Cirurgia Oral do Seremban Hospital.

Levin et al. (2010) analisaram a relação entre os traumas maxilofaciais e o status socio-econômico, com base nos casos de hospitalização que constaram no Registro Nacional de trauma em Israel e dados socio-econômicos das localidades em estudo, no período de janeiro de 2003 a dezembro de 2005. Os resultados apontaram uma menor taxa de lesões nas localidades de melhores condições socio-econômicas.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral:**

Estudar os traumas buco-maxilofaciais por agressão, com ênfase na diferença entre os gêneros, a partir dos registros de lesão corporal do Núcleo de Medicina e Odontologia Legal de Campina Grande - PB.

#### **3.2 Objetivos específicos:**

- Verificar a ocorrência de agressão e distribuição das lesões em ambos os gêneros;
- Conhecer o perfil das vítimas de trauma maxilofacial;
- Verificar a distribuição dos casos conforme circunstância da agressão, instrumento utilizado, comprometimento tecidual, dia da semana e horário da ocorrência dos traumas maxilofaciais;
- Identificar o gênero e o grau de envolvimento do agressor com a vítima;
- Verificar a distribuição das lesões segundo região da face;
- Verificar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre o gênero das vítimas com: os dados sociodemográficos, circunstância da agressão, sexo e sujeito agressor, instrumento utilizado, comprometimento tecidual, dia da semana e horário da ocorrência.

### **4. HIPÓTESE**

Existe diferença estatisticamente significativa na prevalência de traumas maxilofaciais por agressão entre vítimas do gênero masculino e feminino, examinadas no Núcleo de Medicina e Odontologia Legal de Campina Grande – PB. As diferenças entre os gêneros são percebidas conforme as características da vítima, as circunstâncias e os mecanismos implicados na violência interpessoal, dia, mês e horário do evento.

## 5 METODOLOGIA

### 5.1 Método de abordagem, procedimento e tipo de estudo

Foi realizado um estudo transversal retrospectivo de observação indireta, por meio da análise de laudos de lesão corporal do Núcleo de Medicina e Odontologia Legal (NUMOL) de Campina Grande-PB.

Os laudos foram submetidos à avaliação, por meio de um formulário especificamente elaborado (Apêndice A), para anotação de dados relativos ao estudo de violência contra a mulher.

A elaboração do formulário foi conduzida mediante a consulta inicial da requisição policial e dos laudos de lesão corporal, utilizados como fonte dos dados, nos quais constavam, respectivamente, os dados sócio-demográficos, descrição, sede e localização das lesões. Este procedimento foi útil para adequar a classificação das variáveis empregadas neste estudo.

### 5.2 Considerações éticas

Conforme determinação Resolução CNS/MS 196, a qual regulamenta a ética na pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil, o estudo foi registrado no Sistema Nacional de Informação sobre Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (SISNEP) e submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba sendo aprovado com o registro CAAE N° 02266.0.133.000-10.

O projeto desta pesquisa foi encaminhado junto com um modelo de termo de responsabilidade do pesquisador e um termo de consentimento livre e esclarecido. Visto que a coleta de dados foi realizada por meio de prontuários, o termo de consentimento foi dirigido aos responsáveis pela guarda destes documentos, considerando-se a inviabilidade da busca de assinatura das vítimas das agressões, uma vez que muitos já não residem nos endereços dos prontuários e outros se sentiriam invadidos na sua privacidade relembrando situações de conflito ocorridas tempos atrás.

### 5.3 Caracterização do local de estudo – NUMOL

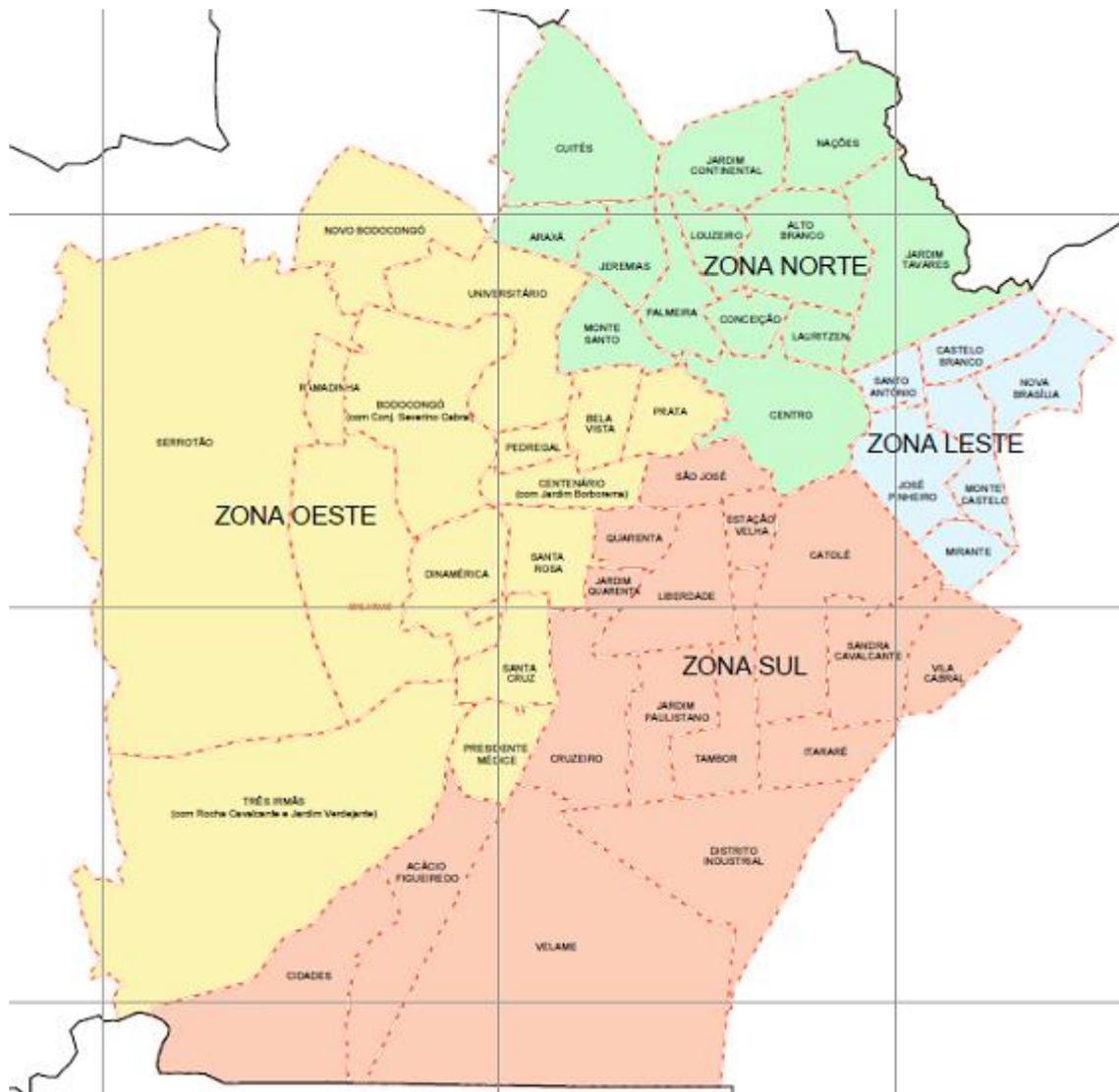
O NUMOL é um órgão do Instituto de Polícia Científica, ligado à Secretaria de Segurança Pública e Defesa Social do Estado da Paraíba. Em todo Estado existem quatro Núcleos: João Pessoa, Campina Grande, Guarabira e Patos. O NUMOL de Campina Grande recebe vítimas da região da Borborema.

Na Borborema situa-se a Região Metropolitana de Campina Grande, instituída pela Lei Complementar nº 92 de 11 de dezembro de 2009, definindo com integrantes os municípios de Lagoa Seca, Massaranduba, Alagoa Nova, Boqueirão, Queimadas, Esperança, Barra de Santana, Caturité, Boa Vista, Areial, Montadas, Puxinanã, São Sebastião da Lagoa de Roça, Fagundes, Gado Bravo, Aroeiras, Itatuba, Ingá, Riachão de Bacarnarte, Serra Redonda, Matinhas e Pocinhos (PARAÍBA, 2009).

O município de Campina Grande, tem uma área total de 594,179 km<sup>2</sup>, a população residente chega a 385.213 habitantes, sendo 182.205 homens e 203.008 mulheres (IBGE, 2010).

Considerou-se neste estudo todos os casos registrados no NUMOL-CG, as vítimas residentes na cidade de Campina Grande foram analisadas por bairro (Figura1) visto que a classificação por renda deu-se a partir da renda média do bairro conforme estabelecido no Censo 2000 do IBGE (Quadro 1).

**Figura 1 – Mapa da divisão de bairro de Campina Grande**



Fonte: PMCG - SEPLAN/ 2010

Divisão de bairros - Lei Nº 1.542/87 de 06/05/87

<b>Bairro</b>	<b>Valor do rendimento nominal médio mensal dos responsáveis pelos domicílios particulares permanentes (R\$)</b>
Acácio Figueirêdo	314,20
Alto Branco	1.319,88
Araxá	293,28
Bela Vista	1.002,07
Bodocongó	525,51
Castelo Branco	578,59
Catolé	970,18
Centenário	602,89
Centro	1.351,87
Cidades	177,44
Conceição	718,69
Cruzeiro	536,53
Cuités	358,26
Dinamérica	836,73
Distrito Industrial	210,16
Estação Velha	346,74
Itararé	1.229,38
Jardim Continental	260,43
Jardim Paulistano	804,89
Jardim Tavares	2.205,57
Jeremias	240,13
José Pinheiro	385,55
Lauritzen	1.681,25
Liberdade	570,19
Louzeiro	383,97
Malvinas	343,41
Mirante	3.517,47
Monte Castelo	275,88
Monte Santo	362,04
Nações	1.989,67
Nova Brasília	417,65
Novo Bodocongó	258,75
Palmeira	815,21
Pedregal	206,11
Prata	1.718,50
Presidente Médice	623,85
Quarenta	535,12
Ramadinha	233,38
Sandra Cavalcante	1.024,63
Santa Cruz	507,59
Santa Rosa	432,27
Santo Antonio	1.024,92
São José	983,21
Serrotão	195,48
Tambor	551,92
Três Irmãs	375,30
Universitário	1.559,22
Velame	333,92
Vila Cabral	280,44
Sem Especificação(1)	243,04

**Quadro 1 - Renda média mensal por bairro de Campina Grande- PB.**

Fonte: Censo IBGE, 2000

#### 5.4 Universo e amostra

O Universo compreendeu todos os laudos de lesão corporal por agressão física, no ano de 2010, janeiro a dezembro. Foi dada ênfase à análise comparativa dos casos de trauma maxilofacial nos gêneros masculino e feminino.

#### 5.5 Variáveis de interesse do estudo

Foram adotados como variáveis os dados socio-demográficos das vítimas: gênero, faixa etária, bairro, situação conjugal, escolaridade e ocupação; dados do agressor (sexo e envolvimento com a vítima); especificações quanto às ocorrências, incluindo dados relativos a dinâmica da agressão (circunstâncias e instrumento utilizado) e ao momento em que ocorreu (dia, horário, comprometimento tecidual e região do corpo e da face atingida). As classificações adotadas em cada variável encontraram-se resumidas no quadro 2.

Para análise descritiva dos casos foi adotada como variável dependente a agressão física, tendo como variáveis independentes a faixa etária, a situação conjugal, a escolaridade e ocupação da vítima, a circunstância da agressão, o sexo do agressor, bem como o grau de envolvimento do agressor com a vítima (sujeito agressor), o instrumento utilizado, dia da semana, mês de ocorrência, período do dia, tipo de trauma e região afetada do corpo e da face.

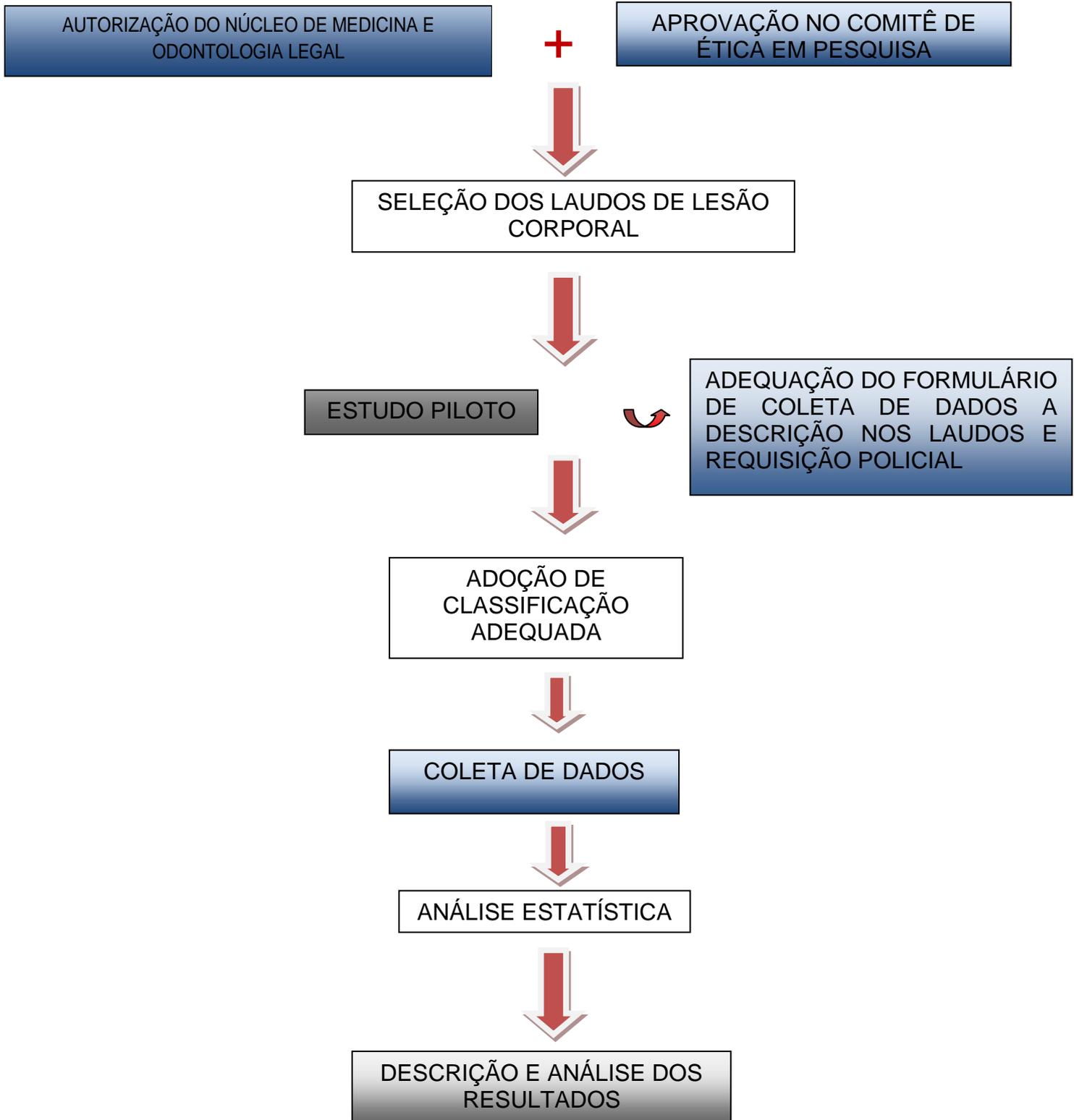
Para efeito da análise dos traumas maxilofaciais a partir dos gêneros (estatística analítica), foi realizada uma análise comparativa entre os grupos, masculino e feminino, observando a significância estatística das diferenças constatadas em cada categoria das variáveis independentes.

A caracterização das vítimas neste estudo visa a compreensão de prevalências entre grupos adotados para análise, neste caso específico entre os gêneros. Esta análise viabiliza o reconhecimento da relação entre a distribuição do evento e as características socio-culturais da população estudada. Estes dados aliados a caracterização dos agressores, podem elucidar as questões implicadas na dinâmica da agressão (circunstâncias, uso de instrumento) como determinantes para maior ou menor gravidade das lesões (comprometimento tecidual), reconhecendo as particularidades inerentes as identidades masculinas e femininas, envolvidas no desfecho.

**Quadro 2. Tipos e descrição das variáveis estudadas**

<b>Variável</b>	<b>Descrição</b>
IDADE (em anos)	0 - acima de 60 anos (divisão em décadas)
LOCALIZAÇÃO DAS VÍTIMAS	Campina Grande-Região Metropolitana-Outras cidades
SITUAÇÃO CONJUGAL	Solteira/Viúva/Separada-Casada/União estável
ESCOLARIDADE	Ensino fundamental incompleto- Ensino fundamental- Ensino médio - Ensino superior
OCUPAÇÃO* *Com base no Código Brasileiro de Ocupações (CBO), sendo adaptado conforme os respectivos setores de trabalho	Segurança, gerência, comércio, agricultura, indústria, profissionais de nível superior, profissionais de nível médio, trabalhadores administrativos, trabalhadores dos serviços. Foram acrescentadas as categorias informal, autônoma, do lar, aposentada e estudante.
RENDA MÉDIA* *Adotada para as vítimas residentes em campina Grande.	Até 1 salário mínimo- Entre 1 e 2 salários mínimos Mais de 2 salários mínimos.
CIRCUNSTANCIA DA AGRESSÃO- Etiologia	Conflitos com membros do grupo familiar (definição de consagüinidade direta), Conflitos com indivíduos externos ao grupo familiar
SEXO DO AGRESSOR	Feminino - Masculino
SUJEITO AGRESSOR	Companheiro/Namorado-Ex-companheiro/Ex namorado-Familiar-Conhecido-Estranho
INSTRUMENTO UTILIZADO	Agressões nuas (socos, empurrões, pontapés) Instrumentalizadas (arma branca, arma de fogo, pauladas, pedradas) Mista (mais de um dos mecanismos citados)
DIA DA OCORRÊNCIA	Dias úteis, finais de semana
HORÁRIO DA OCORRÊNCIA	Diurno (06:00 - 17:59), Noturno (18:00 - 05:59)
TIPO DE LESÃO	Tecido mole-Fratura -Dentoalveolar-Outros (casos de maior gravidade, como seqüelas, ex.: TCE e outros traumas com comprometimento neurológico)
REGIÃO DO CORPO* *Conforme Fávero (1975)	Cabeça- Pescoço- Membro superior-Membro inferior-Tronco- Mais de um
REGIÃO DA CABEÇA* *Conforme França (1987)	Frontal - Nasal - Orbital- Zigomática - Mandibular - Mentoniana- De bochecha - Oral- Interna da boca- Língua-Dentes-Gengiva-Mais de uma.

## 5.6 Fluxograma do estudo



## 5.7 Métodos estatísticos

Para análise dos dados foram obtidas distribuições absolutas, percentuais (Técnicas de estatística descritiva). A técnica de estatística inferencial envolveu a utilização do teste Qui-quadrado de Pearson ou o teste Exato de Fisher quando as condições para o teste Qui-quadrado não foram verificadas. No estudo da associação entre o sexo da vítima com as outras variáveis foram obtidos a razão das Chances (OR) considerando-se como base a primeira ou a última ou a primeira categoria das variáveis independentes.

A digitação dos dados foi realizada na planilha EXCEL e os cálculos estatísticos foram realizados através do programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) na versão 15. A margem de erro utilizada na decisão dos testes estatísticos foi 5,0%.

## 6 RESULTADOS

Foram examinados 1704 laudos de agressão física, acompanhados do mesmo número de boletins de ocorrência, sendo 883 casos de vítimas do gênero feminino e 821 do gênero masculino. Destes, avaliados 762 apresentavam trauma maxilofacial por agressão, 408 (53,5%) laudos eram de vítimas do gênero feminino e 354 (46,5%) do gênero masculino. Conforme consta na tabela 1.

Tabela 1 – Tabela 1 – Análise da distribuição das vítimas de agressão por região do corpo atingida e presença de trauma maxilofacial, segundo o gênero. Campina Grande-PB 2011.

Variável	Gênero				Grupo Total		Valor de p	OR (IC á 95%)
	Feminino		Masculino					
	n	%	n	%	N	%		
<b>• Região do corpo atingida</b>								
Cabeça	195	22,1	238	20,1	433	25,4	p <sup>(1)</sup> < 0,001*	1,00
Pescoço	14	1,6	11	1,3	25	1,5		1,55 (0,69 a 3,50)
Membro superior	139	15,7	108	13,2	247	14,5		1,57 (1,15 a 2,15)
Membro inferior	38	4,3	43	5,3	81	4,8		1,08 (0,67 a 1,74)
Tronco	41	4,6	103	12,6	144	8,5		0,49 (0,32 a 0,73)
Mais de uma região	456	51,7	316	38,9	772	45,4		1,76 (1,39 a 2,23)
<b>TOTAL<sup>(2)</sup></b>	<b>883</b>	<b>100,0</b>	<b>819</b>	<b>100,0</b>	<b>1702</b>	<b>100,0</b>		
<b>• Face afetada</b>								
Sim	408	46,2	354	43,1	762	44,7	p <sup>(1)</sup> = 0,200	1,13 (0,94 a 0,37)
Não	475	53,8	467	56,9	942	55,3		
<b>TOTAL</b>	<b>883</b>	<b>100,0</b>	<b>821</b>	<b>100,0</b>	<b>1704</b>	<b>100,0</b>		

(\*): Diferença significativa ao nível de 5,0%.

(1): Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

(2): Para dois pesquisados esta informação não está disponível.

A maioria dos laudos avaliados tratava-se de indivíduos na faixa etária de 20 a 29 anos (38,7%). A média de idade das vítimas foi de 29,78 anos (desvio padrão de 13,33, variação de 1 a 90 anos). Prevaleceu o estado civil solteiro(a), viúvo(a) ou separado(a) (62,3%). No que diz respeito à escolaridade o maior percentual foi de indivíduos que tinham o ensino fundamental incompleto (38,2%), prevaleceu a renda de até um salário mínimo (33,9%) e a ocupação mais prevalente foi de estudante (18,6%). Como pode ser observado na tabela 2.

Tabela 2 – Distribuição das vítimas de agressão segundo os dados sócio-econômicos e demográficos. Campina Grande-PB 2011.

Variável	n	%
<b>TOTAL</b>	<b>762</b>	<b>100,0</b>
<b>• Gênero</b>		
Feminino	408	53,5
Masculino	354	46,5
<b>• Faixa etária (em anos)</b>		
0 a 9	15	2,0
10 a 19	141	18,9
20 a 29	290	38,7
30 a 39	151	20,2
40 a 49	94	12,6
50 a 59	32	4,3
60 ou mais	25	3,3
<b>• Situação conjugal</b>		
Solteiro/Viúvo/Separado	474	62,3
Casado/União estável	264	34,6
Não informado	24	3,1
<b>• Escolaridade</b>		
Não alfabetizado	45	5,9
Ensino fundamental incompleto	291	38,2
Ensino fundamental	112	14,7
Ensino médio	120	15,7
Ensino superior	34	4,5
Não informado	160	21,0
<b>• Renda</b>		
Até 1 salário	258	33,9
Entre 1 a 2 salários	141	18,5
Maior que 2 salários	53	7,0
Não informado	310	40,6
<b>• Ocupação</b>		
Dirigente/ Gerente	32	4,2
Profissional de nível superior	24	3,1
Profissional de nível médio	24	3,1
Venda/ Serviços	140	18,4
Agricultura	105	13,8
Indústria	65	8,5
Do lar	86	11,3
Aposentado/ Desempregado	26	3,4
Estudante	141	18,6
Informal/ Autônomo/ Funcionalismo	31	4,1
Não informado	88	11,5

As circunstâncias em que ocorreu o evento em sua maioria envolveram indivíduos externos ao grupo familiar (74,8%). A maior parte dos agressores era do gênero masculino (69%) e conhecido das vítimas (40,2%). Em relação ao mecanismo de agressão o maior percentual de casos foi observado em agressões nuas, através de tapas, empurrões, puxões ou chutes (83,4%), seguido pelas agressões instrumentalizadas (11,3%), com o emprego de arma de fogo, arma branca, pedradas, pauladas. Conforme pode ser observado na Tabela 3.

Tabela 3 – Distribuição das vítimas de trauma maxilofacial por agressão segundo a circunstância da agressão, sexo do agressor, sujeito agressor e instrumento utilizado. Campina Grande-PB 2011.

Variável	n	%
<b>TOTAL</b>	<b>762</b>	<b>100,0</b>
<b>• Circunstância da agressão</b>		
Indivíduos do grupo familiar	164	21,5
Indivíduos externos ao grupo familiar	570	74,8
Não informado	28	3,7
<b>• Sexo do agressor</b>		
Feminino	182	23,9
Masculino	526	69,0
Ambos	16	2,1
Não informado	38	5,0
<b>• Sujeito agressor</b>		
Companheiro/ Namorado	108	14,2
Ex-companheiro/ Ex-namorado	72	9,4
Familiar	72	9,4
Conhecido	306	40,2
Estranho	170	22,3
Não informado	34	4,5
<b>• Instrumento utilizado</b>		
Agressão nua	635	83,4
Agressão instrumentalizada	86	11,3
Mista	27	3,5
Não informado	14	1,8

Os eventos de agressão que resultaram em trauma maxilofacial tiveram maior ocorrência em dias úteis (64%). Percebeu-se uma distribuição homogênea ao longo do ano, sendo o mês de outubro o período do ano com o maior número de registros (81/10,7%). Quanto ao período do dia foi constatado maior registro no período noturno (47,6%). Esses dados podem ser observados na Tabela 4.

Tabela 4 – Distribuição das vítimas de trauma maxilofacial por agressão segundo o dia, mês e horário da agressão. Campina Grande-PB 2011.

Variável	n	%
<b>TOTAL</b>	<b>762</b>	<b>100,0</b>
<b>• Dia da semana que ocorreu a agressão</b>		
Dias úteis	488	64,1
Final de semana	264	34,6
Não informado	10	1,3
<b>• Mês da semana que ocorreu a agressão</b>		
Janeiro	55	7,2
Fevereiro	61	8,0
Março	70	9,2
Abril	69	9,1
Maior	59	7,7
Junho	58	7,6
Julho	52	6,8
Agosto	65	8,5
Setembro	45	5,9
Outubro	81	10,7
Novembro	76	10,0
Dezembro	61	8,0
Não informado	10	1,3
<b>• Horário da agressão</b>		
Diurno	351	46,1
Noturno	363	47,6
Não informado	48	6,3

Conforme observamos na tabela 5, a maior parte dos traumas comprometeu apenas tecido mole (93%), sendo poucos os registros de trauma alveolar (1,8%). A região de maior ocorrência foi a orbital (19,6%), seguida da oral (9,7%) e frontal (8,5%). O lado direito foi o mais afetado (29%).

Tabela 5 – Distribuição das vítimas de trauma maxilofacial por agressão segundo comprometimento tecidual, região da cabeça e lado afetado. Campina Grande-PB 2011.

Variável	n	%
<b>TOTAL</b>	<b>762</b>	<b>100,0</b>
<b>• Trauma</b>		
Tecido mole	708	93
Fratura óssea	32	4,2
Trauma alveolar	14	1,8
Outros	8	1,0
<b>• Região da Face</b>		
Frontal	65	8,5
Nasal	41	5,4
Orbital	150	19,6
Zigomática	29	3,8
Mandibular	11	1,4
Mentoniana	4	0,5
De bochecha	23	3,0
Oral	74	9,7
Dentes	4	0,5
Mais de uma	12	1,6
<b>• Lado afetado</b>		
Esquerdo	219	28,7
Direito	221	29,0
Bilateral	111	14,6
Frontal	66	8,7
Não informado	145	19,0

Entre os gêneros foi observada ligeira diferença na distribuição por faixa etária, situação conjugal e escolaridade. A maior diferença percentual foi registrada no nível de escolaridade correspondente ao ensino fundamental incompleto, com valor 8,1% mais elevado entre os pesquisados do gênero feminino em relação ao masculino, não sendo estatisticamente significativa ( $p > 0,05$ ) para a margem de erro fixada (5,0%). Para a renda foi constatada uma diferença significativa entre os gêneros ( $p=0,012$ ), com valores maiores na categoriai menos de 1 salário mínimo, em que as mulheres foram mais prevalentes. Conforme mostra a Tabela 6.

Tabela 6 – Análise da associação entre gênero das vítimas de trauma maxilofacial por agressão e faixa etária, situação conjugal, escolaridade e renda. Campina Grande-PB 2011.

Variável	Gênero				Grupo Total		Valor de p	OR (IC à 95%)
	Feminino		Masculino					
	n	%	n	%	n	%		
<b>• Faixa etária</b>								
0 a 9	8	2,0	7	2,0	15	2,0	p <sup>(1)</sup> = 0,053	2,43 (0,65 a 9,07)
10 a 19	77	19,0	64	18,7	141	18,9		2,56 (1,04 a 6,31)
20 a 29	163	40,1	127	37,1	290	38,8		2,73 (1,14 a 6,52)
30 a 39	90	22,2	61	17,8	151	20,2		3,13 (1,27 a 7,72)
40 a 49	49	12,1	45	13,2	94	12,6		2,31 (0,91 a 5,88)
50 a 59	11	2,7	21	6,1	32	4,3		1,11 (0,37 a 3,88)
60 ou mais	8	2,0	17	5,0	25	3,3		1,00
<b>TOTAL</b>	<b>406</b>	<b>100,0</b>	<b>342</b>	<b>100,0</b>	<b>748</b>	<b>100,0</b>		
<b>• Situação conjugal</b>								
Solteiro	265	65,8	209	62,4	474	64,2	p <sup>(1)</sup> = 0,342	1,16 (0,86 a 1,57)
Casado	138	34,2	126	37,6	264	35,8		1,00
<b>TOTAL</b>	<b>403</b>	<b>100,0</b>	<b>335</b>	<b>100,0</b>	<b>738</b>	<b>100,0</b>		
<b>• Escolaridade</b>								
Analfabeto	20	6,4	25	8,7	45	7,5	p <sup>(1)</sup> = 0,310	1,01 (0,41 a 2,48)
Fundamental incompleto	164	52,2	127	44,1	291	48,3		1,64 (0,80 a 3,35)
Fundamental	57	18,2	55	19,1	112	18,6		1,31 (0,61 a 2,84)
Médio	58	18,5	62	21,5	120	19,9		1,18 (0,55 a 2,55)
Superior	15	4,8	19	6,6	34	5,6		1,00
<b>TOTAL</b>	<b>314</b>	<b>100,0</b>	<b>288</b>	<b>100,0</b>	<b>602</b>	<b>100,0</b>		
<b>• Renda do bairro</b>								
Até um salário	156	60,5	102	39,5	258	100,0	p <sup>(1)</sup> = 0,012*	1,00 (0,79 a 1,27)
Maior que 1 a 2 salários	64	45,4	77	54,6	141	100,0		0,75 (0,57 a 1,00)
Maior que 2 salários	32	60,4	21	39,6	53	100,0		1,00
<b>TOTAL</b>	<b>252</b>	<b>55,8</b>	<b>200</b>	<b>44,2</b>	<b>452</b>	<b>100,0</b>		

(\*): Diferença significativa ao nível de 5,0%.

(1): Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

Foi constatada diferença estatisticamente significativa ( $p < 0,001$ ), ao nível de 5%, na associação entre gênero da vítima e: circunstâncias da agressão, gênero do agressor, sujeito agressor e instrumento utilizado. Como pode ser constatado na tabela 7.

Na análise da associação entre o gênero da vítima e as circunstâncias da agressão, percebeu-se um maior percentual de casos de agressão em conflitos no grupo familiar entre as vítimas do gênero feminino em relação às vítimas do gênero masculino (32,6% x 10,4%).

Para o gênero do agressor constatou-se maior percentual de vítimas do gênero feminino, quando comparadas às vítimas do gênero masculino, agredidas

por indivíduos do gênero feminino (37,1% x 11,1%) e ambos os gêneros (2,6% x 1,8%).

Quanto ao grau de envolvimento do agressor com a vítima, a maior diferença constatada entre os gêneros deu-se quando o sujeito agressor era um estranho, com valores percentuais maiores para a vítima do gênero masculino em relação ao feminino (42,5% x 7,1%). Para as vítimas do gênero feminino um maior percentual, em relação às vítimas do gênero masculino, foi constatado quando o agressor era um companheiro (23,9% x 4,2%).

Foi observado em relação ao instrumento utilizado um percentual maior de vítimas do gênero feminino lesadas por agressões nuas em relação às vítimas do gênero masculino (89,8% x 79,1%).

Tabela 7 – Análise da associação entre gênero das vítimas de trauma maxilofacial por agressão e circunstância da agressão, sexo do agressor, sujeito agressor e instrumento utilizado. Campina Grande-PB 2011.

Variável	Gênero				Grupo Total		Valor de p	OR (IC á 95%)	
	Feminino n	Feminino %	Masculino n	Masculino %					
<b>• Circunstância da agressão</b>									
Indivíduos do grupo familiar	129	32,6	35	10,4	164	22,3	p <sup>(1)</sup> < 0,001*	4,18 (2,78 a 6,29)	
Indivíduos externos ao grupo familiar	267	67,4	303	89,6	570	77,7			1,00
<b>TOTAL</b>	<b>396</b>	<b>100,0</b>	<b>338</b>	<b>100,0</b>	<b>734</b>	<b>100,0</b>			
<b>• Sexo do agressor</b>									
Feminino	145	37,0	37	11,1	182	25,1	p <sup>(1)</sup> < 0,001*	2,35 (0,80 a 6,89)	
Masculino	236	60,4	290	87,1	526	72,7			0,49 (0,17 a 1,36)
Ambos	10	2,6	6	1,8	16	2,2			1,00
<b>TOTAL</b>	<b>391</b>	<b>100,0</b>	<b>333</b>	<b>100,0</b>	<b>724</b>	<b>100,0</b>			
<b>• Sujeito agressor</b>									
Companheiro/ Namorado	94	23,9	14	4,2	108	14,8	p <sup>(1)</sup> < 0,001*	**	
Ex-companheiro/ Ex-namorado	65	16,5	7	2,1	72	9,9		**	
Familiar	46	11,7	26	7,8	72	9,9		8,97 (4,78 a 16,83)	
Conhecido	161	40,8	145	43,4	306	42,0		5,63 (3,54 a 8,95)	
Estranho	28	7,1	142	42,5	170	23,4		1,00	
<b>TOTAL</b>	<b>394</b>	<b>100,0</b>	<b>334</b>	<b>100,0</b>	<b>728</b>	<b>100,0</b>			
<b>• Instrumento utilizado</b>									
Agressão nua	362	89,9	273	79,2	635	84,9	p <sup>(1)</sup> < 0,001*	1,93 (0,88 a 4,22)	
Agressão instrumentalizada	30	7,4	56	16,2	86	11,5			0,78 (0,32 a 1,89)
Mista	11	2,7	16	4,6	27	3,6			1,00
<b>TOTAL</b>	<b>403</b>	<b>100,0</b>	<b>345</b>	<b>100,0</b>	<b>748</b>	<b>100,0</b>			

(\*): Diferença significativa ao nível de 5,0%.

(\*\*): Não foi determinado devido a ocorrência de intervalo muito amplo.

(1): Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

Na tabela 8 é observada a associação entre os gêneros com o dia e horário da ocorrência e o mês do ano, neste caso a distribuição das vítimas mostrou-se homogênea. Não havendo diferença estatisticamente significativa.

Tabela 8 – Análise da associação entre gênero das vítimas de trauma maxilofacial por agressão e dia, mês e horário de ocorrência. Campina Grande-PB 2011.

Variável	Gênero				Grupo Total		Valor de p	OR (IC á 95%)
	Feminino		Masculino					
	n	%	n	%	n	%		
<b>• Dia</b>								
Dias úteis	270	67,2	218	62,3	488	64,9	p <sup>(1)</sup> = 0,162	1,24 (0,92 a 1,67)
Final de semana	132	32,8	132	37,7	264	35,1		
<b>TOTAL</b>	<b>402</b>	<b>100,0</b>	<b>350</b>	<b>100,0</b>	<b>752</b>	<b>100,0</b>		
<b>• Mês</b>								
Janeiro	34	8,5	21	6,0	55	7,3	p <sup>(1)</sup> = 0,234	1,57 (0,75 a 3,28)
Fevereiro	26	6,5	35	10,0	61	8,1		
Março	32	8,0	38	10,9	70	9,3		
Abril	35	8,7	34	9,7	69	9,2		
Maiο	29	7,2	30	8,6	59	7,8		
Junho	34	8,5	24	6,9	58	7,7		
Julho	29	7,2	23	6,6	52	6,9		
Agosto	34	8,5	31	8,9	65	8,6		
Setembro	26	6,5	19	5,4	45	6,0		
Outubro	41	10,2	40	11,3	81	10,9		
Novembro	51	12,5	25	7,1	76	10,1		
Dezembro	31	7,7	30	8,6	61	8,1		
<b>TOTAL</b>	<b>402</b>	<b>100,0</b>	<b>350</b>	<b>100,0</b>	<b>752</b>	<b>100,0</b>		
<b>• Horário</b>								
Diurno	189	49,6	162	48,6	351	49,2	p <sup>(1)</sup> = 0,798	1,04 (0,77 a 1,39)
Noturno	192	50,4	171	51,4	363	50,8		
<b>TOTAL</b>	<b>381</b>	<b>100,0</b>	<b>333</b>	<b>100,0</b>	<b>714</b>	<b>100,0</b>		

(\*\*): Não foi possível determinar devido à ocorrência de frequência muito baixa.

(1): Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

(2): Através do teste Exato de Fisher.

Foi possível constatar associação significativa entre gênero e comprometimento tecidual ( $p < 0,001$ ). Percentual maior de vítimas do gênero feminino (96,3% x 89,0), comparado com as vítimas do gênero masculino, foi observado em relação aos traumas em tecido mole. Vítimas de gênero masculino tiveram maior percentual que as do gênero feminino para as fraturas (6,8% x 2,0%). Para o lado afetado não houve diferença significativa (Tabela 9).

Tabela 9 – Análise da associação entre gênero das vítimas de trauma maxilofacial por agressão e comprometimento tecidual, lado afetado da cabeça. Campina Grande-PB 2011.

Variável	Gênero				Grupo Total		Valor de p	RP (IC á 95%)
	Feminino		Masculino					
	n	%	n	%	n	%		
<b>• Tipo de trauma</b>								
Tecido mole	393	96,3	315	88,9	708	93	p <sup>(1)</sup> < 0,001*	**
Fratura óssea	8	2,0	24	6,8	32	4,2		**
Trauma alveolar	7	1,7	7	2,0	14	1,8		**
Outros	-	-	8	2,3	8	1,0		**
<b>TOTAL</b>	<b>408</b>	<b>100,0</b>	<b>354</b>	<b>100,0</b>	<b>762</b>	<b>100,0</b>		
<b>• Lado da cabeça afetado pelo</b>								
<b>Trauma</b>	113	28,8	106	33,7	219	30,9	p <sup>(2)</sup> = 0,891	1,00
Esquerdo	116	29,5	105	33,3	221	31,2		1,04 (0,71 a 1,51)
Direito	62	15,8	49	15,6	111	15,7		1,19 (0,75 a 1,88)
Bilateral	36	9,2	30	9,5	66	9,3		1,13 (0,65 a 1,96)
Frontal	327	83,2	290	92,1	617	87,1		1,06 (0,78 a 1,44)
<b>TOTAL</b>	<b>393</b>	<b>100,0</b>	<b>315</b>	<b>100,0</b>	<b>708</b>	<b>100,0</b>		

(\*): Diferença significativa ao nível de 5,0%.

(\*\*): Não foi possível determinar devido à ocorrência de frequência nula.

(1): Através do teste Exato de Fisher.

(2): Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

## 7 DISCUSSÃO

Inicialmente faz-se necessário apontar algumas limitações quanto à metodologia adotada neste estudo. Em primeiro lugar, em se tratando de morbidade, a limitação quanto ao uso de laudos de lesão corporal diz respeito aos casos que não demonstram potencial de lide no meio jurídico, ou não requerem, no entendimento da vítima, alguma medida de proteção a sua vida ou integridade física. Sendo assim, nem todos os casos são registrados pela Polícia, havendo uma cifra oculta de criminalidade e subestimação de riscos. Em segundo lugar, em que pese a questão de gênero, embora os resultados epidemiológicos estejam carregados de significados, faz-se necessário um estudo aprofundado em relação à representação social para melhor compreensão dos determinantes sociais implicados nas diferenças entre os gêneros, que justificam as diferenças encontradas no comprometimento físico que a violência acarreta. Por fim, outro aspecto a ser considerado refere-se aos dados secundários, pelo fato dos registros incompletos comprometerem a elucidação da totalidade dos casos, acarretando perdas de informações e dificuldades na consolidação dos achados.

Neste estudo foi adotada a abordagem epidemiológica, acolhendo noções de outras áreas de conhecimento como o Direito e a Sociologia.

A importância dos inquéritos epidemiológicos está na possibilidade de compreender como um determinado evento se manifesta na população estudada. Em se tratando da violência, análises tendo em vista a caracterização sociodemográfica dos indivíduos expostos, suscita questões de âmbito social que poderão ser apontadas como relevantes e elucidadas por teorias aplicadas às ciências sociais.

No caso específico da análise com ênfase nos gêneros, a importância recai no reconhecimento de padrões comportamentais, adotados conforme a representação social das identidades masculina e feminina.

Outro ponto que motivou a realização deste tipo de estudo diz respeito ao conhecimento das dimensões do problema, essencial no processo de planejamento de ações e monitoramento da violência, sobretudo no caso de agressões em mulheres em que o constrangimento ou o não reconhecimento de que se trata de uma violência, muitas vezes encobre os dados reais da vitimização neste grupo.

A discussão do presente estudo será apresentada em quatro seções. Na primeira serão apresentados os dados gerais da violência física (agressão) em ambos os gêneros, reconhecendo a distribuição das lesões no corpo; na segunda seção constará a caracterização socio-econômica e demográfica dos indivíduos que apresentaram trauma maxilofacial; a terceira seção tratará do gênero do agressor e seu vínculo com a vítima, considerando-se as diferenças entre os gêneros em cada categoria das variáveis em análise, como também das circunstâncias implicadas na agressão, buscando-se traçar um paralelo com a construção de identidades de gênero; a quarta, e última seção, apresenta as informações sobre o momento de ocorrência das agressões que acarretaram em trauma maxilofacial e a distribuição em regiões da face em ambos os gêneros.

### 7.1 Violência interpessoal, gênero, corpo e comportamento

No ano de 2010 dos 1704 laudos de lesão corporal por agressão física a maior parte dos casos (51,8%) tratou-se de vítimas do gênero feminino.

A maior prevalência de casos de agressão no gênero feminino encontrada neste estudo vai de encontro aos dados da Polícia Civil do Rio de Janeiro, segundo os quais, apesar dos homicídios dolosos serem maiores entre os homens (81,1%) em relação às mulheres (8,4%, 10,4 não havia informação), 59,3% das queixas por lesões dolosas, foram de mulheres, 35,7% foram de homens e 5,0% não tinha informação (ISER, 2003). Destacam-se destes resultados um diferencial entre os gêneros, com predomínio do adoecimento feminino nos indicadores de morbidade, e maior mortalidade masculina.

Dados da última pesquisa do IBGE características da vitimização e Justiça no Brasil 2009, mostram que apesar das agressões físicas no gênero masculino superar o feminino (1,8 x 1,3%), os resultados comparados com o levantamento realizado em 1998 apontam um aumento da participação de mulheres como vítimas de agressão física (BRASIL, 2010).

Zaluar (2009) em pesquisa realizada no Rio de Janeiro, sobre as agressões físicas sofridas por pessoas de 15 ou mais anos de idade, constatou que as mulheres foram mais agredidas que os homens, tanto nos últimos 12 meses (2,6% x 1,2%), quanto ao longo da vida (9,4% x 8%).

Entretanto, esta assertiva não é unânime, há entre os estudos uma maior vitimização do gênero masculino, conforme constatado por Sousa (2005) ao analisar a violência não letal. Baseando-se em dados de internação hospitalar por agressão, foi obtido para o gênero masculino 84,5% destas internações. Conforme se depreende destes dados, a autora considera que a vulnerabilidade e os riscos dos homens continuam sendo maiores quando comparados às mulheres.

Laurenti, Jorge, Gotlieb (2005) encontraram para morbidade, medida pelas internações (excluídas aquelas por parto), um equilíbrio entre o número de hospitalizações masculinas e femininas.

Quanto à distribuição das lesões no corpo, destaca-se a região de cabeça (25,4%) como de maior frequência, seguida pelos membros inferiores (14,5%). Salienta-se que uma maior proporção dos traumas (45,3%), tratou-se da combinação de mais de uma região.

A cabeça, o tronco e os membros inferiores foram mais afetados nos homens, que nas mulheres, nestas o pescoço e os membros inferiores foram mais acometidos.

Lesões na cabeça denotam o interesse do agressor em desfigurar a vítima, ou lesões produzidas em caráter imediato de confronto, as lesões em membros são típicas de lesão de defesa, em que a vítima desvia-se dos golpes utilizando os braços como anteparo (França, 2008).

Neste sentido as diferenças na distribuição das lesões no corpo, encontradas entre o gênero masculino e o feminino, demonstram que as agressões nos indivíduos do gênero masculino, em sua maioria, têm como objetivo subjugar a vítima, ao passo que nas mulheres, a maior frequência de lesões de defesa, pode indicar uma atitude de represália a uma ameaça, real ou deduzida.

Segundo Schraiber et al. (2002) as agressões na face revestem-se de um caráter simbólico de humilhação a dignidade da pessoa humana. Saddki, Suhaimi, Daud, (2010) salientam que apesar das razões para que a face seja mais afetada serem desconhecidas, pode ser do interesse do agressor, consciente ou inconscientemente, minar a auto-estima da vítima.

Assim como neste estudo, um maior percentual de lesões em cabeça para o gênero masculino também foi encontrado em estudo realizado por Brink (2009), no Instituto de Medicina Forense e Serviço Hospitalar de Aarhus na Dinamarca, constatando-se que nove em cada dez homens e sete em cada dez mulheres

tiveram lesões na cabeça, pescoço ou face. Nas mulheres as ações de estrangulamento foram mais freqüentes, destacando o pescoço entre as regiões mais afetadas.

Analisando apenas mulheres, na constatação das regiões do corpo mais atingidas, a de cabeça e pescoço tem sido as mais freqüentes (GARBIN et al., 2006; GARCIA et al., 2008)

## 7.2 Caracterização das vítimas de trauma maxilofacial por agressão

O estudo compreendeu 762 laudos de lesão corporal por agressão física que acarretaram trauma maxilofacial.

Para os traumas maxilofaciais alguns estudos têm constatado como etiologia principal a agressão física (WULKAN, PARREIRA JR, BOTTER, 2005; MACEDO et al., 2007; CAVALCANTI, LIMA, LEITE, 2009; CARVALHO et al., 2010).

Wulkan, Parreira Jr, Botter (2005) atribuem a expressividade da agressão, no contexto do trauma maxilofacial, ao decréscimo das lesões por acidente, em função dos dispositivos legais e de segurança, no controle de velocidade e para redução de sequelas no trânsito.

Macedo et al. (2008) cita a participação cada vez maior da agressão como mecanismo de trauma facial como efeito do aumento da violência nas cidades.

Apesar do estudo recente de Shapiro et al. (2001) apontar os acidentes de trânsito como sendo a principal causa de trauma facial grave, estudos como de Cavalcante et al. (2009) apresenta para fraturas faciais as agressões como principal mecanismo de produção de lesão. Evidenciando a relevância da violência interpessoal na etiologia dos traumas maxilofaciais.

Do total de traumas por agressão 408 (53,5%) laudos trataram de vítimas do gênero feminino e 354 (46,5%) do gênero masculino.

Em relação aos gêneros, os resultados deste estudo contrariam observações obtidas de outros estudos sobre traumas maxilofaciais, os quais apontam um maior percentual de exposição entre os indivíduos do gênero masculino (BRINK, 2009; CALDAS et al., 2010; CAVALCANTI; LIMA; LEITE, 2009; GULINELLI et al., 2008; LIN et al., 2007; MACEDO et al., 2007; MONTOVANI et al., 2006; MOTA; VASCONCELOS; ASSIS, 2007; RAMLI et al., 2011; SILVA, 2004; THAM; CALACHE; CASSELL, 2009; WULKAN; PARREIRA JR; BOTTER, 2005).

Entretanto este achado corresponde à tendência já exposta do aumento da prevalência de episódios de agressão.

É importante ressaltar que estes estudos utilizam como fonte de dados informações de internações hospitalares em serviços de atendimento de emergência, diferente das características da instituição que gerou os dados desta pesquisa.

O NUMOL, por se tratar de atividade forense, demanda maior número de casos com potencial de lide no meio jurídico, que representam uma ameaça não apenas a integridade física, mas, em alguns casos, risco eminente de morte. As lesões variam em sua gravidade, sendo uma rica fonte de dados por permitir rastrear eventos silenciados no âmbito hospitalar.

Especialmente no que diz respeito à agressão, a violência de gênero tem um forte apelo legal, sobretudo quando as vítimas são do gênero feminino, visto que uma vez constatada a violência doméstica, o mecanismo de coibição prevê a reclusão dos perpetradores, para proteção das vítimas.

Em geral, a faixa etária de maior percentual de casos obtida nos estudos de trauma maxilofacial situa-se entre os 16 e 29 anos. A faixa etária de maior prevalência neste estudo foi de 20 a 29 anos, estando em consonância com os levantamentos atuais (CAMARINI et al., 2004; GUILINELLI et al., 2008; LIN et al., 2007; LIN et al., 2008a; MACEDO et al., 2007; MONTOVANI et al., 2006; THAM, CALACHE, CASSELL, 2009; WULKAN; PARREIRA JR; BOTTER, 2005).

Estes dados também estão de acordo com a pesquisa vitimização e justiça do IBGE, apontando para a população em geral, um maior número de jovens envolvidos em episódios de agressão, com maiores percentuais entre os 16 e 24 anos (Brasil, 2010).

No entanto, Mota; Aguiar; Dutra (2001) verificaram elevado percentual de casos na faixa etária de 0 a 10 anos. Para justificar este achado os autores esclareceram o fato de incluir no estudo as fraturas alvéolo-dentárias, que acometem principalmente crianças e jovens.

Não foi constatada diferença estatisticamente significativa entre os gêneros em relação à idade, com distribuição semelhante entre as faixas etárias, com maior percentual entre os jovens em ambos os gêneros.

A maior exposição de jovens a violência interpessoal pode ser justificada no gênero masculino pela concepção do poder como elemento estruturante do ser

homem, condicionando a adoção de comportamentos agressivos não só em relação ao feminino, mas também em relação ao próprio grupo, para impor-se entre aqueles considerados subalternos (NASCIMENTO; GOMES; REBELLO, 2008).

No gênero feminino a maior prevalência em mulheres jovens tem como provável explicação a valorização do belo e insegurança do companheiro, culminando com práticas autoritárias e agressivas, típicas da violência de gênero.

A semelhança deste estudo, Arosarena et al. (2009) não obtiveram diferenças significativas ( $p=0,98$ ) em relação a distribuição de casos entre as faixas etárias. Os autores relacionaram a prevalência de trauma maxilofacial na violência contra a mulher perpetrada pelo parceiro e por outros indivíduos.

Nos estudos sobre o trauma maxilofacial não se tem uma análise em relação à situação conjugal. A inclusão desta variável no estudo deu-se em função da necessidade de conhecer se este aspecto exerce alguma influência na agressão física.

Esta necessidade emerge de uma das teorias mais acionadas para discutir o risco de vitimização – A teoria da desorganização social, a qual contempla os padrões familiares, requerendo o reconhecimento da situação conjugal (Zaluar, 2009).

No caso da violência de gênero, vários estudos abordam esta questão no intuito de distinguir os casos de agressão no gênero feminino relacionados à violência doméstica.

Os resultados deste estudo apontam um maior percentual de trauma maxilofacial entre os indivíduos “sem parceiros”, ou seja, no grupo composto por pessoas solteiras, separadas ou viúvas.

O fato dos casados ou em união estável estarem menos expostos pode está relacionado ao comportamento mais reservado e conservador deste grupo de indivíduos. Entre os solteiros a agitação e envolvimento com eventos festivos condicionados ao consumo de álcool e/ou drogas ilícitas pode ser determinante para ocorrência de episódios agressivos.

Entre os gêneros as diferenças podem estar implicadas nos valores simbólicos atribuídos aos rituais jurídicos e religiosos envolvidos no casamento, como salienta Zaluar (2009). Em seu estudo foi constada diferença estatisticamente significativa para esta variável, o que demonstra a importância deste registro para

avaliação mais precisa do impacto da união juridicamente sacramentada ou união consensual na vitimização.

A autora relata como interpretações para este dado a rede de solidariedade que envolve os cônjuges, o próprio ritual pelo envolvimento de um terceiro – O judiciário e o compromisso mútuo de laços mais permanentes com adoção de estilo de vida mais conservador.

Entre os estudos sobre a violência de gênero, a maioria revela maior frequência de casos entre as mulheres casadas ou em união consensual (GALVÃO e ANDRADE, 2004; GARCIA et al., 2008; SCHRAIBER et al., 2007). O que evidencia uma maior vitimização por violência doméstica.

No entanto, há estudos que apontam entre os casos de agressão física uma frequência maior de mulheres solteiras (DESLANDES; GOMES; SILVA, 2000; REZENDE et al, 2007).

É importante considerar a possibilidade de imprecisão na definição da situação conjugal. Nos casos em que a união não foi juridicamente acertada, pode ser de o entendimento pessoal o indivíduo considerar-se solteiro. Exceto por esta consideração, a relevância deste tipo de análise está na especulação das diferenças no padrão de comportamento adotado que implicam em diferenças na frequência entre os grupos analisados, porém não foi constatada uma diferença estatisticamente significativa ( $P=0,34$ ).

Outro questionamento gira em torno da constatação de maior vulnerabilidade nos casos de baixa escolaridade e de classes menos favorecidas, particularmente no que diz respeito às agressões.

Zaluar (2009), analisando os casos de agressão no Rio de Janeiro, encontrou o triplo de casos nas favelas nos 12 meses anteriores a pesquisa e o dobro ao longo da vida quando comparado aos resultados obtidos na cidade. Os percentuais de agressão foram mais altos e similares entre homens e mulheres (13,3% e 12,8%, respectivamente).

Para a autora a agressão, enquanto crime contra a integridade física apresenta uma tendência oposta aos crimes contra o patrimônio, a exemplo do roubo e do furto, afetando “mais pobres que ricos” e o de menor escolaridade.

Sobre a vitimização, Teixeira (2004) observou que os espaços com melhores indicadores de qualidade de vida têm maior concentração de vítimas de crimes contra o patrimônio (roubos e furtos, reflexo das condições materiais) e, os mais

carentes, possuem mais vítimas de crimes contra a pessoa (homicídios, lesões corporais e demais distúrbios sociais).

Entre as mulheres agredidas fisicamente, apontadas nos estudos de lesões faciais, prevalecem as que recebem de 01 até 03 salários mínimos, ou que se situam na classe social C, D e E (DESLANDES; GOMES; SILVA, 2000; RABELO et al., 2006; MIRANDA; DE PAULA; BARDIN, 2010).

Corroborando com estes dados, os resultados desta pesquisa mostram um maior percentual de vítimas com renda média de até 1 salário mínimo. Tendo sido constatado entre os gêneros uma diferença estatisticamente significativa ( $P=0,012$ ), apontando para o gênero feminino a renda média mensal de até um salário mínimo e do masculino entre 1 e 2 salários mínimos.

Macedo et al. (2008) observaram que a maioria dos agredidos em face possuía baixo poder aquisitivo, entre outros problemas socio-econômicos e justificou este achado pela questão do aumento da violência urbana está associada aos conflitos socio-econômicos e emocionais.

Levin et al. (2010) em análise da relação entre posição socio-econômica e trauma dental e maxilofacial, encontraram alta taxa de hospitalização de indivíduos de baixa posição socio-econômica, tanto nos casos de trauma geral, como também do trauma dental e maxilofacial. Havendo diferença significativa para o trauma geral, porém não para o trauma dental e maxilo facial.

Sobre este aspecto os autores relatam a carência de estudos, destacando a necessidade de esclarecimentos, visto que uma vez constatada a altas prevalências em áreas de baixa posição socio-econômica, devem ser priorizados programas de prevenção deste agravo e promoção da saúde, por meio de ferramentas culturalmente apropriadas, destinadas a reduzir as diferenças que viabilizam a ocorrência do evento.

A criminalidade e agressividade são termômetros da violência estrutural, legitimada pelas desigualdades sociais, levando a população atingida negativamente, à revolta frente à sociedade ou ao Estado que não conseguem lhe dar respostas adequadas (MINAYO, 2010).

A precariedade da educação básica, com altos índices de analfabetismo, a alta taxa de desemprego são condições que geram a chamada frustração relativa, pela escassez das necessidades sociais.

Este estudo evidencia uma maior vitimização entre os indivíduos de baixa escolaridade, com maior percentual entre os que apresentaram ensino fundamental incompleto. Não havendo expressiva diferença entre os gêneros. Nos estudos de violência de gênero este achado é comum, porém a escolaridade não costuma ser foco de estudos sobre traumas maxilofaciais envolvendo ambos os gêneros.

Nos estudos que empregaram a classificação por divisão de ensino em fundamental, médio e superior, conforme adotado pelo IBGE, a baixa escolaridade foi um achado comum (GALVÃO; ANDRADE, 2004; GARCIA et al., 2008; MOTA; VASCONCELOS; ASSIS, 2007).

Entre estes estudos chamam atenção os achados obtidos por Mota; Vasconcelos; Assis (2007) em que prevaleceu maior frequência de mulheres com baixa escolaridade, no entanto maior percentual de casos graves foi observado em mulheres com instrução superior e pós-graduação. Segundo os autores o nível de instrução e o acesso a informação podem ter sido condições facilitadoras para a ocorrência de eventos violentos. O fato das agressões físicas mais graves estarem associadas às mulheres com maior escolaridade pode ter ocorrido em razão destas mulheres não terem aceitado a violência e revidado a agressão gerando conflitos de maiores proporções.

Em algumas pesquisas a escolaridade é definida por anos de estudo, este critério foi adotado por Kronbauer e Menenghel (2005), em que percebeu-se que 64% das mulheres, expostas à violência física, eram alfabetizadas, a maioria (57%) tinha menos de 4 anos de estudo.

Silva et al. (2010) verificaram entre os fatores associados a este evento o baixo nível de escolaridade (OR = 2.34). Segundo Djikanovic; Jansen; Otasevic (2010) as mulheres que tiveram apenas o primário e ensino médio foram mais propensas a sofrer violência por parceiro íntimo que as mulheres com ensino superior.

Deslandes; Gomes; Silva (2000) verificaram entre as mulheres agredidas fisicamente, atendidas em diferentes serviços de atendimento às vítimas, percentuais que expõem como ocupações mais prevalentes ser do lar, trabalhar no comércio, ou estar desempregada. A ocupação de maior frequência neste estudo foi a de estudante, seguida por do lar e do setor de serviço.

Mota; Vasconcelos; Assis (2007) fizeram importante consideração sobre a relação entre escolaridade, ocupação e manutenção do relacionamento conflituoso.

Segundo os autores o menor nível de instrução desfavorece a aquisição de melhor qualificação profissional, gerando em alguns casos o desemprego ou atividades de menor rendimento salarial, o que determina a dependência financeira do cônjuge e permanência de uma convivência violenta.

### 7.3 Gênero/ Vínculo do agressor, circunstâncias/mecanismo da agressão e Comprometimento tecidual

Os homens são os maiores perpetradores da violência interpessoal, seja nos homicídios ou nas agressões físicas e sexuais (HONG, 2000; HOLTZWORTH-MUNROE et al., 1997).

O resultado desta pesquisa para o gênero do agressor não foi diferente, um maior percentual de vítimas sofreu agressão por indivíduo do gênero masculino.

De acordo com Robbins; Monahan; Silver (2003), uma pesquisa sobre a criminalidade nos Estados Unidos, a nível nacional, encontrou que apenas 14% das vítimas de crimes violentos relataram terem sido agredidas por mulheres ou meninas. No entanto, não deixa de ser expressivo o percentual envolvendo agressores do gênero feminino.

De acordo com Weizmann-Henelius; Viemero; Eronen (2003) a idealização da maternidade, o tabu social em relação à violência feminina e sua consequente negação possivelmente têm minimizado a preocupação com o fenômeno da violência perpetrada pela mulher.

Os referidos autores em estudo realizado nos centros forenses da Finlândia encontraram em uma amostra de mulheres agressoras que um terço de suas vítimas eram pessoas próximas, mais da metade eram conhecidos e um quarto eram pessoas estranhas. A maioria das vítimas eram homens, menos de um quinto eram mulheres e poucas eram crianças. Os homens foram mais vítimas de homicídio do que de agressão.

Segundo Jurik e Winn (1990) a prática de atos violentos pelas mulheres contra os parceiros muitas vezes é uma represália contra uma vitimização inicial da mulher pelo companheiro.

A título de resultado, neste estudo, analisando a relação entre gênero da vítima e gênero do agressor, foi possível observar uma diferença significativa entre os gêneros ( $p < 0,001$ ), de modo que as vítimas do gênero feminino em relação ao

masculino foram mais agredidas por indivíduos do gênero feminino ou por ambos os gêneros.

A avaliação da agressão praticada por mulheres deve manter uma estreita relação com o enfoque social, ou seja, deve se observar, em primeiro plano, em qual meio social estas mulheres estão inseridas (área de trabalho, ambiente doméstico, etc.) e, num segundo plano, revelar as condições biológicas e psicológicas que podem ou não contribuir para a incidência e o grau dessa criminalidade (Salmasso, 2004).

As vítimas do gênero masculino foram mais agredidas por seu pares em relação às vítimas do gênero feminino ( $p < 0,001$ ). Os principais agressores eram do gênero masculino e estranhos, sem proximidade com a vítima.

Segundo Pitanguy (2003) os homens raramente são agredidos por membros de sua família, enquanto que as mulheres são agredidas por estranhos, em menor proporção, e por conhecidos e parentes, em maior proporção.

Esta assertiva corrobora com os resultados desta pesquisa que apontam significativa diferença entre os gêneros das vítimas quando analisadas as circunstâncias envolvendo o grupo familiar ou externas a este grupo.

Para as vítimas do gênero feminino maior percentual, em relação ao masculino, pôde ser observado em relação aos conflitos internos ao grupo familiar (78,7% x 21,3%), tendo sido constatada diferença significativa ( $p < 0,001$ ), com razão das chances, feminino/masculino, 1,68 (1,49 a 1,89) vezes maior para os conflitos do grupo familiar.

Pitanguy (2003) reitera análises que mostram que a violência varia por gênero na bipolaridade público/privado, os homens se envolvem mais na violência relacionada ao trabalho e ao crime, e as mulheres em conflitos domésticos.

Wulkan; Parreira JR; Botter (2005) menciona que as mulheres são diferenciadas quanto aos agressores, pois estes geralmente são conhecidos ou companheiros, evidenciando-se a violência doméstica.

Entre os sujeitos agressores no grupo ex-namorado foi constatada a maior diferença percentual entre os gêneros de 80,6%. Estando de acordo com constatação de Krug; Dahlberg; Mercy (2002). Os autores relatam que a violência contra a mulher é em geral, praticada pelo marido, namorado ou ex-companheiro.

A agressão física tem um padrão muito peculiar, obedece a motivações e circunstâncias específicas, relacionadas com as interações e emoções entre as

peças e ao poder e reconhecimento simbólico do agressor. Serve também para discutir a necessidade de se usar não-somente a teoria da família patriarcal como explicação de tais sentimentos e relações que propiciariam principalmente agressões contra as mulheres (ZALUAR, 2009).

Rabelo e Caldas Junior evidenciaram em estudo do tipo caso-controle, realizado em João Pessoa-PB, que a família de coesão desligada, ou seja, com menor capacidade de se manter unida, apresenta 16 vezes mais chances de expor seus membros à violência, e, portanto o desequilíbrio e a falta de união na família podem gerar conflitos e agressões domésticas.

Quanto ao comprometimento tecidual, neste estudo foi constatado maior número de lesões em tecido mole em ambos os gêneros, coincidindo com achado de Ramli et al. (2011) e de Wulkan, Parreira Jr, Botter (2005), cujas injúrias mais comuns foram em tecido mole.

Os mecanismos empregados envolveram majoritariamente socos, empurrões, chutes, ou seja, agressões nuas, coincidindo com achado de Caldas; Magalhães; Américo (2010). As mulheres foram mais expostas à agressão sem uso de instrumentos, e as vítimas do gênero masculino estiveram mais associadas às agressões instrumentalizadas, com emprego de pauladas, pedradas, armas brancas (faca, peixeira), inclusive arma de fogo.

Desta dinâmica, na comparação entre os gêneros percebeu-se que o gênero feminino, em relação ao masculino, apresentou maior percentual de lesões em tecido mole (55,5% x 44,5%) e agressões nuas (89,9% x 79,2%). Tanto para o instrumento utilizado quanto para o comprometimento tecidual foi observada uma diferença estatisticamente significativa ( $p < 0,001$ ).

Mackenzie (2000) relata que os padrões dos mecanismos de agressão variam de acordo com a idade, raça e gênero, citando como exemplo as mortes por arma de fogo que proporcionalmente atingem mais jovens do sexo masculino.

Rezende et al. (2007) verificaram entre as mulheres agredidas, que a maioria das lesões corporais foi classificada como agressões nuas.

Entre os homens o uso de instrumentos no mecanismo da agressão tem forte ligação com os valores culturais estabelecidos para o masculino. Segundo Sousa (2005) símbolos como armas, carro, esportes radicais, o espaço público, dentre outros, fazem parte do universo masculino.

Em geral o emprego de instrumentos acarreta lesões de maior gravidade, foi verificada associação significativa ( $p < 0,001$ ) entre gênero e comprometimento tecidual, indicando maior percentual de fraturas entre as vítimas do gênero masculino, em relação às do gênero feminino (75% x 25%).

Resultado semelhante foi obtido por Brink (2009), em que o autor estabelece um paralelo entre o mecanismo de produção da lesão e o meio empregado. Segundo o autor o uso mais freqüente de armas nos homens pode explicar a maior freqüência de contusões, ao passo que nas mulheres o maior percentual de equimoses como comprometimento tecidual deu-se em função do emprego de meios menos nocivos, como as próprias mãos, através do soco.

#### 7.4 Momento da ocorrência e sede das lesões

A ocorrência de trauma não demonstrou grandes diferenças em relação aos dias da semana, meses do ano e horário, nem mesmo quando realizada comparação entre os gêneros. Observou-se uma distribuição relativamente homogênea, com predomínio nos dias úteis, no mês de outubro e horário noturno.

Em relação ao dia da semana este achado coincide com o de Santos (2002) em que constata-se um maior percentual entre os dias da semana, não havendo fortes diferenças entre os números de casos ao longo dos meses do ano, apontando maiores valores no mês de janeiro, seguido de outubro e novembro. Ao contrário do que foi constatado neste estudo, em relação ao horário do dia prevaleceu o diurno.

Da Silva (2004) obtiveram as maiores frequências em fins de semana, o mês de maior ocorrência coincidiu com este estudo (outubro), seguido de março e junho.

Zaluar (2009) analisou os dados agrupados, sobre dia e horário, encontrando diversidades em relação aos gêneros. Entre os homens o pico foi no fim de semana à noite, tratando-se de atividade noturna, vinculada ao laser no fim de semana, quando os homens se encontram e dividem espaços. Na mulher o pico é no dia de semana, à noite e à tarde. A autora chama atenção para a coincidência entre os padrões públicos para o masculino, e privado no feminino, pois os horários em que as mulheres são mais agredidas coincidem com os horários em que os homens voltam para casa, ou vindos do trabalho ou de suas atividades de laser.

Cavalcanti; Lima; Leite (2009) também encontraram valores predominantes no período noturno, e em finais de semana. Os autores justificaram este achado pelo fato de nos finais de semana haver um maior consumo de álcool.

Macedo et al. (2008) obtiveram maior ocorrência no período diurno, predominando à tarde, seguido pela manhã e noite.

Quanto a sede das lesões a região orbital foi a mais atingida, seguida pela oral e frontal. Há uma tendência entre os estudos apontando como regiões mais atingidas, o nariz e a mandíbula por serem mais proeminentes em relação às demais regiões da face, sobretudo ocasionando fratura, o que não foi constatado neste estudo.

Em relação a esta discrepância salienta-se que alguns estudos dão enfoque a análise apenas das fraturas (CAMARINI et al. ,2004; CAVALCANTI; LIMA; LEITE, 2009; MACEDO et al., 2008; MONTOVANI et al., 2006; WULKAN; PARREIRA JR; BOTTER, 2005) ao passo que esta pesquisa abrangeu as duas dimensões do trauma, leve e grave (tecido mole, fratura).

Em levantamento sobre trauma facial realizado em Belo Horizonte, Mota; Aguir; Dutra (2001) constataram que um maior percentual de fraturas ocorreu em mandíbula (41,8%), seguida pelo nariz (32,8%), pela fratura do complexo zigomático (22%), fratura complexa da face (1,8%) e fratura de maxila (1,6%).

As fraturas mais comuns no estudo de Camarini et al. (2004), sobre os traumatismos bucomaxilofaciais submetidos a tratamento cirúrgico, foram as nasais (20,6%), seguidas das fraturas do complexo zigomático-orbital (20%) e das mandibulares (15,4%).

Wulkan; Parreira Jr; Botter (2005) constataram, quanto às estruturas ósseas isoladas, que a mandíbula apresentou a maior incidência de fraturas (19,8%), seguida de fratura nasal (10,1%) e dental (9,8%). Evidenciando pela casuística analisada como principal mecanismo de trauma a violência interpessoal, resultando no maior número de fraturas e contusões.

Montovani et al. (2006) no estudo sobre a etiologia e incidência das fraturas faciais, perceberam uma maior prevalência em mandíbula (35%), sucedida pelo zigoma (24%) e nariz (23%).

No estudo de Macedo et al. (2008) o maior percentual de trauma na face correspondeu a região nasal, nas agressões físicas um maior número de casos de fraturas também foi registrado para esta região.

Cavalcanti; Lima; Leite (2009) constataram que as fraturas nasais foram as mais frequentes e justificaram este achado pela maior proeminência do nariz.

Entre as regiões da face que necessitaram de intervenção cirúrgica, segundo estudo de Lin et al. (2008b), destacam-se, os ossos da face, língua, lábio, dentes, gengivas e alvéolo.

Guilinelli et al. (2008) analisaram os traumas dentais ocasionados pelos principais mecanismos de trauma maxilofacial, obtiveram como trauma dentário mais frequente as lesões em tecido periodontal, sobretudo no que diz respeito a avulsão.

Caldas; Magalhães; Américo (2010) obtiveram como mais frequentes os danos provocados em região oral, assim como verificado neste estudo, os lábios foram bastante comprometidos, situando-se como mais atingidos (57,7%), seguidos aos traumas em tecido mole extra-orais (35,9%), danos gengivais e na mucosa oral (29,2%), lesões dentárias e periodontais (17,5%).

No estudo de Tham; Calache; Cassell (2009) a luxação foi mais frequente (31,6%), seguida da fratura de coroa sem envolvimento pulpar (22,5%) e com envolvimento pulpar (14,9%), e avulsão (11,2%).

Ramli et al. (2011) obtiveram, para as fraturas em face, como sítio principal de localização a mandíbula seguida das fraturas do complexo zigomático.

As mulheres, no que diz respeito a violência de gênero, também foram foco de pesquisas que analisaram a localização das lesões em face.

Em função deste estudo ter maior prevalência de mulheres agredidas, constata-se uma similaridade com o estudo de Chiaperini et al. (2009), visto que a região oral (20,6%) foi uma das mais atingidas.

Seguindo esta mesma lógica Rabelo e Caldas Jr. (2006) identificaram, assim como neste estudo, maior acometimento da região orbitária (41,1%), seguida da frontal (24,7%) e oral (17,8%).

Os traumas maxilofaciais são motivo de grande preocupação nos dias atuais, por tratarem-se de sequelas de eventos relacionadas a graves por causas externas, como a violência e os acidentes.

Dada as crescentes taxas de violência urbana, e o elevado número de vítimas de acidente de trânsito, cada vez mais os serviços de atendimento às vítimas tem sido acionados, acarretando gastos consideráveis no setor saúde.

Para as vítimas as lesões em face tem forte impacto pelo risco de deformação e suas repercussões psicológicas, sendo de grande importância a correta intervenção e reparo das lesões.

## 8 CONCLUSÕES

Um maior número de eventos agressivos foi observado para o gênero feminino em relação ao gênero masculino;

As vítimas dos traumas maxilofaciais por agressão, em sua maioria, foram mulheres, com idade entre 20 e 29 anos, solteiras, com ensino fundamental incompleto e renda média mensal de até um salário mínimo;

O agressor, na maioria dos casos, era do gênero masculino e conhecido das vítimas;

A principal sede dos traumas maxilofaciais foi a região orbital, seguida da oral e da frontal;

Foram constatadas diferenças estatisticamente significativas entre os gêneros no que diz respeito à renda das vítimas, às circunstâncias da agressão, o sexo do agressor, o sujeito agressor, o comprometimento tecidual e instrumento utilizado;

Os dados relativos ao momento de ocorrência do trauma maxilofacial não variou significativamente em relação aos gêneros.

## 8 REFERÊNCIAS

ADEODATO, VG; CARVALHO, RR, SIQUEIRA VR, SOUZA FGM. Qualidade de vida e depressão em mulheres vítimas de seus parceiros. **Rev. Saúde Pública**. V. 39, n. 1, p. 108-13, 2005.

ARAÚJO, M.F. Gênero e violência contra a mulher: o perigoso jogo de poder e dominação. **Psicol. Am. Lat.** n.14 México out. 2008.

AROSARENA O. A.; FRITSCH, T. A.; HSUEH, Y.; AYNEHCHI, B.; HAUG, R. Maxillofacial Injuries and Violence Against Women. **Arch Facial Plast Surg**. V. 11, n. 1, p. 48-52, 2009.

AZAMBUJA, M.P.R; NOGUEIRA, C. Introdução à Violência Contra as Mulheres como um Problema de Direitos Humanos e de Saúde Pública. **Saúde Soc.** São Paulo, v.17, n.3, p.101-112, 2008.

BARRETO, A.C.T. **A defensoria pública como instrumento constitucional de defesa dos direitos da mulher em situação de violência doméstica, familiar e intrafamiliar.** 2007. 243f. Dissertação (mestrado em direito constitucional). Universidade de Fortaleza. Fortaleza, 2007.

BIEHL, L.; ANDREW Y. M. **Too close to Home: Domestic Violence in the Americas.** Banco Interamericano de Desarrollo y Johns Hopkins University Press, 1999

BLAY, E. A. Violência contra a mulher e políticas públicas. **Estudos avançados.** v.17, n.49, São Paulo, sep./dec., 2003.

BRASIL. Política Nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências. Portaria GM/MS nº 737 de 16/05/0. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil.** Poder Executivo, Brasília - DF, nº 96, seção 1e – de 18/05/01

BRASIL. **Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-Juvenil.** Brasília: SEDH/DCA, 2002.

BRASIL. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Programa de Prevenção, Assistência e Combate à Violência Contra a Mulher – Plano Nacional. **Diálogos sobre violência doméstica e de gênero** : construindo políticas públicas / Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. – Brasília, 2003.

BRASIL. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Plano Nacional de Políticas para as Mulheres/ Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres**. Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. **Atenção integral para mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual: matriz pedagógica para formação de redes**. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Características da vitimização e do acesso à justiça no Brasil**, Rio de Janeiro, 2010.

BRINK O. When Violence Strikes The Head, Neck, and Face. **The Journal of TRAUMA Injury, Infection, and Critical Care**. V. 67, N. 1, July 2009.

CALDAS, I. M.; MAGALHÃES, T.; AFONSO, A.; MATOS, E. The consequences of orofacial trauma resulting from violence: a study in Porto. **Dental Traumatology**. V. 26: 484–489, 2010.

CAMARINI, ET; PAVAN AJ; IWAKI FILH, L; BARBOSA, CEB. Estudo Epidemiológico dos Traumatismos Bucomaxilofaciais na Região Metropolitana de Maringá-PR entre os anos de 1997 E 2003. **Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial**. v.4, n.2, p. 131 - 135, abr/jun, 2004.

CAMPBELL, J. C., WEBSTER, D., KOZIOL-MCLAIN, J., BLOCK, C. R., CAMPBELL, D. W., CURRY, M. A. Risk factors for femicide in abusive relationships: Results from a multi-site case control study. **American Journal of Public Health**, v. 93, p. 1089-1097, 2003.

CARVALHO, T.B.O.; CANCIAN, L.R.L.; MARQUES, C.G.; PIATTO, V.B.; MANIGLIA J.V.; MOLINA, F.D. Seis anos de atendimento em trauma facial: análise epidemiológica de 355 casos. **Braz J Otorhinolaryngol**. V. 76, n. 5, p. 565-74, 2010.

CAVALCANTI, S. V. S. F. **A violência doméstica como violação de direito**. Jus Navigandi, Teresina, a. 10, n. 901, 21 dez. 2005. Disponível em: <http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=7753>.

CAVALCANTI A L; LIMA, IJD; LEITE, RB. Perfil dos Pacientes com Fraturas Maxilo-Faciais. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**, João Pessoa, v. 9, n. 3, p. 339-345, set./dez. 2009.

CHIAPERINI A, BÉRGAMO AL, BREGAGNOLO LA, BREGAGNOLO JC, WATANABE MGC, da Silva RHA. **Danos bucomaxilofacias em mulheres: registros do Instituto Médico-Legal de Ribeirão Preto (SP), no período de 1998 a 2002**. Rev. odonto ciênc. V. 24, n. 1, p. 71-76, 2009.

CORREA, S.O.; PIOLA, S.F. **Balço 1998-2002: aspectos estratégicos, programáticos e financeiros**. Brasília: Ministério da Saúde. 2003.

DAHLBERG, L.; KRUG, E. Violence: a global public health problem. In: KRUG, E. et al. (Org.). World report on violence and health. Geneva: World Health Organization, 2002. p. 1-22.

DA SILVA, AC; PASSERI, LA; MAZZONETO R; MORAES, M; MOREIRA RWF. Incidence of Dental Trauma associated with facial trauma in Brazil: a 1 year evaluation. **Dental Traumatology**. V. 20, p. 6-11, 2004.

DESLANDES SF. O atendimento às vítimas de violência na emergência: "prevenção numa hora dessas?". **Cienc Saude Coletiva**. V. 4, n. 1, p. 81-94, 1999.

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

DIAS, M.B. A violência doméstica na justiça. **Direito e democracia**. Canoas, v.7, n. 2, p. 271-280, 2006.

DJIKANOVIC, B.; JANSEN, H. A F M; OTASEVIC, S. Factors associated with intimate partner violence against women in Serbia: a cross-sectional study. **J Epidemiol Community Health**. V. 64, p. 728-735, 2010.

D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; SCHRAIBER, L. B.; FRANÇA-JUNIOR, I.; LUDERMIR, A. B.; PORTELLA, A. P.; DINIZ, C. S.; COUTO, M. T.; VALENÇA, O. Fatores associados à violência por parceiro íntimo em mulheres brasileiras. **Rev Saúde Pública**. V. 43, n. 2, p. 299-310, 2009.

ELUF, L. N. **A Paixão no Banco dos Réus**: casos passionais célebres de Pontes Visgueiro a Pimenta Neves. São Paulo: Saraiva. 2ª ed. 2003.

ENGEL, M. G. **Paixão e morte na virada do século**. ISSN 1519-7670, Ano 15, nº 328 -10/5/2005. Disponível em: <http://www.observatoriodaimprensa.com.br/artigos.asp?cod=328MCH002>.

FRANÇA, G. V. **Medicina Legal** - 2ª Edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 7-26, 1987.

FRANÇA, G. V. **Medicina Legal** - 8ª Edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

FREIRE, D. **Violência contra a Mulher! – Isso não**. Setembro, 2008. Acesso em 13/11/2010, disponível em: <http://filosofojr.wordpress.com/2008/09/01/violencia-contra-a-mulher-isso-nao/>

FONSECA, R.M.G.S. Mulher, Direito e Saúde: Repensando o nexos coesivo. **Saúde e Sociedade**. V. 8, n. 2, p. 3-32, 1999.

FUNDAÇÃO PERSEL ABRAMO. **Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado**. Sesc, 2010.

GARBIN CAS; GARBIN, AJI; DOSSI, AP; DOSSI, MO. Violência doméstica: Análise das lesões em mulheres. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 12, p. 2567-2573, 2006.

GARCIA, M. V.; RIBEIRO, L. A.; JORGE, M. T.; PEREIRA, G. R.; RESENDE, A.P. Caracterização dos casos de violência contra a mulher atendidos em três serviços na cidade de Uberlândia, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 11, p. 2551-2563, 2008.

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**. v.13, n.2, p.89-99, 2004

GRANJA, E.; MEDRADO, B. Homens, violência de gênero e a atenção integral em saúde. **Psicologia & Sociedade**. V. 21, n. 1, p. 25-34, 2009.

GULINELLI, J. L.; SAITO, C. T. M. H.; GARCIA-JÚNIOR, I. R. PANZARINI, S.R.; POI, W. R.; SONODA, C. K.; JARDIM, É. C. G.; FAVERANI, L. P.. Occurrence of tooth injuries in patients treated in hospital environment in the region of Araçatuba, Brazil during a 6-year period. **Dental Traumatology**. V. 24, p. 640–644, 2008.

HOLTZWORTH-MUNROE A; BATES L; SMUTZELER N.; SANDIN, E. A brief review on the research on husband violence. **Aggression and violent behavior**. V. 2, n. 1, p. 65-99, 1997.

HONG, L. Toward a transformed approach to prevention: breaking the link between masculinity and violence. **Journal of American College Health**. V. 48, n. 269-279, 2000.

IBGE. Resultados preliminares do universo do censo demográfico – 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>. Acesso em 12/03/2011

ISER – Instituto Superior de Estudos Religiosos, 2003. **Indicadores de violência e acidentes no Rio de Janeiro**. Disponível em <[www.iser.org.br](http://www.iser.org.br)>. Acesso em 20/10/2010.

JURIK, N.C.; WINN, R. Gender and homicide: a comparison of men and women who kill. **Violence and Victims**, New York, v. 5, p. 227-242, 1990.

KISS, L.B. et al. Possibilidades de uma rede intersetorial de atendimento a mulheres em situação de violência. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.** ISSN 1414-3283. ISSN online. p. 1807-5762, 2007.

KNAUTH, D. R.; MACHADO, P. S. Comentários ao artigo ‘Homens e saúde na pauta da saúde coletiva’. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p.18-19. 2005.

KOOGAN, André; HOUAISS, Antonio (Ed.). **Enciclopédia e dicionário digital 98**. Direção geral de André Koogan Breikmam. São Paulo: Delta: Estadão, 1998. 5 CD-ROM.

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

KRUG, E.G.; DAHLBERG, L.L.; MERCY, J.A. (Eds.). **World report on violence and health**. World Health Organization, Geneva, p. 3-22, 2002.

KRUG EG, SHARMA GK, LOZANO L. The global burden of injuries. **Am j Public Health**. V. 95, n. 1, p. 13-17, 2005.

LAURENTI, R; JORGE, M. H. P. M.; GOTLIEB, S. L. D. Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. v.10, n.1, p. 35-46. ISSN 1413-8123, 2005.

LIMA, D.C.; BÜCHELE, F.; CLÍMACO, D.A. Homens, Gênero e Violência contra a Mulher. **Saúde Soc**. São Paulo, v.17, n.2, p.69-81, 2008.

LIN S, LEVIN L, GOLDMAN S, PELED M. Dento-alveolar and maxillofacial injuries – a retrospective study from a level 1 trauma center in Israel. **Dental Traumatology**. V. 23, p. 155–157, 2007.

LIN, S; LEVIN, L; GOLDMAN, S; PELEG, K. Dento-alveolar and maxillofacial injuries: a 5-year multi-center study. Part 1: General vs facial and dental trauma. **Dental Traumatology**. V. 24, p. 53–55, 2008a.

LIN, S; LEVIN, L; GOLDMAN, S; SELA, G. Dento-alveolar and maxillofacial injuries: a 5-year multi-center study. Part 2: Severity and location. **Dental Traumatology**. V. 24, p. 56–58, 2008b.

LEVIN, L; LIN, S; GOLDMAN, S; PELEG, K. Relationship between socio-economic position and general, maxillofacial and dental trauma: A National Trauma Registry Study. **Dental Traumatology**. V.26, p. 342–345, 2010.

MACEDO, JLS; CAMARGO, LM, ALMEIDA, PF; ROSA, SC. Mudança etiológica do Trauma de Face de pacientes atendidos no Pronto Socorro de Cirurgia Plástica do Distrito Federal. **Rev. Soc. Bras. Cir. Plást**. V. 22, n.4, p. 209-12, 2007.

MACEDO JLS, CAMARGO LM, ALMEIDA PF, ROSA SC. Perfil epidemiológico do trauma de face dos pacientes atendidos no pronto socorro de um hospital publico. **Rev. Col. Bras. Cir**. V. 35, n. 1, p. 9-13, 2008. Disponível em URL: <http://www.scielo.br/rcbc>.

MARCONDES F, C. **Violência Fundadora e Violência Reativa na Cultura Brasileira**. São Paulo em Perspectiva, v.15, n. 2, 2001.

MARQUES RR. **Prevalência das lesões corporais em indivíduos submetidos a exame decórpo de delito no instituto médico legal dos municípios de Joaçaba e Herval D'Oeste, no período de 2000 a 2004.** Joaçaba, 2005. 1 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva), Universidade do Oeste de Santa Catarina, 2005.

MCFARLANE, J.M.; GROFF JY; O'BRIEN, J. A.; WATSON, K. Prevalence of Partner Violence Against 7,443 African American, White, and Hispanic Women Receiving Care at Urban Public Primary Care Clinics. **Public Health Nursing** V. 22 N. 2, pp. 98-107.

MACKENZIE EJ. Epidemiology of injuries: current trends and future challenges. **Epidemiol Rev.** V. 22, n. 1, p. 112 – 9, 2000.

MEDRADO, B.; LYRA, J. **Nos homens, a violência de gênero.** In. BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Programa de prevenção, assistência e combate à violência contra a mulher – Plano Nacional. Brasília, DF, 2003.

MENDONÇA RNS, ALVES JGB, CABRAL FILHO JE. Gastos hospitalares com crianças e adolescentes vítimas de violência no Estado de Pernambuco, Brasil, em 1999. **Cad. de Saúde Pública.** V. 18, n. 6, p. 1577-81, 2002.

MÉXICO. Instituto Nacional de Salud Pública. **Violencia contra las mujeres: Un reto para la salud pública de México.** Informe ejecutivo de la encuesta nacional de violencia contra las mujeres, P 45, 2004.

MINAYO MCS, SOUZA ER. É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública. **Ciência e Saúde Coletiva.** V. 4, n. 1, p. 7-23, 1999.

MINAYO, M. C. S. The inclusion of violence in the health agenda: historical trajectory. **Ciência e Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 375-383, 2006.

MINAYO, M. C. S. **Violência e Saúde.** Rio de Janeiro: Editora Fio Cruz, 132 p. Primeira reimpressão, 2010.

MIRANDA MPM, DE PAULA CS, BORDIN IA. Violência conjugal física contra a mulher na vida: prevalência e impacto imediato na saúde, trabalho e família. **Rev Panam Salud Publica.** V. 27, n.4, p. 300–8, 2010.

MONTOVANI, JC; CAMPOS, LMP; GOMES, MA; MORAES, VRS; FERREIRA, FD; NOGUEIRA, EA. Etiologia e incidência das fraturas faciais em adultos e crianças: experiência em 513 casos. *Rev Bras Otorrinolaringol.* V. 72, n. 2, p. 235-41, 2006.

MOORE, H. L. **Fantasia de poder e fantasias de identidade: gênero, raça e violência.** Cadernos pagu v. 14, p.13-44, 2000.

MOTA, V. C.; AGUIAR, E. G. de; DUTRA, C. E. A. Levantamento Sobre os Atendimento de Trauma Facial. *RGO*, v. 49, n. 4, p. 187-190, 2001.

MOTA , J. C. da; VASCONCELOS, A. G. G.; ASSIS, S. G. de. Análise de correspondência como estratégia para descrição do perfil da mulher vítima do parceiro atendida em serviço especializado. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 12, n. 3, p. 799-809, 2007.

NASCIMENTO, E F; GOMES, R; REBELLO, L. E. F. S. **Masculinidade, Juventude e Gênero num Contexto de Violência.** In: Fazendo Gênero 8 - Corpo, Violência e Poder. Florianópolis, 2008.

NASCIMENTO, E F; GOMES, R; REBELLO, L. E. F. S. Violência é coisa de homem? A “naturalização” da violência nas falas de homens jovens. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, n. 4, p.1151-1157, 2009.

National Center for Injury Prevention and Control. **Costs of Intimate Partner Violence Against Women in the United States.** Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention; 2003. Acessado em 11/04/2011, disponível em: [http://www.cdc.gov/ncipc/pub-res/ipv\\_cost/IPVBook-Final-Feb18.pdf](http://www.cdc.gov/ncipc/pub-res/ipv_cost/IPVBook-Final-Feb18.pdf).

OLIVEIRA, APG, CAVALCANTI, VRS. Violência doméstica na perspectiva de gênero e políticas públicas. *Rev. Bras. crescimento desenvolv. hum.* V.17, n. 1, p. 39-51, 2007.

OKABI, I.; FONSECA, R.M.G.S. Violência contra a mulher: Contribuições e Limitações do Sistema de Informação. *Rev. Esc. Enferm. USP.* V. 43, n. 2, p. 453-8, 2009.

OSÓRIO, L. C. **Casais e família:** uma visão contemporânea. Porto Alegre: ArtMed, 2002.

PALMA, A.; MATTOS, U. A. O. **Contribuições da ciência pós-normal à Saúde pública e à questão da vulnerabilidade social.** História, Ciências, Saúde – Manguinhos. V. 8, p. 567-590, 2001.

PARAÍBA (estado). Lei complementar nº. 92 de 11 de dezembro de 2009. Institui a Região Metropolitana de Campina Grande e dá outras providências. **Diário Oficial do Estado**, poder executivo, João Pessoa, Paraíba, 13 de dezembro de 2009, nº14.257.

PAIM, J.S.; COSTA, H.O.G.; VILAS BÔAS, A.L.Q. Política pública e controle da violência: um estudo de caso na cidade de Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 485-494, 2009.

PEQUIM, 1995. **Declaração e Plataforma de ação da IV Conferência Mundial sobre a Mulher.** In: Instrumentos Internacionais de Direitos das Mulheres. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao\\_4conferencia\\_mundial\\_mulher.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_4conferencia_mundial_mulher.pdf).

PIOVESAN, F; IKAWA, D. **A Violência Doméstica contra a Mulher e a Proteção dos Direitos Humanos.** In: SÃO PAULO (ESTADO). Procuradoria Geral do Estado. Grupo de Trabalho de Direitos Humanos. Direitos humanos no cotidiano jurídico. (Série Estudos n. 14). 2004. 460 p.

PITANGUY J. **A questão de gênero no Brasil.** Banco Mundial, Brasília – DF, 2003.

RAMLI, R.; RAHMAN, N. A.; RAHMAN, R. A.; HUSSAINI, H. M.; HAMID, A L.A. A retrospective study of oral and maxillofacial injuries in Seremban Hospital, Malaysia. **Dental Traumatology.** V. 27, p. 122–126, 2011

RABELLO, P.M.; JÚNIOR, A.F.C. Lesões faciais de mulheres agredidas fisicamente – Paraíba – Brasil. **Odontologia. Clín.-Científ.**, Recife, v. 5, n. 4, p. 321-325, 2006.

RABELLO, P.M.; JÚNIOR, A.F.C. Violência contra a mulher, coesão familiar e drogas. **Rev Saúde Pública.** V. 41, n. 6, p. 970-8, 2007.

RAMLI, R.; RAHMAN, N. A.; RAHMAN, R. A.; HUSSAINI, H. M.; HAMID A. L. A. A retrospective study of oral and maxillofacial injuries in Seremban Hospital, Malaysia. **Dental Traumatology.** V. 27, p.122–126, 2011.

REZENDE, E.J.C.; ARAÚJO, T.M.; MORAES, M.A.S.; SANTANA, J.S.S.; RADICCHI, R. Lesões buco-dentais em mulheres em situação de violência: um estudo piloto de casos periciados no IML de Belo Horizonte, MG. *Rev Bras Epidemiol*. V.10, n. 2, p. 202-14, 2007.

RIBEIRO J.C.A.; CHAVEIRO, E.F. **Violência urbana, espaço urbano e subjetividade: uma leitura geográfica da violência urbana cotidiana**. 3th ed. *Revista Mirante*. V.1, n. 2, p. 1-17, 2007.

ROBBINS, P.C.; MONAHAN, J.; SILVER, E. **Mental disorder, violence and gender**. *Law and Human Behavior*, New York, NY, v. 27, p. 561-571, 2003.

ROSELINO LMR, BREGAGNOLO LA, PARDINHO MABS et al. Danos buco-maxilo-faciais em homens da região de Ribeirão Preto (SP) entre 1998 e 2002. *Odontologia, ciência e Saúde – Revista CROMG*. V. 10, n. 2, p. 71-7, 2009.

ROTANIA, A. A., et al. Violência contra a mulher: o perigo mora da porta para dentro. Escola Anna Nery. **Revista de Enfermagem**, v. 7, nº 1. Rio de Janeiro, 2003.

SALMASSO, R.C. Criminalidade e condição feminina: estudo de caso das mulheres criminosas e presidiárias de Marília-SP. **Revista de Iniciação Científica da FEC**, São Paulo, v. 4, p. 16-31, 2004.

SADDKI, N.; SUHAIMI A. A.; DAUD, R. Maxillofacial injuries associated with intimate partner violence in women. **BMC Public Health**. V.10, p. 268.

SAGIM MB, BIASOLI-ALVES ZM, DELFINO V, VANTURINI FP. Violência doméstica: a percepção que as vítimas têm de seu parceiro, do relacionamento mantido e das causas da violência. **Cogitare Enferm**. V.12, n. 1, p. 30-6, 2007.

SALIBA, O.; GARBIN, C.A.S., GARBIN, A.J.I.; DOSSI. Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. **Rev Saúde Pública**. V. 41, n. 3, p. 472-7, 2007.

SANTIAGO, R.A.; COELHO, M.T.A.D. **A violência contra a mulher: antecedentes históricos**. 2007.

SANTOS, M.A.F. **Traumatismos buco maxilo faciais por agressão**: estudo em um Hospital da periferia do município de São Paulo. 2002. 142f. Dissertação (mestrado em cirurgia buco maxilo facial). Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2002.

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

SCHRAIBER LB, GOMES R, COUTO MT. Homens na pauta da saúde coletiva. **Ciênc. Saúde Coletiva**. V.10 (Supl 1), p. 7-17, 2005.

SCHRAIBER, LB; D'OLIVEIRA, AFPL; FRANÇA-JUNIOR I; DINIZ, S ; PORTELLA, AP; LUDERMIR, AB; VALENÇA, O; COUTO MT. Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil. **Rev Saúde Pública**. V.41, n. 5, p. 797-807, 2007.

SHAPIRO AJ, JOHNSON RM, MILLER SF, MCCARTHY MC. **Facial fractures in a level I trauma centre: the importance of protective devices and alcohol abuse**. *Injury*. V. 32, p. 353-6, 2001.

SHARPS, P., MCLAIN, J., CAMPBELL, J., MCFARLANE, J., SACHS, C., & XU, X. Health care providers\_ missed opportunities for preventing femicide. **Journal of Preventive Medicine**, v. 33, n.11, p. 373-380, 2001.

SILVA OMP, LEBRÃO ML. Estudo da emergência odontológica e traumatologia buco-maxilo-facial nas unidades de internação e de emergência dos hospitais do Município de São Paulo. **Revista Bras Epidemiol**. V. 6, n. 1, p. 58-67, 2003.

SOUZA, E. R. Masculinidade e violência no Brasil: contribuições para a reflexão no campo da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 59-70, 2005.

SOUZA, E R; LIMA, M L C. Panorama da violência urbana no Brasil e suas capitais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11(Sup), p. 1211-1222, 2007.

SWANBERG JE, LOGAN T, MACKE C. Intimate partner violence, employment, and the workplace: consequences and future directions. **Trauma Violence Abuse**. V. 6, n. 4, p. 286–312, 2005.

SILVA, M. A. da; FALBO N., GILLIATT H.; FIGUEIROA, J. N.; CABRAL FILHO, J. E.. Violence against women: prevalence and associated factors in patients attending a public healthcare service in the Northeast of Brazil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 264-272, 2010.

SILVA, C.J; FERREIRA, E.F.; PAULA, L.P.P.; NAVES, M.D.; GOMES, V.E. Perfil dos traumas maxilofaciais em vítimas de violência interpessoal: uma análise Retrospectiva dos casos registrados em um hospital público de Belo Horizonte (MG). *Cad. Saúde Colet.* Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 33-40, 2011.

TEIXEIRA, A G A Possibilidade de vitimização: Qualidade de vida e a Criminalidade **Revista de Iniciação Científica da FFC**, v. 4, n. 3, 2004.

THAM, R. C. A.; CALACHE, E.; CASSELL, H. Traumatic orodental injuries and the development of an orodental injury surveillance system: a pilot study in Victoria, Australia. **Dental Traumatology**. V. 25, p. 103–109, 2009

WALTON-MOSS, B. J.; MANGANELLO, J.; FRYE, V.; CAMPBELL J. C. Risk factors for intimate partner violence and associated injury among urban women. **Journal of Community Health**, Vol. 30, No. 5, October, 2005.

WALKER R, LOGAN TK, JORDAN CE, CAMPBELL JC. An integrative review of separation in the context of victimization: consequences and implications for women. **Trauma Violence Abuse**. V. 5, n.2, p.143–93, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Multi-country study on women's health and domestic violence against women**: summary report of initial results on prevalence, health outcomes and women's responses. Geneva, 2005.

WULKAN M; PARREIRA JR JG; BOTTER, DA. Epidemiologia do trauma facial. **Rev Assoc Med Bras**. V. 51, n. 5, p. 290-5, 2005.

WEIZMANN-HENELIUS, G.; VIEMERO, V.; ERONEN, M. The violent female perpetrator and her victim. **Forensic Science International**, Limerick, v. 133, p. 197-203, 2003.

WELZER-LANG, D. A construção do masculino: dominação das mulheres e homofobia. **Estudos feministas**, v. 2, p. 460-482, 2001.

ZALUAR, A. Agressão física e gênero na cidade do Rio de Janeiro. **RBCS** Vol. 24 nº 71, outubro/2009



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
MESTRADO EM ODONTOLOGIA**

**FICHA**  
Nº \_\_\_\_\_

Mês: \_\_\_\_\_ Ano: \_\_\_\_\_ Laudo Nº \_\_\_\_\_

Iniciais: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

**INFORMAÇÕES GERAIS**

Remetido: \_\_\_\_\_

**1-Idade**

- 1- Até 9 anos  
2- 10 a 19 anos  
3- 20 a 29 anos  
4- 30 a 39 anos  
5- 40 a 49 anos  
6- 50 a 59 anos  
7- 60 ou mais  
999- Não registrado

**2- Gênero**

- 1- Feminino  
2- Masculino  
999- Não registrado

**3- Região**

- 1- Campina Grande  
2- Região Metropolitana  
3- Outras cidades  
999- Não registrado

**4- SITUAÇÃO CONJUGAL**

- 1- Solteiro(a)  
2- Viúvo(a)  
3- Separado(a)  
4- Casado(a)  
5- União estável  
999- Não registrado

**5- ESCOLARIDADE**

- 1- Não alfabetizado  
2- Ensino fundamental incompleto  
3- Ensino fundamental completo  
4- Ensino médio incompleto  
5- Ensino médio completo  
6- Ensino superior incompleto  
7- Ensino superior completo  
999- Não registrado

**6- OCUPAÇÃO**

\_\_\_\_\_

**7- EVENTO**

- 1- Agressão  
2- Acidente veículo de transporte terrestre  
999- Não registrado

**8- CIRCUNSTANCIA DA AGRESSÃO**

- 1- Conflitos com membros do grupo familiar  
2- Conflitos com indivíduos externos ao grupo familiar  
3- Assalto  
4- Maus tratos  
5- Associado a violência sexual  
888- Não se aplica  
999- Não registrado

**9- SEXO DO AGRESSOR**

- 1- Feminino  
2- Masculino  
3- Ambos  
888- Não se aplica  
999- Não registrado

**10- SUJEITO AGRESSOR**

- 1- Companheiro/Namorado  
2- Ex-companheiro/Ex namorado  
3- Familiar  
4- Conhecido  
5- Estranho  
888- Não se aplica  
999- Não registrado

**11- INSTRUMENTO UTILIZADO**

- 1- Agressões nuas  
2- Arma de fogo  
3- Arma branca  
4- Outros/ Quais  
5- Mista  
888- Não se aplica  
999- Não registrado

**12- DIA DA OCORRÊNCIA**

- 1- Segunda  
2- Terça  
3- Quarta  
4- Quinta  
5- Sexta  
6- Sábado  
7- Domingo  
999- Não registrado

Dia: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**13- HORÁRIO DO EVENTO**

- 1- 00:00-05:59  
2- 06:00-11:59  
3- 12:00-17:59  
4- 18:00-23:59  
999- Não registrado

**14- TRAUMA**

- 1- Tecido mole  
2- Fratura simples  
3- Fratura múltipla  
4- Dentoalveolar  
5- Fratura óssea + Dentoalveolar  
6- Outros  
999- Não registrado

**17- REGIÃO DO CORPO**

- 1- Cabeça  
2- Pescoço  
3- Membro superior  
4- Membro inferior  
5- Tórax  
6- Abdomen  
7- Mais de um/ Quais:  
999- Não registrado

**15- REGIÃO DA CABEÇA**

- 1- Frontal  
2- Nasal  
3- Orbital  
4- Zigomática  
5- Mandibular  
6- Mentoniana  
7- De bochecha  
8- Oral  
9- Interna da boca  
10- Língua  
11- Dentes  
12- Gengiva  
13- Face  
888- Não se aplica  
999- Não registrado

**16- LADO AFETADO**

- 1- Esquerdo  
2- Direito  
3- Bilateral  
4- Frontal  
888- Não se aplica  
999- Não registrado



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**TÍTULO: Traumas bucomaxilofaciais por agressão em Campina Grande-PB: o gênero como categoria de análise**

**PESQUISADOR: Gigliana Maria Sobral Cavalcante**

**1. INTRODUÇÃO:**

As informações a seguir descreverão esta pesquisa e o papel que você terá como participante da mesma. O pesquisador responsável responderá a qualquer dúvida que possa existir sobre esse termo e sobre o estudo a ser realizado. Por favor, leia-o atentamente.

**2. PROPÓSITO DA PESQUISA:**

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa cujo objetivo geral é o de verificar as diferenças entre homens e mulheres vítimas de agressão na face.

**3. DESCRIÇÃO DO ESTUDO:**

**-Autonomia:** Sua participação neste estudo é voluntária e você poderá recusar-se a participar ou interromper sua participação a qualquer momento sem constrangimento.

**-Beneficência:** Este estudo trará como benefício o conhecimento do modo como a violência interpessoal afeta homens e mulheres.

**-Não maleficência:** Não existe a possibilidade de situação desagradável para o respondente ou entidade que participar deste estudo.

**-Justiça e equidade:** serão avaliados todos os laudos cujo registro se referir à violência interpessoal (agressão física).

**4. CONFIDENCIALIDADE DO REGISTRO:**

Todas as informações obtidas através deste estudo permanecerão em sigilo, assegurando a proteção de sua imagem e respeitando valores morais, culturais, religiosos, sociais e éticos. Como condição você permitirá ao pesquisador e membros da equipe a realização de um formulário. Os resultados desta pesquisa

poderão ser apresentados em congressos ou publicações científicas, porém sua identidade não será divulgada nestas apresentações e nem serão utilizadas quaisquer informações que permitam a sua identificação. Estamos cientes que a divulgação de informações confidenciais está sujeitas as penalidades das leis.

#### **5. CONTATO:**

Se houver qualquer dúvida sobre o estudo você receberá maiores informações com Gigliana Maria Sobral Cavalcante, através do telefone (83)99372431.

\_\_\_\_\_ Assinatura do Pesquisador



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA  
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

#### **6. TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO DA PESQUISA:**

Eu, \_\_\_\_\_ RG nº: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, responsável pelos laudos do Núcleo de Medicina e Odontologia Legal de Campina Grande, li a descrição do estudo Traumas bucomaxilofaciais por agressão em Campina Grande-PB: o gênero como categoria de análise e, não havendo qualquer dúvida concordo em participar do mesmo. Confirmando que recebi cópia do termo de esclarecimento para participação da pesquisa. Compreendo que minha participação é voluntária e que posso desistir de continuar o estudo. Autorizo a liberação dos dados obtidos para apresentação em eventos científicos e publicações, desde que minha identidade seja protegida.

Campina Grande \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2010.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Entrevistado



GOVERNO  
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA  
NÚCLEO DE ODONTOLOGIA E MEDICINA LEGAL DE CAMPINA GRANDE/PB  
Rua João Machado, 456- Bairro Prata Cep. 58101-300- tel. 3310-6729

OFÍCIO S/Nº /2011 - NUMOL – IPC- SEDES - PB

Campina Grande, 21 de junho de 2011



Senhor Prof. Dr. Sérgio D'Ávila Lins Bezerra Cavalcanti,

Sirvo-me do presente para autorizar a continuação da coleta de dados referentes ao estudo: Lesões faciais em mulheres em situação de violência, no arquivo de nosso Núcleo.

Atenciosamente,

Instituto de Polícia Científica  
Núcleo de Medicina e Odontologia Legal

*Dr. Márcio Leandro da Silva*  
CHEFE DO NUMOL - Mat. 160.827-4

Dr. Márcio Leandro da Silva  
Chefe da NUMOL

Ao Prof. Dr.

Sérgio D'Ávila Lins Bezerra Cavalcanti,

Programa de pós-graduação em Odontologia.