



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I
CENTRO DE CIÊNCIA BIOLÓGICA E DA SAÚDE
CURSO DE ODONTOLOGIA**

JENIFER APRIANI MARTINS XIMENES

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER:
UMA REVISÃO DE LITERATURA**

**CAMPINA GRANDE
2018**

JENIFER APRIANI MARTINS XIMENES

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER:
UMA REVISÃO DE LITERATURA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do curso de Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito final à obtenção do título de Cirurgiã Dentista.

Área de concentração: Saúde

Orientador: Prof. Dr. Sérgio D'Ávila Lins Bezerra Cavalcanti

**CAMPINA GRANDE
2018**

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na 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 do trabalho.

X4p Ximenes, Jenifer Apriani Martins.
Perfil epidemiológico da violência contra a mulher
[manuscrito] : uma revisão de literatura / Jenifer Apriani Martins
Ximenes. - 2018.
25 p.
Digitado.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em
Odontologia) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de
Ciências Biológicas e da Saúde , 2018.
"Orientação : Prof. Dr. Sérgio D'ávila Lins B. Cavalcanti ,
Coordenação do Curso de Odontologia - CCBS."
1. Mulher. 2. Violência doméstica. 3. Traumatismo
maxilofacial. I. Título
21. ed. CDD 617.6

JENIFER APRIANI MARTINS XIMENES

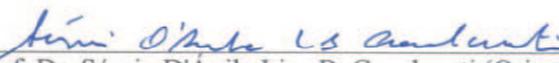
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

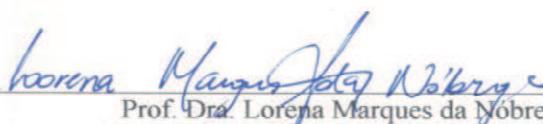
Artigo apresentado à Coordenação do curso de Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito final à obtenção do título de Cirurgiã-Dentista.

Área de concentração: Saúde

Aprovado em: 06/12/2018.

BANCA EXAMINADORA


Prof. Dr. Sérgio D'Ávila Lins B. Cavalcanti (Orientador)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)


Prof. Dra. Lorena Marques da Nobrega
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)


Me. Paula Miliana Leal
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Aos meus pais e irmãos, pelo apoio, confiança, e paciência, não conseguiria realizar este sonho sem vocês.

AGRADECIMENTOS

A concretização deste trabalho apenas foi possível graças a toda contribuição direta e indireta de várias pessoas e instituições para a realização deste trabalho de conclusão do Curso.

Em primeiro lugar quero agradecer a Deus, por toda proteção, força, meu porto de seguro e refúgio durante toda minha vida.

Ao governo de Timor-Leste, através do Ministério da Educação e Cultura, pela oportunidade e pelo apoio financeiro durante minha estadia no Brasil.

À Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), pela cooperação e caloroso recebimento de estudantes timorenses. À Coordenação da Relação Internacional (CoRI) da UEPB, pelo apoio e disponibilidade, desde nossa chegada em Campina Grande.

Ao meu orientador Prof. Dr. Sérgio D'Ávila Lins Bezerra Cavalcanti, pela disponibilidade, apoio, paciência, e pelos ensinamentos, não apenas no período de orientação do TCC, mas desde o início do curso.

Às bancas examinadoras pelas contribuições realizadas na avaliação da execução do meu trabalho.

Aos meus pais Serafim Ximenes e Benedita Martins, pela vida, oração, paciência; pelo apoio moral e financeiro, pela força, coragem e motivação, principalmente nas horas difíceis; pela confiança de me deixar conquistar o meu sonho em outro país e pelo incentivo que a mim dedicaram durante os anos de estudo, em toda minha vida.

Aos meus irmãos Mirja (*in memoriam*), Nelson, Ruben, Egas, e Gardce, pelas orações, pelo apoio, por sempre estarem ao meu lado, confiarem em mim. Aos meus sobrinhos, minhas cunhadas e a todos os familiares, pela torcida.

Às professoras Rilva Suelly e Denise, pelo apoio, carinho e ensinamentos desde nossa chegada em Campina Grande.

Aos professores do Curso de Odontologia da UEPB, pelos ensinamentos e apoio durante minha vida acadêmica. Aos funcionários e técnicos do departamento de Odontologia, pela presteza e atendimento quando nos foi necessário.

Aos amigos da turma pelos momentos de amizade, apoio e aprendizagem durante o curso.

À minha dupla Sandro Roberto, pelo apoio, paciência e aprendizagem durante o curso.

Aos meus amigos: Luiza, Lúcia, Mariana, Noemia, Suzeti, Yuliani, Maria Engracia, e Isidoro, pelas orações, pela força, pela amizade e fraternidade, pelos apoios, principalmente na hora que me senti tão frágil, e na hora de desespero durante nossa estadia aqui. Aos meus amigos timorenses que estão na Paraíba, e aos que ficaram em Timor-Leste, pela amizade e apoio durante minha estadia aqui.

“A violência destrói o que ela pretende defender: a dignidade da vida, a liberdade do ser humano” João Paulo II

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	OBJETIVO	11
3	METODOLOGIA	11
4	DISCUSSÃO	12
4.1	A Violência Contra A Mulher E Sua Relação Com A Saúde Pública	12
4.1.1.	Faixa etária da mulher vítima de violência	12
4.1.2.	Situação conjugal da mulher violentada	14
4.1.3.	Renda da vítima de violência	16
4.1.4.	Sujeito agressor	17
4.1.5.	Trauma facial	19
5	CONCLUSÃO	21
	REFERÊNCIAS	22

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Jenifer Apriani Martins Ximenes¹

Resumo

O objetivo deste trabalho foi realizar uma revisão da literatura sobre a violência contra mulheres, considerando-se as seguintes variáveis - faixa etária, situação conjugal e renda da vítima de violência contra mulheres, sujeito do agressor e traumas faciais. A pesquisa bibliográfica foi realizada nos bancos de dados de MEDLINE, Lilacs, Scielo, Bireme e Google acadêmico. As informações obtidas indicam que a violência se divide em doméstica e comunitária. A violência doméstica acontece no âmbito do lar, entre membros da família ou parceiros íntimos; a violência comunitária geralmente ocorre em locais diferentes dos lares, associada ao comportamento criminal, como assaltos, brigas, sequestros e assassinatos, ocorrida entre indivíduos que podem ou não se conhecerem. A violência contra as mulheres é um grande problema de saúde pública, no qual uma entre três mulheres no mundo já sofreu algum tipo de agressão. A violência está associada a vários fatores de risco, incluindo características sociodemográficas e socioeconômicas, uso de substâncias (drogas) e histórico de ter presenciado violência familiar na infância ou na adolescência. Os resultados das pesquisas constataram que a violência contra mulher é um problema de saúde pública e ocorre em todas as faixas etárias com maior prevalência em fase adulta, a maioria das vítimas são solteiras e de baixa renda, autores principal da violência são os parceiros e as agressões físicas são acometem principalmente na região de cabeça, pescoço e face.

Palavras-chaves: Mulher. Violência. Traumatismo maxilofacial

¹ Aluna de Graduação em Odontologia na Universidade Estadual da Paraíba – Campus I.
Email: jeny_marxia@yahoo.com

ABSTRACT

The objective of this study was to elaborate the literature review on violence against women, considering the following variables age range, marital status, income of the victim of violence against women, subject of the aggressor and facial traumas. The bibliographic research was carried out in MEDLINE, Lilacs, Scielo, Bireme and Google academic databases. The information obtained indicates that violence is divided into domestic and community violence. Domestic violence occurs within the home, between family members or intimate partners; community violence generally occurs in places other than homes, associated with criminal behavior, such as assaults, fights, kidnappings and murders, occurring among individuals who may or may not know each other. Violence against women is a major public health problem which is one in three women in the world has suffered some form of aggression. The results of the surveys found that most of the perpetrators are the partners whose committed violence compromises women's physical, mental, sexual and reproductive health. Violence is associated with several risk factors, including socio-demographic and socioeconomic characteristics, use of substances (drugs) and history of having witnessed family violence in childhood or adolescence. The results of the research found that violence against women is a public health problem and occurs in all age groups with higher prevalence in adulthood, the majority of victims are single and low income, the main perpetrators of violence are partners, and physical aggressions are mainly in the region of head, neck and face.

Key words: women, violence, maxillofacial trauma.

1. INTRODUÇÃO

A violência resulta em múltiplas consequências para o sistema de saúde de homens e mulheres, de diferentes maneiras em diversas etapas de vida. Segundo a OMS, uma em cada três mulheres no mundo é, já foi, ou será vítima de violência doméstica. Mesmo não haja valores absolutos, no entanto, em algumas pesquisas, relataram que esse problema é ainda mais comum em ‘países em desenvolvimento’ estando Brasil nesse grupo (Signorelli et al. 2013).

A violência contra as mulheres é um grande problema de saúde pública e de violação dos direitos humanos das mulheres, e a maioria dos agressores são os parceiros, o que afeta negativamente a saúde física, mental, sexual e reprodutiva das mulheres, além de aumentar a vulnerabilidade ao HIV - Human Immunodeficiency Virus (OMS, 2017). De acordo com Bernardino et al. (2017), existem diferentes de classificação da violência, um deles divide-se em violência doméstica que acontece no âmbito doméstico entre membros da família ou parceiros íntimos; e violência comunitária que geralmente ocorre em locais diferentes dos lares, associada ao comportamento criminal, como assaltos, brigas, sequestros e assassinatos, ocorre entre indivíduos que podem ou não se conhecem.

Para coibir e prevenir a violência contra mulher, no Brasil foi criada a Lei federal n.º 11.340 (BRASIL, 2006). Após a implementação dessa lei, no primeiro ano as taxas de homicídio contra as mulheres diminuiu levemente, porém voltaram imediatamente a crescer de forma substancial até o ano 2010, quando se registrou a taxa de 4,6 homicídios para cada 100 mil mulheres, o maior número observado no país até então (WAISELFISZ, 2012).

Segundo Bernardino et al. (2016) a violência contra mulher é multifacetada, e sob a perspectiva socioecológica, é produto da interação complexa entre indivíduo, família, comunidade e fatores de nível social. Pois, está associada em vários fatores de riscos, incluindo características sociodemográficas e socioeconômicas, uso de substâncias (drogas) e histórico de ter presenciado violência familiar na infância ou adolescência.

Em 2015, Dourado e Noronha afirmaram que, o local mais atingido em mulheres vítimas de violência é a região de cabeça, pescoço e especialmente a face.

As lesões nessa região podem causar sérios problemas estéticos, perda de função e geram alto custo de tratamento. E devido aos efeitos tecidos moles e ossos, bem como possível envolvimento dos olhos, nervos e cérebro, trauma facial exige com frequência uma abordagem multidisciplinar (COSTA et al, 2014).

Objetivamos realizar uma revisão da literatura sobre a violência contra mulheres, considerando as variáveis de maior importância relatadas na literatura.

2. OBJETIVO

Esse trabalho tem objetivo de realizar uma revisão da literatura sobre a violência contra mulheres, considerando as variáveis, faixa etária, situação conjugal e renda da vítima de violência contra mulheres, sujeito do agressor e lesão facial.

3. METODOLOGIA

Este estudo é uma revisão de literatura. Foram consultadas bases de dados da Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), Scientific Eletronic Library Online (SciELO) Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Utilizou-se os seguintes descritores: violência, mulher, trauma facial e/ou lesão facial. E suas correspondentes em inglês: violence, women, e facial injury. Estes descritores foram pesquisados na Biblioteca Virtual em saúde (BVS) da Biblioteca Regional de Medicina (BIREME) e em Google Academic.

Os artigos foram classificados segundo os critérios de inclusão: texto completo, idioma em português e inglês, bem como serem classificados como artigo no período entre 2000-2018. Os critérios de exclusão foram outros idiomas, serem classificados como tese, monografia, e projeto de pesquisa.

4. DISCUSSÃO

4.1. A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER E SUA RELAÇÃO COM A SAÚDE PÚBLICA

4.1.1. Faixa etária da mulher vítima de violência

A violência contra mulher é uma forma de violência que praticamente continua e se espalha em todas as classes sociais e culturas (OKABE & FONSECA, 2009). As vítimas têm sua saúde prejudicada pelas lesões resultantes das ações de violência, depressão e baixa estima (GARBIN et al. 2006). Tal fato não só causa problemas físicos e psicológicos para as mulheres, mas também implica riscos para saúde de seus filhos. (KLEVENS, 2001). A violência contra mulher é um problema de saúde pública, em que 35% mulheres no mundo sofreram violência (OMS, 2017), cujo volume de evidência aumentou globalmente (LAMICHHANE et al, 2011).

Lamichhane et al. (2011) realizou um estudo sobre violência contra mulheres jovens casadas em área rural de Nepal, cuja metade das mulheres jovens já tinham experimentado algum tipo da violência na sua vida. Mostrou nos resultados a diferença significativa nas idades, predominando a faixa etária de 21-24 (62%), 18-20 correspondendo a 31,2%, e 6,1% para 15-17 anos. Faseha et al (2012), em sua pesquisa feita no campo de refugiado de Shimelba, norte da Etiópia, encontraram predomínio da faixa etária de 20-24 anos (41%), em seguida 25-29 anos (25%), 30-34 anos (11%) e 10% para faixa etária de 10-15 anos. No estudo de Bazargan-Hejazi et al. (2012), em Malawi, as diferenças não foram tão significativas: a maioria das vítimas são de 20-24 anos (27%), em seguida de 25-29 anos (23%), e de 45-49 anos por 6,5%. Ali et al. (2014), na sua pesquisa em megacidade de Sul da Ásia, constatou que a maioria das vítimas são de faixa etária de 40-49 anos (43,1%).

Garbin et al. (2006) consideram que as mulheres vítimas de violência praticamente são de todas as idades (0-75 anos), predominando a faixa etária de 0-15 anos com 51.5%, 15,1% para 15-30 anos, 18,2% para 30-45 anos, 12,1% para 45-60 anos e 3,1% para 60-75 anos.

Existem certas variações em diferentes estudos, como na pesquisa de Leite et al. (2014). Os dados registrados pela Polícia Civil (2010) em Montes Claros

mostrassem que predomina a violência na faixa etária de adultos (80,9%), seguidos de crianças/adolescentes (14,5%), e em idosos (4,6%). Algo semelhante foi encontrado no estudo de Costa et al. (2014), que mostrou uma proporção de 42,5% para adultos na faixa etária de 20-59 anos, crianças/adolescentes 0-19 anos (24,0%), e idosos de 60 anos ou mais com 16,1%. Na pesquisa que foi realizada em Campina Grande, mostrou resultado similar, no qual a maioria das vítimas foi de 20-29 anos (NÓBREGA et al, 2016).

No estudo de Bernardino et al (2016), a violência predomina na faixa etária de 30-59 anos e 60 anos ou mais por 48,6%; e 46,0% para 15-29 anos. Resultado semelhante encontra-se na pesquisa de Leite et al (2015), realizada no município de Serra (ES) com amostra de 42 mulheres de vítimas de violência, cuja faixa etária de maior porcentagem é a de 30-39 anos (45,2%); com idosos acima de 60 anos encontrou-se a de menor número (4,8%).

Em 2007, Schraiber et al. realizou um estudo transversal sobre a prevalência da violência contra mulheres por parceiros íntimos, na cidade de São Paulo (SP) e na Zona da Mata de Pernambuco (ZMP). A amostra utilizada foi representativa, constituída por mulheres de 15 a 49 anos. O resultado mostrou que a idade predominante foi de 20-29 anos (36,6%) em ZMP, e de 30-39 anos (34%) em SP. Após dois anos, D'Oliveira et al (2009) elaborou o mesmo estudo em SP e ZMP, realizando uma entrevista com 2128 mulheres de 15 a 49 anos, que morassem nos municípios citados. O resultado a que se chegou é que a maioria das vítimas corresponde à faixa etária de 40-49 (32,0%) em SP, diferente do resultado do estudo em 2007; e em ZMP predomínio da faixa etária de 30-39 (40,3%).

Em 2016, da Silva et al. realizaram um estudo sobre o Perfil Epidemiológico e característica de lesões orais e maxilofacial em mulheres vítimas de violência interpessoal, delimitando a faixa etária de mulheres de 2 a 69 anos como amostra. Encontrou o predomínio da faixa etária entre 18 e 35 anos, totalizando cerca de 57,4% de toda a amostra. Nobrega et al (2017) constataram que não há diferença significativa entre diversas faixas etárias 50,1% para vítimas que corresponderam a idade de igual ou menos de 27 anos e 49,9% para idade de igual ou mais de 27 anos.

Duque et al (2012) realizou um estudo sobre violência contra idosos no ambiente doméstico, ressaltando a violência sofrida pelos idosos por motivo de suas limitações funcionais e cognitivas. O resultado no seu estudo mostrou que a maioria

das vítimas são do sexo feminino, predominando a faixa etária de 60-69 anos. Em outra pesquisa, sobre violência em pessoa idosa, Mascarenhas et al (2012) afirmou que as vítimas que correspondem a idade igual ou mais de 70 anos são de 52%, e 48% as de 60-69 anos.

Essa discordância nos resultados associados à faixa etária das vítimas provavelmente ocorreu por causa de uma maior prevalência de inquéritos instaurados por crimes de maus tratos, praticados pelo responsável de crianças, adolescentes e idosos, já que estes são dependentes (GARBIN et al, 2006). Apesar da diferença em várias faixas etárias, muitos autores indicaram que maioria das vítimas de violência contra mulher são de faixa etária adulta (DA SILVA et al, 2016).

4.1.2. **Situação conjugal da mulher vítima de violência**

Segundo Organização Mundial de Saúde - OMS (2017), quase um terço de mulheres em relacionamento, em todo mundo, relatam ter sofrido violência física e/ou sexual por parte do parceiro durante a vida. Quanto ao estado civil das vítimas, não há consenso na literatura, alguns autores indicam a condição de amasiadas, outros para casadas, e para solteiras (GARCIA et al. 2008).

Schraiber et al. (2007) realizaram a pesquisa em São Paulo (SP) e Zona Mata de Pernambuco (ZMP) sobre violência pelo parceiro íntimo. Apresentou o seguinte resultado: predomínio das casada 52% (SP) e 41,1% (ZMP); vivendo com parceiro 20,3% (SP) e 40,3% (ZMP), namoro com relação sexual 16,4% em SP, e 7% em ZMP; e separada, viúva/divorciada 11,2% em SP, e 10,3% em ZMP. Em estudo semelhante desenvolvido por D'Oliveira et al. (2009), encontram-se o resultado diferente do anterior: nos dois locais, a prevalência das vítimas é de divorciadas (SP 61.9% e ZMP 54,1%). Este autor ressaltou ainda que o possível fator influenciador na associação entre violência conjugal e união informal é a valorização de casamento formal, aliado à castidade feminina. Através desse resultado, pode-se indicar que as mulheres separadas anteriormente tiveram relações violentas e decidiram deixar essas relações justamente por causa da violência por parceiro íntimo.

Na pesquisa de Leite et al (2015), na Serra-ES, em relação ao estado civil, encontra-se a maioria das mulheres separadas/divorciadas com 38,1%, solteiras (35,7%), casadas (19%), união consensual (4,8%) e viúvas (2,4%), diferentemente de

outras pesquisas que evidenciaram um maior percentual de mulheres que se declaram casadas.

No estudo de Mascarenhas et al (2012) sobre violência contra pessoa idosa, identificou-se como vítimas predominantes as solteiras/viúvas/separadas, correspondendo a 65,3% do que as casadas/união consensual. Resultado semelhante foi mostrado em outro estudo em Vitória-ES, no qual se identificou que, nos últimos anos, as mulheres divorciadas ou separadas (30,0%) sofreram mais violência por parceiros íntimos que as casadas (8,0%) e solteiras (8,8%). Através destes resultados mostram que essas mulheres separadas anteriormente vivenciam em relações violentas e conseguiram se libertar dessa situação violentas por parceiros (LEITE et al. 2017).

Em outra pesquisa, a maioria das mulheres que sofreu agressões é solteira, com total de 63%; já o percentual de casadas foi menor, com apenas 20,4% (REZENDE et al, 2007). Num estudo que realizou na Bahia, com 223 mulheres, Da Silva et al (2018) reforçou que estado civil das vítimas de violência é de solteira (74,9%). A maioria das vítimas do estudo de Nobrega et al. (2016) também era solteira.

Resultado semelhante encontra-se na pesquisa recente de Nobrega et al (2017), no qual a maioria das vítimas era de solteiras, em seguida de mulheres casadas. Castro et al (2017) reforçou que o grande número de vítimas foram solteiras (54,69%), seguidas por mulheres casadas (25,13%), e com parceiro doméstico (7,66%).

Sousa et al (2013) no seu estudo em Minas Gerais, não mostra diferença significativa entre amasiados (28,8%), casadas e solteiras (26,0%), divorciadas (15,9%). Para Garcia et al (2008), o predomínio é de amasiadas (50,3%), em seguida de casadas (40,3%). Em pesquisa sobre violência contra pessoas idosas, o resultado mostrou que maioria das vítimas foram solteiras/viúvas do que casadas (MASCARENHAS et al, 2012). O número significativo de mulheres solteiras como vítimas de violência foi um achado inesperado que levantou algumas dúvidas em relação aos dados coletados nos relatórios. No entanto, é provável que essas mulheres solteiras declarassem seus status como solteiras, apesar de terem um relacionamento coabitante com seus parceiros (NOBREGA et al. 2016). Em relação às variações nos resultados, Castro et al. (2017) ressaltou que o fato muitas mulheres se declararem solteiras, casadas ou divorciadas, na verdade são apenas parceiras, coabitando em um chamado casamento de direito comum, sem qualquer forma legal. Como esse item de

informação é registrado com base no relato espontâneo da mulher, a proporção de mulheres em união estável pode ser maior do que a mostrada nos resultados.

4.1.3. Renda da vítima de violência

O papel das mulheres modificou-se sensivelmente. Depois da Revolução Industrial e as Guerras Mundiais, a força de mão-de-obra feminina foi aumentada nas potências industrializadas, ao ocupar as posições sociais que eram exclusivamente para homens, mas isso não diminuiu a violência contra elas, sendo um grave problema de saúde pública (GARBIN et al 2006).

A violência é um fenômeno social complexo e ocorre por muitos fatores, entre eles a desigualdade de gênero. Em países desenvolvidos, a maior prevalência de violência está associada à baixa condição socioeconômica de população e à implementação da regra no qual mulher deve aceitar os diferentes comportamentos dos homens e interação social (NÓBREGA et al. 2017).

Os estudos, de modo geral, apontam que a violência contra mulher envolve todos os grupos socioeconômicos, porém as mulheres que vivem na pobreza são afetadas desproporcionalmente (OMS, 2012).

Antes da lei Maria da Penha, em 2004, 2005 e em março 2006 o número de relatórios emitidos pelo Departamento de Medicina Forense (Vitoria, ES) foi de 374, enquanto no período após promulgação da lei, novembro de 2006 e os anos de 2007 e 2008, mostrando um aumento de 30,21% dos casos (CASTRO et al. 2017).

Schraiber et al (2007) realizou um estudo transversal sobre a predominância da violência contra mulheres por parceiros íntimos, na cidade de São Paulo (SP) e na Zona da Mata de Pernambuco (ZMP). Ele constatou que, em São Paulo, as mulheres com renda própria sofrem mais violência do que as sem renda; resultado diferente mostra-se em Zona Mata Pernambuco, cuja maioria das vítimas não possuem renda. Dois anos depois, D'Oliveira (et al. 2009) realizou a mesma pesquisa em São Paulo (SP) e Zona Mata de Pernambuco (ZMP), mostrando o resultado diferente da primeira pesquisa: em ambos os locais predominam o status socioeconômico baixo 37,9% (SP) e 44,5% (ZMP), seguida de classe média por 27% (SP) e 34,5% (ZMP), e classe alta em São Paulo (19,2%) e Zona Mata de Pernambuco (31,4).

Na pesquisa de Leite et al. (2015), predominam mulheres de renda familiar de 1-3 salário mínimo (73,8%), em seguida as de renda acima de 3 salário mínimo (16%) e 9,5% de renda abaixo de 1 salário mínimo. Quanto à renda, Santi et al. (2010) afirmaram que mais da metade das mulheres possuem uma renda familiar inferior a dois salários mínimos. Leite et al. (2017) ressaltaram que o suporte social menor se apresenta como maior risco, pois a mulher se submete mais ao agressor por falta de oportunidade de enfrentar a violência. Na sua pesquisa, o resultado apresenta bem próximos, a renda da maioria das vítimas era renda familiar 1 salário mínimo (34,6%), em seguir renda familiar 3 salário mínimo (33,3%) e no último renda familiar 2 salário mínimo (32,1%).

Em outros estudos, predomina as vítimas desempregadas (59,4%), as de emprego não-manual (21,6%), trabalho renumerado (18,8%), e 0,3% desconhecido (VIVES-CASES et al, 2010). Bernardino et al (2016) não encontrou diferença significativo entre mulheres desempregados (53,5%) e assalariadas (49,7%).

A violência contra mulher praticamente acontece e continua espalhada em todas as classes, culturas e sociedade (OKABE e FONSECA, 2009). Porém, a maioria das vítimas são de classe social baixa.

4.1.4. Sujeito agressor

Segundo a Organização Mundial da Saúde, a maior parte os parceiros são agressores, e quase 30% das mulheres em todo mundo que tiveram um relacionamento sofreram alguma forma de violência física e/ou sexual na vida, por parte de seu parceiro. Investigações indicaram maior número de violência por parceiro íntimo, variando no mundo de 15,4% a 70,9%, para ocorrências de ao menos, uma vez na vida, de violência física e/ou sexual a partir dos anos 1990 (D'OLIVEIRA et al, 2009). A violência pelo parceiro íntimo é uma das características mais predominantes em países em desenvolvimento, como o Brasil (BERNARDINO et al, 2016). Em alguns casos, não só homens, mas mulheres também podem ser violentas e praticar agressões físicas ou verbais, por terem dificuldade de manifestar seus sentimentos de forma respeitosa e civilizada (SOARES, 2005).

A violência contra mulher ocorre praticamente em todos os países com os mais diferentes regimes econômicos e políticos, e a extensão da violência em cada país

é diferente, e mais frequente na cultura predominantemente masculina, e menos frequente em culturas que procuram soluções igualitárias para as diferenças de gênero (LEITE et al, 2017). Nóbrega et al (2016) em sua pesquisa na cidade de Campina Grande (Paraíba, Brasil), indica que a maioria dos agressores são homens (59,2%), seguida de mulheres (34,3%), homens e mulheres 2,5%, e 4% são desconhecidos. Nessa pesquisa, 40,4% dos agressores são conhecidos das vítimas, parceiros (22,9%), ex-parceiros (14,0%), familiar (11,2%), pessoas estranhas 7,6 % e 3,9% são desconhecidos. Semelhante ao estudo de Bernardino et al (2016), cuja maioria dos agressores são do sexo masculino (48,2%) e feminino (42,0%); sendo 41,9% são companheiros da vítima, e 37,6% ex-companheiros.

A violência por parceiro íntimo está conectada à aceitação e normas da hierarquia de gênero, cujos bens e comportamentos femininos estão sob controle como o 'direito' do masculino. Por causa disso, violência por parceiro íntimo surge quando a mulher desafia esse controle ou o homem não pode mantê-lo (D'OLIVEIRA et al, 2009). Sousa et al (2013) ressaltou que grandes responsáveis pela violência contra mulher foram os companheiros, mediante papéis sociais impostos a homens e mulheres que, reforçados pela cultura patriarcal, estão presentes nos comportamentos violentos, e as vítimas declaram que mesmo discordando com maridos, elas devem obedecer. Comparadas com dados internacionais, as taxas de violência por parceiro íntimo no Brasil não estão entre as mais altas (SCHRAIBER LB et al, 2007) enquanto que em países da Ásia e do Pacífico, as pesquisas mostram que entre 15 e 68 % das mulheres sofreram violência física e/ou sexual nas mãos de um parceiro íntimo (UNFPA ASIA & PACIFIC, 2018).

Nos resultados do estudo de Sousa et al, o sujeito agressor é o companheiro (49%), em seguida do ex-companheiro (26,8%), e por último o namorado. Ferraz e Lambronicci (2008), em suas pesquisas, também reforçam que os agressores eram companheiros (33,3%), ex-companheiros (20,5%) e pessoas conhecidas (32,7%). Em 2015, Leite et al realizou um estudo com 42 mulheres vítimas de violência, constatando que 71% dos agressores são companheiros, e 14,3% são para desconhecidos ou outro familiar. Semelhante resultado se encontra no estudo de Dourada e Noronha (2015) em Salvador-BA, onde a maioria dos casos de violência contra a mulher foi cometida pelo parceiro (70%) e em seguida por ex-parceiro (28,2%).

Nas pesquisas de Rezende et al (2007), os agressores foram companheiros (20,0%), familiares (3,7%), e maior número (61,1%) dos agressores não foram registrados. Esse dado que não registrado tem sido por habito no qual sendo escritos por outros méritos e outros não, ou se deve à falta de pergunta referente ao agressor, no preenchimento da guia para atendimento pericial no Instituto Médico Legal.

Em 2008, Garcia et al afirmou que a maioria da violência foi praticada pelo próprio companheiro, e em outros dados da literatura apresentam consenso sobre o abuso por parte do marido ou companheiro, ser a forma mais comum de violência contra a mulher. Em outros estudos, Leite et al (2014) confirma que o agressor foi alguém muito próximo da vítima: o companheiro, representando 45,1% dos casos, ou algum familiar (19,9%).

O cônjuge/acompanhante/marido/namorado teve a maior incidência como agressor, com 22,5%, seguido de ex-cônjuge/ex-companheiro/ex-marido/ex-namorado, com 15,2% no estudo de Da Silva et al (2016). Resultado semelhante encontra-se no estudo de Castro et al (2017), no qual os agressores foram: parceiro doméstico (37,43%), marido (19,3%), ex-parceiro doméstico (13,7%). Em relação à idade, em mulheres acima de 60 anos, os autores da violência mais comumente foram os filhos das vítimas.

Apesar da diferença metodológica na categorização do agressor, os dados do estudo são semelhantes aos de outros estudos que confirmam, como principais agressores, homens com vínculo ou intimamente ligados à vítima (DA SILVA et al, 2016), e os companheiros foram os grandes responsáveis pela violência doméstica contra a mulher (SOUSA et al, 2013). A violência por parceiro íntimo contra as mulheres é um problema global de Direitos Humanos e saúde pública, e são definidos como a gama de atos sexual, psicológica e fisicamente coercitivos usados contra mulheres adultas e adolescentes, por parceiros íntimos masculinos atuais ou anteriores (ALI et al, 2014).

4.1.5. Trauma Facial

A violência física é o dano por meio de uso de objeto ou da força física que resulta lesões externas e internas (GADONI-COSTA et al. 2011). Em relação ao local

das lesões, as áreas mais atingidas foram a face e a cabeça, seguidas por braço e mão, corpo inteiro e, os membros inferiores.

Dourado e Noronha (2015) afirmaram que o local mais atingido em mulheres vítimas de violência é a região da cabeça, pescoço e, especialmente, a face. Nota-se que a face é a área preferida dos agressores, pois há muitos relatos de soco no olho e na mandíbula (DESLANDES GOMES & SILVA, 2000), e nos tecidos moles da face. Apesar de lesão menos grave nos tecidos moles, as vítimas merecem mais atenção pois tal agressão pode causar danos ao seu estado emocional (SOUSA et al. 2016). E as lesões nessa região podem causar sérios problemas estéticos, perda de função e alto custo de tratamento. Devido aos efeitos, tecidos moles e ossos, bem como possível envolvimento dos olhos, nervos e cérebro, o trauma facial exige com frequência uma abordagem multidisciplinar (COSTA et al, 2014).

Rezende et al (2007) realizou um estudo em um hospital de pronto-socorro de Belo Horizonte – Minas Gerais. Verificou que uma mesma agressão pode causar tipos de lesões, tais como as lesões peribucais (em tecidos moles, tecidos duros e na polpa, tecidos periodontais e tecidos ósseos), que são mais frequentes em tecidos moles (47,52%); e as lesões nos tecidos periodontais (29,34%).

Segundo Costa et al (2014), na pesquisa sobre Traumas faciais entre mulheres por meio de violência e não violência em Campina Grande-PB, identificou que a maioria dos tipos injurias foram lesões em tecidos moles (67,6%), seguido por fraturas (23,9%) e trauma dentoalveolar. Em relação ao local do trauma, predomina a área da mandíbula/ maxila/ arco zigomático, região intraoral e, em seguida, o osso nasal/região periorbital. A pesquisa realizada na mesma cidade, por Nobrega et al (2016), constatou que para intimidar e humilhar as vítimas, a região da face torna-se alvo principal dos agressores, pois o rosto é tido como um valor estético para as mulheres. Ele indica que o tipo de trauma mais recorrente é a dos tecidos moles (96,6%), e o local mais atingido foi a região orbital (20,1%), seguido da região oral (11,5%).

Em 2016, Da Silva et al realizou a pesquisa em Feira de Santana-BA, concluindo o seguinte: os tipos da injuria mais recorrente foram edema, em seguida fratura dental e deslocação dental; quanto ao local atingido, predominou a região bucal, seguida por região orbital na parte de extraoral, na intraoral foram nos dentes (50,8%) e, por fim, a mucosa labial.

Castro et al (2017) afirmou que as lesões da cabeça e do pescoço são como um problema socioeconômico e institucional que não tem solução. No estudo desses autores, a região mais afetada foi a orbital (17.14%), depois a cervical (16.63%) e por último a frontal (12.51%).

Em 2017 Nobrega et al relatou que lesões na cabeça, face ou pescoço parecem ser sugestivas e não são marcadores específicos de violência física interpessoal. Só através de um exame completo da vítima é possível fazer a investigação desse problema. Porém, quando se trata de uma mulher, apresenta-se a possibilidade de ser vítima de violência física devido à vulnerabilidade de gênero.

Assim, independentemente do local da lesão, o caso deve ser investigado. Os resultados da pesquisa mostram que casos de trauma em mais de uma região do corpo (51,2%) foram os mais comuns; 46,4% mulheres apresentaram lesões maxilofaciais e o tipo mais comum de trauma maxilofacial foi uma lesão dos tecidos moles (96,8%). Lesões na região de cabeça e face foram mais comuns em mulheres vítimas de violência, devido à localização proeminente da cabeça e sua exposição e falta de proteção (NÓBREGA et al, 2016).

Embora com a existência e implementação da lei Maria da Penha, isso não impediu os perpetradores cometerem violência contra mulher.

5. CONCLUSÃO

Após de revisar todas essas pesquisas, concluímos que:

- A violência contra mulher é uma problema de saúde publico e ocorre em todas as faixas etárias, com maior prevalência em fase adulta;
- A maioria das vitimas são solteiras;
- A maioria das vitimas são de baixa renda.
- Os principais autores da violência foram parceiros íntimos;
- Região de cabeça, pescoço e face são regiões como alvo principal dos agressores.

REFERÊNCIAS

- ALI N.S., ALI F.N., KHUJAWA A.K., NANJI K. Factors associated with intimate partner violence against women in a mega city of South-Asia: multi-centre cross-sectional study Introduction. **Hong Kong Medical Journal**. Hong Kong, v. 20, n. 4, p. 297-303, 2014.
- BAZHARGAN-HEJAZI, S. et al. Patterns of Intimate Partner Violence: a study of female victims in Malawi. **Journal of Injury Violence & Research**. Jan. 5, p.38-50, 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3591730/pdf/jivr-05-38.pdf>>. Acesso: ago 2018
- BERNARDINO, I.M., et al. Violência interpessoal, circunstâncias das agressões e padrões dos traumas maxilofaciais na região metropolitana de Campina Grande, Paraíba, Brasil (2008-2011). **Ciência & Saúde Coletiva**. São Paulo, v. 22, n. 9, p.3033-3044, 2017.
- BERNARDINO, I.M. et al. Violência contra mulheres em diferentes estágios do ciclo de vida no Brasil: um estudo exploratório. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. São Paulo, v. 19, n. 4, p.740-752, 2016.
- BRASIL. Lei n. 11.340, de 7 de agosto de 2006. **Lei Maria da Penha**. Diário Oficial da União, 8 de agosto de 2006. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm>. Acesso:
- CASTRO T.L., et al. Violence against women: characteristics of head and neck injuries. RGO, **Revista Gaúcha Odontologia**. Porto Alegre, v.65, n.2, p.100-108, abr./jun., 2017.
- COSTA M.C.F. et al. Facial traumas among females through violent and non-violent mechanisms. **Brazilian Journal of Otorhinolaryngology**. São Paulo, vol. 80, n. 3, p.196-201, may./jun., 2014. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/3924/392434066004.pdf>>. Acesso: out 2018
- D'OLIVEIRA, A.F.P.L. et al. Fatores associados à violência por parceiro íntimo em mulheres brasileiras. **Revista Saúde Pública**. São Paulo, v.43, n.2, p.299-310, 2009.
- DA SILVA, E. N. et al. Epidemiological profile and characterization of oral and maxillofacial injuries in women victims of interpersonal violence. **International Journal Odontostomatology**. V.10, n.1, p.11-16, 2016.
- DESLANDES, S. F.; GOMES, R.; SILVA, C. M. F. P. Caracterização dos casos de violência doméstica contra a mulher atendidos em dois hospitais públicos do Rio de Janeiro. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.16, n.1, p.129-137, jan-mar, 2000.
- DOURADO, S.M.; NORONHA C.V. Marcas visíveis e invisíveis: danos ao rosto feminino em episódios de violência conjugal. **Ciência & Saúde Coletiva**. São Paulo, v.20, n. 9, p.2911-2920, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csc/v20n9/1413-8123-csc-20-09-2911.pdf>. Acesso: ago 2018

DUQUE, A.M. et al. Violência contra idosos no ambiente doméstico: prevalência e fatores associados (Recife/PE). **Ciência & Saúde Coletiva**. V.17, n.8, p.2199-2208, 2012. Disponível em:

<<http://www.portalinclusivo.ce.gov.br/phocadownload/artigosidoso/violenciacontraidososnoambientedomstico.pdf>>. Acesso: nov 2018

FASEHA, G.; MARIAM A.; GERBABA M. Intimate partner physical violence among women in Shimelba refugee camp, northern Ethiopia. **BMC Public Health**, 2012. Disponível em:

<<https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1471-2458-12-125>>.

Acesso: out 2018

FERRAZ M.I.R., LABRONICI L.M. Perfil da violência doméstica contra mulher em Guarapuava, Paraná. **Cogitare Enfermagem**. Curitiba, v.14, n.2, p.261-268, abr./jun., 2009.

GADONI-COSTA L..M., ZUCATI A.P., DELL'AGLIO D.D. Violência contra a mulher: levantamento dos casos atendidos no setor de psicologia de uma delegacia para a mulher. **Estudos de Psicologia**. Campinas, v.28, n.2, p.219-227, abr./jun., 2011. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v28n2/09.pdf>>. Acesso: out 2018

GARBIN C.A. et al. Violência doméstica: análise das lesões em mulheres. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.22, n.12, p.2567-2573, dez, 2006. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n12/06.pdf>>. Acesso: ago 2018

GARCIA M.V. et al. Caracterização dos casos de violência contra a mulher atendidos em três serviços na cidade de Uberlândia, Minas Gerais, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.24, n.11, p.2551-2563, nov, 2008. Disponível em: out 2018

KLEVENS, J. Violência física contra la mujer en Santa Fe de Bogotá: prevalencia y factores sociales. **Revista Panam Salud Pública**. V. 9, n. 2, p.78-83, 2001. Disponível em:

<<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/8614/4298.pdf?sequence=1>>.

Acesso: out 2018

LAMICHHANE, P. et al. Women's Status and Violence against Young Married Women in Rural Nepal. **BMC Women Health**. P.1-9, 2011. Disponível em:

<<https://bmcwomenshealth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1472-6874-11-19>>.

Acesso: ago 2018

LEITE, F.M.C. et al. Violência contra a mulher em Vitória, Espírito Santo, Brasil. **Revista Saúde Pública**. Espírito Santo, v. 51, p.51:33, 2017.

LEITE, F.M.C. et al. Violência contra a mulher: caracterizando a vítima, a agressão e o autor. **Journal of research: fundamental care online**. v.7, n.1, p.2181-219, jan./mar, 2015. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/5057/505750945029.pdf>>. Acesso: nov 2018

LEITE M.T. et al. Ocorrência de violência contra a mulher nos diferentes ciclos de vida. **Revista Latino-Americana Enfermagem**. Montes Claros, v.22, n.1, p.85-92, jan./fev. 2014.

MASCARENHAS M.D.M. et al. Violência contra a pessoa idosa: análise das notificações realizadas no setor saúde – Brasil, 2010. **Ciência & Saúde Coletiva**. São Paulo, v.17, n.9, p.2331-2341, 2012.

NÓBREGA, L.M. et al. Characteristics of violence against women in Campina Grande, north-eastern Brazil. **Tanzania Journal of Health**. V.18, n. 2, apr, 2016.

NÓBREGA, L.M. et al. Pattern of oral-maxillofacial trauma from violence against women and its associated factors. **Dental Traumatology**. P.1–8, 2017. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/edt.12327>>. Acesso: out 2018

OKABE I., FONSECA R.M.G.S. Violência contra a mulher: contribuições e limitações do sistema de informação. **Revista Escola Enfermagem USP**. São Paulo, v.43, n.2, p.453-458, 2009.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Prevenção da violência sexual e da violência pelo parceiro íntimo contra a mulher: ação e produção de evidência**. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2012. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44350/9789275716359_por.pdf?sequence=3>. Acesso: ago 2018

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Folha informativa - Violência contra as mulheres**. Disponível em: <<http://www.paho.org/bra>>. Acesso: ago 2018.

REZENDE E.J.C. et al. Lesões buco-dentais em mulheres em situação de violência. **Revista Brasileira Epidemiologia**. São Paulo, v.10, n.2, p. 202-214, 2007.

SANTI, L.N.; NAKANO M.S.; LETTIERE, A. Percepção de mulheres em situação de violência sobre o suporte e apoio recebido em seu contexto social. **Texto Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v.19, n.3, p.417-424, jul./set., 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n3/a02v19n3>>. Acesso: out 2018

SCHRAIBER L.B. et al. Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil. **Revista Saúde Pública**. São Paulo, v.41, n.5, p.797-807, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41n5/5854>>. Acesso: ago 2018

SIGNORELLI, M.C.; AUAD, D.; PEREIRA, P.P.G. Violência doméstica contra mulheres e a atuação profissional na atenção primária à saúde: um Estudo etnográfico em Matinhos, Paraná, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.29, n.6, p.1230-1240, jun, 2013.

SOARES B.M. **Enfrentando a violência contra a mulher: orientações práticas para profissionais e voluntários(as)**. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres/CESeC, 2005.

SOUSA A.K.A., NOGUEIRA D. A., CÔRTEZ C.V. Perfil da violência doméstica e familiar contra a mulher em um município de Minas Gerais, Brasil. **Caderno de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.21, n.4, p.425-431, 2013.

SOUSA, R.I.M. et al. Maxillofacial Trauma Resulting from Physical Violence against Older Adults: a 4-year Study in a Brazilian Forensic Service. **Brazilian Research in Pediatric Dentistry and Integrated Clinic**. Campina Grande, v.16, n.1, p.313-322, 2016.

UNFPA - United Nations Population Fund **Measuring prevalence of violence against women in Asia-Pacific**. Disponível em: <<https://asiapacific.unfpa.org/en>>. Acesso: nov. 2018.

VIVES-CASES C. et al. The effect of intimate partner violence and other forms of violence against women on health. **Journal of Public Health**. V.33, n.1, p. 15-21, 31 December, 2010.

WAISELFISZ J.J. **Mapa da violência 2012 atualização**: homicídios de mulheres no Brasil. Rio de Janeiro: Centro Brasileiro de Estudos Latino-americanos (Cebela), 2012. Disponível em: <https://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2012/MapaViolencia2012_atual_mulheres.pdf>. Acesso: nov 2018