



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SEGURANÇA PÚBLICA**

RITA DE CÁSSIA PEREIRA

**VIOLÊNCIA DE GÊNERO:
A MATERIALIZAÇÃO DA INJUSTIÇA NA PREVALÊNCIA DE LESÕES**

CAMPINA GRANDE – PB

2014

RITA DE CÁSSIA PEREIRA

**VIOLÊNCIA DE GÊNERO:
A MATERIALIZAÇÃO DA INJUSTIÇA NA PREVALÊNCIA DE LESÕES**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento à exigência para obtenção do grau de Especialista em Segurança Pública.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Aline Lobato Costa

CAMPINA GRANDE – PB

2014

É expressamente proibida 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 da dissertação.

P436v Pereira, Rita de Cássia
Violência de gênero [manuscrito] : a materialização da
injustiça na prevalência de lesões / Rita de Cássia Pereira. - 2014.
48 p.

Digitado.
Monografia (Especialização em Segurança Pública) -
Universidade Estadual da Paraíba, Pró-Reitoria de Pós-Graduação,
2014.
"Orientação: Profa. Dra. Aline Lobato Costa, Departamento
de Direito".

1. Violência de Gênero. 2. Laudos Periciais. 3. Violência
contra a Mulher. 4. Lesões Maxilofaciais. 5. Violência
Doméstica. I. Título. 21. ed. CDD 362.83

RITA DE CÁSSIA PEREIRA

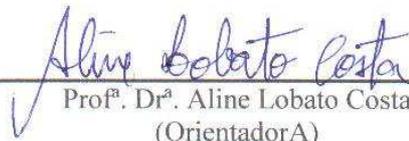
**VIOLÊNCIA DE GÊNERO: A MATERIALIZAÇÃO DA
INJUSTIÇA NA PREVALÊNCIA DE LESÕES**

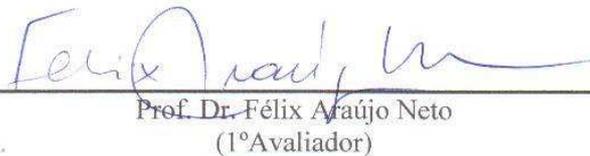
Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Segurança Pública da Universidade Estadual da Paraíba, em convênio com a Secretaria de Segurança Pública e Defesa Social do Estado da Paraíba, em cumprimento à exigência para obtenção do grau de especialista.

Orientador(a): Prof^ª. Dr^ª. Aline Lobato Costa

Aprovado, em: 04/07/2014
Nota: 10,0(dez vírgula zero)

BANCA EXAMINADORA


Prof^ª. Dr^ª. Aline Lobato Costa
(OrientadorA)


Prof. Dr. Félix Araújo Neto
(1ºAvaliador)


Prof^ª. Dr^ª. Sabrina Correia Medeiros Cavalcanti
(2ºAvaliador)

RESUMO

A constituição da violência de gênero como problema social no contexto brasileiro teve início na década de 80, sendo marcada pelo difícil ou inexistente acesso a Justiça e a impunidade. Caracterizada pela incidência dos atos violentos contra a mulher, a violência de gênero abrange aspectos sociais, econômicos, políticos e culturais que resultam, dentre outras maneiras, em sofrimento e/ou danos físico, psicológico, sexual, inclusive, morte. Dentre as ocorrências mais frequentes de agressões contra a mulher estão os maus-tratos e a lesão corporal dolosa - socos, chutes, tapas, violência sexual e agressões com objetos. O presente estudo visa responder qual a prevalência dessas lesões, as quais materializam a violência de gênero. Objetivando avaliar a prevalência de lesões leves no pescoço, cabeça e face em mulheres. Para isso foram utilizados os laudos médico-periciais registrados no Núcleo de Medicina e Odontologia Legal (NUMOL), da cidade de Campina Grande, estado da Paraíba, Brasil. Foram analisados 106 laudos periciais, referentes aos crimes de lesões corporais em mulheres, ocorridos no período de janeiro a junho de 2012. A análise dos laudos periciais considerou informações como faixa etária, estado civil, naturalidade, profissão, grau de parentesco vítima-agressor, bairro de ocorrência; sendo também analisada a tipicidade e peculiaridades das lesões. Em síntese os resultados mostraram que um número considerável de vítimas são casadas (47%), na faixa etária entre 25-29 anos (22%). Sendo a maioria das mulheres vítimas do Estado da Paraíba (95%), com ápice de casos acontecendo nos meses de janeiro, março e abril de 2012. Quanto ao local de ocorrência da violência, estas se dão nas residências das próprias vítimas. As lesões são contusas na face (83%), sendo que somente nos lábios as lesões chegam a 13,79%. Dessa forma, os traumas são faciais, estes compostos por lesões de tecidos moles e fraturas ósseas causadas por socos, tapas, chutes e em sua maioria a violência ocorrendo dentro do ambiente doméstico tendo como agressor cônjuges e/ou parentes. Frisando, ainda, que os traumas não deixam apenas sequelas físicas, mas marcas emocionais profundas.

Palavras-Chave: Violência de Gênero, Laudos Periciais, Lesões.

ABSTRACT

The constitution of gender violence as a social problem in the Brazilian context began in the 80s and is marked by difficult or no access to justice and impunity. Characterized by the incidence of violence against women, the violence of gender encompasses social, economic, political and cultural aspects resulting, amongst other things, in pain and/or physical, psychological or sexual damage, or even death. Amongst the more frequent occurrences of aggression against women are mistreatment and wilful bodily harm through punches, kicks, slaps, beatings and sexual violence with objects. The present study aimed to evaluate the types and prevalence of lesions registered in expert medical reports at the Centre for Medicine and Forensic Dentistry (NUMOL) in Campina Grande, in the State of Paraíba, Brazil. One hundred and six expert reports were analyzed referring to personal injury crimes on women during the period January to June 2012. Analysis of the reports considered the information on the victims, regarding age, civil state, origin, profession, kinship, victim-offender addresses and the types and peculiarities of the victims' injuries were analyzed. The results demonstrated that 47% of victims were married and of these 22% were aged between 25-29 years. Most women (95%), victims of interpersonal aggression in the state of Paraíba, (with the peak of cases occurring in the months of January, March and April 2012), were attacked in their residences. The lesions (83%) were contusions to the face, with lesions to the lips reaching 13.79%. Typically, facial trauma comprised soft tissue damage and bone fractures caused by punches, slaps, kicks etc., mostly occurring within the home environment and administered by spouses and / or relatives (48%). It is important emphasize that these traumas not only leave physical sequelae, but also profound emotional damage.

KEYWORDS: Gender Violence, Expert Reports, Lesions.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
2. REFERENCIAL TEÓRICO	11
2.1. Violência de Gênero	11
2.2. Violência Doméstica	13
2.3. Violência Contra a Mulher no Contexto Brasileiro e na Paraíba	15
2.4. As Leis e a Violência Contra a Mulher	17
2.5. Violência Materializada nas Lesões Contra as Mulheres.....	19
2.5.1. Lesões Maxilofaciais	19
3. METODOLOGIA	21
3.1. Tipo de Pesquisa	21
3.2. Local da Pesquisa	22
3.3. A Amostra	22
3.4. A Coleta dos Dados	22
3.5. Fonte de Informação	23
3.6. Procedimentos Estatísticos	23
4. RESULTADOS	23
4.1. Características das Vítimas	24
4.1.1. Faixa Etária	24
4.1.2. Profissão	25
4.1.3. Estado Civil	26
4.1.4. Naturalidade	26
4.2. Características do Evento da Agressão	27
4.2.1. Bairro	27
4.2.2. Meses de Ocorrência	28
4.2.3. Local de Ocorrência	28
4.2.4. Grau de Parentesco com a Vítima	29
4.3. Características da Lesão	30
4.3.1. Meio que Produziu a Lesão	30
4.3.2. Tipo de Lesão Produzida	31
4.3.3. Local da Lesão	32
5. CONCLUSÃO	34
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	35
ANEXOS	45

1. INTRODUÇÃO

A violência tem a sua materialização, dentre outras maneiras, por meio de comportamentos extremamente drásticos nos âmbitos sociais, políticos, econômicos, interpessoal e doméstico. Sendo as formas de violência as mais complexas.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), considerando as características comportamentais e a complexidade da violência, a define como: 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 grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (ASSIS, CONSTANTINO, 2010).

Assim, a violência não simplesmente seria um fenômeno natural e a violência contra as mulheres não sendo uma experiência de caráter privado, exigindo das Políticas Públicas o esforço de capacitar os serviços para identificar a violência e tratá-la como agravo de natureza social que produz consequências.

No entanto, mesmo sendo a violência contra as mulheres reconhecida, frequentemente com consequências e/ou óbitos, os casos costumam ser pouco relatados, estudados, pesquisados, resolvidos, mitigados nas muitas esferas governamentais. Talvez devido à dificuldade dos serviços em reconhecer e diagnosticar a violência contra a mulher.

Neste contexto, estão inseridas as práticas de violência contra a mulher, especificamente a violência no ambiente familiar ou intrafamiliar, espaço de segurança, lealdade, companheirismo, carinho. Violência está referente a todas as formas de violência e comportamentos dominantes praticados no âmbito doméstico.

Quanto à tipicidade das lesões, pesquisas realizadas em João Pessoa, indicam, partindo de dados no atendimento primário à saúde de mulheres violentadas, ser a região da cabeça e pescoço as mais afetadas pelas agressões físicas - equimoses, lesões nos lábios e mucosa bucal -cometidas pelos agressores (BEZERRA, 2012).

A presente pesquisa foi desenvolvida com base na análise de 106 Laudos Traumatológicos de mulheres vítimas de violência, elaborados no Núcleo de Medicina Odonto Legal (NUMOL), na cidade de Campina Grande, no Estado da Paraíba. A pesquisa é do tipo documental, com característica de estudo transversal retrospectivo (ROVER, 2006).

O presente estudo propõe investigar a violência contra a mulher considerando lesões a partir dos Laudos Traumatológicos, identificando a prevalência das lesões, em especial

maxilofacial, nesses laudos. Dessa maneira, problematizar os limites das abordagens tradicionais sobre violência contra a mulher, buscando auxiliar no repensar das relações no âmbito familiar. Corroborando assim com pesquisas que mostrem o perfil epidemiológico de todas as formas de violência perpetrada contra mulheres.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

Comportamentos violentos perpassam continuamente a História das sociedades, logo, é um fenômeno sócio-histórico, registrado desde a pré-histórica às sociedades pós-modernas. As marcas deste comportamento indicam a convivência ou conivência da humanidade com variadas formas de violência, não há sociedade isenta de violência, mas cada uma com as suas histórias e concepções que se alteram no decorrer do tempo (MYNAYO, 2006).

Dentre as variadas conceituações de violência, uma específica se refere a qualquer conduta que ofenda a integridade ou a saúde corporal de outrem através do uso da força, arma ou objeto, de forma intencional, que pode ou não causar dano, lesões internas ou externas no corpo. Segundo Bezerra (2005), a violência é um revelador da qualidade das relações que se estabelecem entre os indivíduos em um dado contexto e situação intersubjetiva, mas que reforça a nossa compreensão da paradoxal condição selvagem e humana em que vive a população (PORTO, 2007). Desta maneira, a materialização da violência se vincula a dinamicidade organizacional das sociedades, firmada nas estruturas culturais, econômicas, políticas e contextuais históricas (BRASIL, 2008).

2.1. Violência de Gênero

A discussão de relações de poderes remete a questões de gênero e este à violência de gênero, cujo conceito cultural é vinculado à forma como a sociedade constrói as diferenças sexuais atribuindo status diferente a homens e mulheres (GAMA et al., 2004). Porém, é importante frisar que a construção social de sexo condiz com a caracterização anatômica e fisiológica das pessoas, enquanto o gênero se refere à dimensão social da sexualidade humana (AMÂNCIO, 2001; DEBERT, 2008). No entanto, é mais importante ainda enfatizar que a postura negativa, em relação à gênero, delega poder ao homem, cuja identificação das

características é valorizada positivamente pela sociedade, em detrimento das características da mulher (SCOTT, 1990; ARAÚJO, 2005). Tal perspectiva dicotômica de gênero continua organizando os relacionamentos afetivos e conjugais, fazendo com que a violência perpetrada contra a mulher seja, erroneamente, constituinte de princípios culturalmente construídos no meio social (BOURDIEU, 2003).

O uso do conceito de relações de gênero surgiu no Brasil em 1980, através do diálogo entre academia e movimento social, com seus questionamentos e reivindicações sobre a situação social das mulheres (SCAVONE, 2010).

De fato, a violência contra a mulher está arraigada na ideologia que assegura a obediência das vítimas ao patriarca (SAFFIORI, 2004). O comportamento agressivo contra as mulheres decorre das concepções tradicionais de gênero e ressaltam a relevância de se investigar como homens e mulheres significam a violência para compreender os comportamentos violentos nas relações conjugais (GREIG, 2000; ANDERSON; UMBERSON, 2001).

Obviamente há casos esporádicos de violência praticada pela mulher contra o seu parceiro (ALVIM, 2005). Todavia, a violência feminina difere da masculina e se manifesta muitas vezes sutilmente e/ou na forma física e, de fato, são as mulheres as maiores vítimas da violência conjugal.

A dominação e o controle masculino sobre as mulheres inicialmente se deu por meio da força bruta e, posteriormente, foram impostas por leis, culturas, religiões, filosofias, ciências e pelas políticas (LE MOS, 2002; TORRÃO FILHO, 2005).

Desde a antiguidade e ao longo da Idade Média e da Idade Moderna, filhas mulheres eram indesejáveis, pois não serviam à perpetuação da linhagem paterna e ao serviço pesado da lavoura e do pastoreio, só para os trabalhos domésticos, pouco lucrativos e inferiores. Mas, em um passado longínquo, há cerca de 10.000 a.C. a sociedade supervalorizava a mulher (comunidades matriarcais), sobretudo pela sua função reprodutiva (HERMANN, 2007).

Ao longo da História, a violência sempre esteve presente no cotidiano das mulheres, baseada numa relação assimétrica sob a égide de um discurso pautado na valorização de um sexo sob o outro. Dentre os exemplos históricos de subjugação da mulher, podem ser mencionados:

1. Grécia Antiga – as mulheres não tinham direitos jurídicos, não recebiam educação formal, eram proibidas de aparecer em público sozinhas (VRISSIMTZIS, 2002).
2. Roma – jurídica e politicamente estavam no mesmo patamar que as crianças e os escravos, tendo como status social a função de procriadora e subsistência do homem (EGGERT, 2006).
3. Platão e Aristóteles percebiam na relação homem e mulher, como sendo a mulher a imperfeita (LAQUEUR, 2001).
4. Para o Cristianismo, a mulher representava o pecado e culpa pelo desterro dos homens do paraíso (ALVES, 1985).

Na atualidade, muitos desses atos permanecem escondidos e ‘protegidos’ dentro de muitos lares. O fato é que, em muitas sociedades, a violência contra a mulher é vista de maneira natural, banalizada ou tida como constituinte do cotidiano feminino. Há aceitação da violência exercida contra a mulher como forma de ação disciplinar exercida sobre esposas, filhas (STREY, 2001). De maneira que o lugar feminino, o doméstico, tornou-se, em virtude da dependência da mulher ao homem, espaço de submissão, no qual o controle social se dá principalmente pela regulação moral da sexualidade feminina (HERMANN, 2007).

Nas sociedades pós-modernas ocidentais, a violência abrangente toda e qualquer ação humana realizada por indivíduos, grupos, classes ou nações que convivam em uma dinâmica de relações. Mas, as mulheres são alvos de todo tipo de violência, seja ela, física, simbólica ou sexual, violência doméstica ou abuso sexual e, na maioria das vezes, provocada por parentes ou pessoas próximas a vítima (BRASIL, 2008).

2.2. Violência Doméstica

A violência intrafamiliar se caracteriza como toda ação ou omissão que prejudique o bem-estar, a integridade física, psicológica, a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de outro membro da família (CARAVANTES, 2000; ANDRADE, 2008). Os autores da ação podem estar presentes dentro ou fora de casa, sendo de fato o resultado de relações de poderes (FALEIROS, 1998). Segundo OLIVEIRA (2000), 2/3 das agressões sofridas pelas mulheres ocorrem no ambiente intrafamiliar, contra 18% dos casos entre homens agredidos.

Quase metade das mulheres é assassinada pelos maridos (ex), namorados (ex) ou atual companheiro; mas também são vitimizadas crianças e idosos (MEDRADO; AQUINO, 2006; MENEGHEL, 2013).

Segundo dados da OMS (Organização Mundial da Saúde, 2010), com base em pesquisa de 1983-2010, cerca de 30% das mulheres são vítimas de violência doméstica ou sexual de seus parceiros. Os índices mais alarmantes são da África, Oriente Médio e Sudeste da Ásia (37% das mulheres vitimizadas por seus parceiros); na América Latina, o índice atingiu 30%; Europa e América do Norte com 25% e 23%, respectivamente.

Para o Ministério da Saúde (2001), a violência doméstica pode ser dividida em:

- a) violência física - quando alguém causa ou tenta causar dano, por meio de força física, de algum tipo de arma ou instrumento que pode causar lesões internas;
- b) violência sexual - toda a ação na qual uma pessoa, em situação de poder, obriga à realização de práticas sexuais contra a vontade, por meio da força física e/ou influência psicológica;
- c) negligência - de um ou mais membros da família;
- d) violência psicológica - toda ação ou omissão que causa ou visa causar dano à autoestima, à identidade ou ao desenvolvimento da pessoa.

Algumas condutas abusivas do agressor são ainda ações violentas, como: insulto, grito, vexame social, palavras depreciativas, ameaças com violência, críticas profissionais, competição com os filhos, ameaça com violência dirigida aos filhos, opressão por dependência psicológica, incitação à depressão, aos problemas mentais e ao suicídio etc.

Para Williams (2008), essa violência é cultural e se constitui em três fases: 1) no acúmulo de tensão no relacionamento (há incidentes menores como agressões verbais, crises de ciúmes, ameaças, destruição de objetos, etc); 2) na fase da explosão (os efeitos são lesões corporais provocadas por socos, tapas, bofetadas, utilização de instrumentos como facas, revólveres, etc) e 3) na fase "lua de mel", na qual o agressor demonstra sentimentos de arrependimento (o casal se aproxima, intensificando a relação de co-dependência). De fato, as fases da situação de violência doméstica compõem um ciclo que pode se tornar vicioso, repetindo-se ao longo de meses ou anos.

Em todas as faixas etárias, 68,8% dos casos de violência contra as mulheres acontecem nas residências das mesmas, ou seja, é no âmbito doméstico que ocorre a maior parte das situações de violência experimentadas pelas mulheres. O grau de parentesco indica serem os pais os principais responsáveis pelos incidentes violentos até os 14 anos de idade das vítimas; embora que de 0-4 anos destaca-se sensivelmente a mãe. A partir dos 10 anos, prepondera à figura paterna, que será substituído progressivamente pelo cônjuge e/ou

respectivos (20-59 anos). Aos 60 anos são os filhos que assumem o lugar da violência contra a mulher (KRONBAUER, 2005; DOSSI et al., 2008; WAISELFIZ, 2012; OLIVEIRA; 2012).

Adicionalmente, alguns fatores comumente ‘contribuem’ com a prática da violência, como: bebidas, drogas, machismo, ciúmes, sentimentos conflitantes, o controle de sexualidade, etc.

2.3. Violência Contra a Mulher no Contexto Brasileiro e na Paraíba

Dados da Organização Mundial de Saúde (2005) revelaram que no mundo uma em cada seis mulheres sofre violência doméstica e em 60% dos casos envolvendo violência física, essa foi cometida por maridos ou companheiros.

Diante do panorama apresentado, a violência sofrida pelas mulheres passou a ser reconhecida como um problema de saúde pública por entidades ligadas aos direitos humanos e organismos internacionais como Organização das Nações Unidas (ONU), Organização Mundial da Saúde (OMS), Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), bem como pelo Ministério da Saúde do Brasil.

Informações contidas no Mapa da Violência (2012) indicam que o Brasil ocupa a sétima posição na incidência de homicídios de mulheres, num ranking mundial de 84 países. De 1980 a 2010 foram assassinadas acima de 92 mil mulheres no Brasil, 43,5 mil só na última década, cerca de 4,5 mortes para cada 100 mil mulheres. O índice brasileiro só perde para os de El Salvador (10,3), Trinidad e Tobago (7,9), Guatemala (7,9), Rússia (7,1), Colômbia (6,2) e Belize (4,6). O mapa revela ainda que o estado mais violento do Brasil é o Espírito Santo, com 9,4 homicídios para cada 100 mil mulheres, seguido por Alagoas (8,3) e Paraná (6,3).

No Brasil, a violência passional ocorre em todos os níveis sociais e evidencia as diversas situações de risco a que estão submetidas às pessoas no contexto intrafamiliar. A subalternidade, a passividade e a violência vivenciada pelas mulheres teve início no período da colonização. Quando a maioria dos homens portugueses tomou por força as mulheres, inicialmente buscaram relacionar-se com as indígenas e posteriormente, com as escravas africanas.

A tematização pública da violência contra mulheres, finalmente, teve início no Brasil entre 1970 e 1980, cujos protagonistas são o movimento feminista e o movimento de mulheres (IZUMINO, 2002).

Hoje há Centros de Referência de Atendimento à Mulher (CRAM), os quais compõem a rede de atendimento às mulheres em situação de violência, balizada pela Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, do Governo Federal, dividida nos setores de Saúde, Justiça, Segurança Pública e Assistência Social (BRASIL, 2011). Essas medidas são equipamentos públicos específicos para o acolhimento/atendimento psicológico e social, orientação e encaminhamento jurídico para as mulheres em situação de violência, com o objetivo de fortalecer e resgatar sua cidadania. (BRASIL, 2006). O primeiro órgão implantado no país com essas características foi a Casa Eliane de Grammont/SP, criada em 09 de março de 1990.

Todavia, os dados estatísticos brasileiros ainda são pouco organizados, com lacunas nas fontes de informação sobre tópicos prioritários para a análise de gênero. Esse fato dificulta a mediação direta de fenômenos específicos, de maneira que a capacidade estatística é insuficiente para gerar informação em áreas relevantes.

O Estado da Paraíba se encontra em 7º lugar e João Pessoa, a capital, em 2º, no ranking de taxas de homicídio feminino (WASELFSZ, 2012). De acordo com o Dossiê-Movimento (2012), em 2012, na Paraíba, foram assassinadas 91 mulheres e 62 sofreram estupro. Conforme dados da Secretaria de Estado de Segurança e Defesa Social (SEDS/PB) foram assassinadas 80 mulheres já no primeiro semestre de 2012. Destes assassinatos, 32% são relacionados à violência doméstica e sexual; 31% ao envolvimento com drogas; 18% a definir e os demais foram relacionados a outras causas, como latrocínio e vingança.

A violência contra a mulher na Paraíba (2009-2012)

Tipologia da Violência	2009		2010		2011		2012	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Violência física	257	45,33	362	48,72	555	50,09	372	43,46
Psicológica/Moral	181	31,92	208	27,99	341	30,78	184	21,50
Violência Sexual	73	12,87	98	13,19	137	12,36	90	10,51
Outras Violências	3	0,53	4	0,54	8	0,72	1	0,12
Negligência/Abandono	24	4,23	25	3,36	21	1,90	137	16,00
Violência Tortura	24	4,23	36	4,85	31	2,80	17	1,99
Financeira/Econômica	4	0,71	9	1,21	9	0,81	50	5,84
Intervenção Legal	0	0,00	1	0,13	2	0,18	2	0,23
Trabalho Infantil	1	0,18	0	0,00	3	0,27	0	0,00
Tráfico de Seres Humano	0	0,00	0	0,00	1	0,09	3	0,35
Total	567	100	743	100,0	1108	100,0	856	100,0

Fonte: SINAN / Ano 2012: dados acumulados até a semana epidemiológica nº23 (até 09/06/2012).

Data de 2009, através do Ministério da Saúde, o lançamento do instrutivo de preenchimento da ficha de notificação/investigação de violência doméstica, sexual e/ou outras violências. No mesmo ano o Estado inicia a implantação da ficha de notificação compulsória de violência. A partir deste ano teve início o registro de violência contra a mulher no Sistema de Informação de Agravos de Notificação SINAN.

O Núcleo de Atenção à Saúde da Mulher, criado em 2011, objetiva: a) trabalhar na perspectiva do fortalecimento da Atenção Integral a Saúde da Mulher; b) reestruturação da Rede Materno Infantil; c) atualização do Protocolo de Atenção às Mulheres Vítimas de Violência; d) formação de equipe de referência para composição da Rede Estadual de Atenção a Mulheres Vítimas de Violência e e) a qualificação dos profissionais de saúde que atuam nos serviços de referência para atendimento a mulheres vítimas de violência doméstica e sexual.

2.4. As Leis e a Violência Contra a Mulher

Na Conferência de Viena (1993), a violência contra mulher foi definida como “qualquer ato de violência baseada na diferença de gênero, que resulte em sofrimento e danos físicos, sexuais e psicológicos da mulher; inclusive ameaças de tais atos, coerção e privação da liberdade, na esfera pública ou privada” (SOARES, 2005).

De acordo com o art. 1º do documento da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher (Convenção de Belém do Pará), ratificada pelo Brasil em 1995, a referida violência consiste em “qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público como no privado” (ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS, 1994). Tendo como base a alínea “a” do art. 2º desse documento, foi elaborada a definição de violência doméstica e familiar contra a mulher, a qual consta na Lei Maria da Penha, definição esta presente no art. 5º da Lei. Segundo o art. 2º do documento da aludida Convenção “entender-se-á que violência contra a mulher inclui violência física, sexual e psicológica, a saber:

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

b) que tenha ocorrido na comunidade e seja perpetrada por qualquer pessoa e que compreende, entre outros, violação, abuso sexual, tortura, maus tratos de pessoas, tráfico de mulheres, prostituição forçada, sequestro e assédio sexual no lugar de trabalho, bem como em instituições educacionais, estabelecimentos de saúde ou qualquer outro lugar, etc, que seja perpetrada ou tolerada pelo Estado ou seus agentes, onde quer que ocorra.

A Lei nº 11.340 aponta como formas de violência doméstica e familiar contra a mulher, dentre outras:

- a física, que consiste em qualquer agressão que afronte a integridade ou saúde corporal da mulher, por exemplo, empurrar, puxar o cabelo, dar tapas, desferir socos, pontapés, chutes, pauladas, provocar queimaduras, cortes, apunhalar, atirar;
- a psicológica, concebida, tal como consta no inciso II do Art. 7º da Lei Maria da Penha, como: “qualquer conduta que lhe cause dano emocional e diminuição da autoestima ou que lhe prejudique e perturbe o pleno desenvolvimento ou que vise desagradar ou controlar suas ações, comportamentos, crenças e decisões, mediante ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, vigilância constante, perseguição costuma, insulto, chantagem, ridicularização, exploração e limitação do direito de ir e vir ou qualquer outro meio que lhe cause prejuízo à saúde psicológica e à autodeterminação”;
- a sexual, que, segundo o inciso III do referido Art. 7º, consiste em: “qualquer conduta que a constranja a presenciar, a manter ou a participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força; que induza a comercializar ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, que a impeça de usar qualquer método contraceptivo ou que a force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição, mediante coação, chantagem, suborno ou manipulação; ou que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos” (BRASIL, 2006);
- a patrimonial, entendida, conforme o inciso IV do citado Art. 7º, como: “qualquer conduta que configure retenção, subtração, destruição parcial ou total de seus objetos, instrumentos de trabalho, documentos pessoais, bens, valores e direitos ou recursos econômicos, incluindo os destinados a satisfazer suas necessidades” (BRASIL, 2006);
- a moral, compreendida como todo ato de calúnia, difamação ou injúria.

Infelizmente, houve certa demora para que o Brasil compreendesse a necessidade de aprimorar os procedimentos judiciais e extrajudiciais para o efetivo combate da violência contra a mulher.

Felizmente, a Lei n. 11.340, de 07 de agosto de 2006 (Lei Maria da Penha) surgiu para respeitar o dispositivo constitucional que preconiza ideal assistência aos membros que compõem uma família, conferir legitimidade aos movimentos feministas e cuidar da matéria relativa aos direitos humanos das mulheres.

2.5. Violência Materializada nas Lesões Contra as Mulheres.

As lesões contra as mulheres vítimas de violência são identificadas através de exames como os laudos de Lesão Corporal. Lesões causadas à pessoa, que lhe atinjam a integridade física ou mental, em consequência de traumas, materiais ou morais, provenientes do meio externo, portanto causados por uma forma de energia exterior ao corpo humano, e constituem o objeto de estudo da Traumatologia Médico-Legal.

As lesões corporais representam os elementos objetivos de um crime e classificam-se em leves, graves e gravíssimas, sendo definidas na legislação penal constante do art.129 do Código Penal Brasileiro.

As ocorrências mais comuns de agressão materializam-se em maus tratos e lesão corporal dolosa, está última pode se apresentar sob a forma de agressões físicas (socos, chutes, tapas, violência sexual) ou agressões com qualquer tipo de objeto que possa machucar ou prejudicar a saúde da pessoa. Todavia todas as manifestações de agressão que resultam em lesões corporais ou morte da mulher agredida.

A lesão corporal pode ser de natureza leve ou grave conforme prevê o Código Penal Brasileiro. Quando a lesão corporal é leve, a mesma não causa grande ofensa à integridade corporal, mas causa trauma psicológico. É considerada lesão corporal grave, conforme art. 129 do Código Penal Brasileiro, a agressão que resulta: incapacidade para as ocupações habituais por mais de trinta dias; perigo de vida; debilidade permanente de membro, sentido ou função; aceleração de parto; incapacidade permanente para o trabalho; enfermidade incurável; perda ou inutilização de membro, sentido ou função; deformidade permanente; aborto.

Os maus-tratos também representam agravos à saúde da mulher, principalmente quando performados contra crianças adolescentes, idosas e adultas absolutamente incapazes, já que geralmente é um crime praticado por quem tem o dever de zelar pela pessoa, seu responsável (art. 136 do Código Penal Brasileiro).

2.5.1 Lesões Maxilofaciais

Diversas pesquisas relacionadas com o atendimento primário à saúde de mulheres violentadas apontam ser a região de cabeça e pescoço a mais atingida como consequência das agressões físicas, resultando em fraturas, contusões, queimaduras, entre outras injúrias. É observado que as lesões são produzidas das mais diversas formas por socos (especialmente nos olhos e mandíbula), coices, pontapés e tiros.

No que se refere à existência de lesões maxilofaciais, as regiões da cabeça e face são as áreas mais comumente atingidas em vítimas de violência física. Sendo mais evidentes as abrasões, equimoses, injúrias intraorais, lesões na cabeça e face, com os tecidos moles (lábio superior, inferior e mucosa bucal). De fato, a cabeça e a face são as regiões mais comprometidas pelos traumas em mulheres vítimas de violência.

As lesões corporais de natureza leve concentram a grande maioria dos ferimentos: lesões nos tecidos moles, como gengiva e mucosas, as ligeiras luxações dentárias, as fraturas coronárias de pequena extensão, uma leve periodontite traumática. As lesões de menor 'monta', que não comprometam as funções mastigatórias em caráter permanente e que não acarretem maiores riscos ou recuperação demorada (CHIAPERINI et al., 2008).

O trauma maxilofacial é um tipo muito específico de trauma e ocorre na face e na cabeça. Esta, nas últimas quatro décadas, passa a ser assunto inevitável para os profissionais de saúde. Seu aumento surgiu associado à frequência crescente da violência nas cidades. Esse tipo de trauma representa um impacto na vida social, psíquica e profissional da vítima (MONTOVANI et al., 2006). A prevalência de trauma maxilofacial pode ser associado à pouca proteção e à exposição dessa região do corpo, assim como à tentativa de desfigurar a face das vítimas de agressão, com o objetivo de afetar sua identidade e autoimagem. As agressões na face estão relacionadas à função primordial que esta desempenha na interação entre os indivíduos e também por ser a cabeça uma região desprotegida, representando cerca de 50% das mortes traumáticas (MACKENSIE, 2000). Muitas mulheres vítimas de violência doméstica sofrem um alto número de traumas maxilofaciais, dentre os tipos de danos detectados nos exames de corpo de delito a existência de fraturas da porção coronária e/ou radicular de dentes, fraturas ósseas de mandíbula e maxila, perdas dentárias, luxações dentárias ou da articulação temporomandibular (ATM), desordens da ATM, anquilose da ATM e ferimentos em tecidos moles. Entre os dados, as fraturas de porção coronária e as perdas dentárias constituíram os danos mais frequentes.

Os laudos periciais e odontolegais concentram informações sobre injúrias nas referidas regiões do corpo e com caracterização como especificado neste tópico intitulado lesões maxilofacial. O Laudo Traumatológico é o documento utilizado pelas Polícias Civil e Militar para o registro de ocorrências no Brasil, este laudo possibilita a descrição fiel do fato e contempla informações pessoais da vítima e da ocorrência (MIRABETE, 2006). O laudo permite averiguar e levar ao conhecimento dos interessados tudo o quanto for relevante que se possa concluir a partir da perícia daquele corpo.

3. METODOLOGIA

O presente trabalho buscará identificar as lesões relacionadas à violência contra a mulher, analisando laudos traumatológicos, visando identificar como esta violência se materializa na prevalência das características das lesões. Para tanto, devidos rigores metodológicos foram seguidos.

3.1. Tipo de Pesquisa

A pesquisa é do tipo documental, com característica de estudo transversal retrospectivo.

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

Ao utilizar documentos o pesquisador deseja extrair dele informações, e o faz investigando, examinando, usando técnicas apropriadas para seu manuseio e análise; segue etapas e procedimentos; organiza informações a serem categorizadas e posteriormente analisadas. Por fim, elabora sínteses, ou seja, na realidade, as ações dos investigadores – cujos objetos são documentos – estão impregnadas de aspectos metodológicos, técnicos e analíticos (PIMENTEL, 2001). É importante ainda explicar que por ser uma pesquisa documental, não foi necessária aqui a aplicação do termo de consentimento livre e esclarecido- TCLE. Não havendo identificação das vítimas de violência.

3.2. Local da Pesquisa

O local da pesquisa foi o Núcleo de Medicina e Odontologia Legal-NUMOL, localizado Rua João Machado, 456, bairro da Prata, cidade de Campina Grande, estado da Paraíba, subordinada ao Instituto de Polícia Científica da Paraíba (IPC), sendo gerenciada pela Gerência de Medicina e Odontologia Legal-GEMOL.

Dentre as atribuições do NUMOL, está o uso da ciência a serviço da Justiça, para proteção da vida e do bem-estar das pessoas; o combate à impunidade através da perícia baseada em critérios científicos e impessoais com a produção de laudos médicos sobre as ocorrências. Para desenvolvimento da pesquisa no NUMOL utilizando os laudos foi expedida autorização para a coleta de informações pelo diretor Márcio Leandro da Silva (Anexo 1).

3.3. A Amostra

A amostra contém 106 mulheres vítimas de violência, na faixa etária de 15 à 55 anos.

3.4. A Coleta dos Dados

O corte temporal estabelecido nesta pesquisa deve-se ao fato de 106 laudos que correspondem ao período de janeiro de 2012 a junho de 2012.

Os dados foram coletados no arquivo de registro dos plantões diurno e noturno do NUMOL. Nesses arquivos, os profissionais registram além dos dados médicos sobre o trauma, também informações demográficas das vítimas atendidas. Esses dados foram compilados em um formulário elaborado para o presente estudo (Anexo 2).

Foram excluídos os registros de vítimas de acidentes de trânsito, esportivos, acidentes ocupacionais e quedas involuntárias. Inclusos na pesquisa estão os eventos de violência interpessoal que formaram a variável dependente e, como variáveis independentes, foram considerados os traumas tipificados, a faixa etária, o gênero da vítima e o grau de parentesco.

Os eventos interpessoais são classificados em como: agressão física; agressão por arma de fogo e agressão por instrumento perfurocortante. Quanto aos tipos de trauma, são agrupados como: 1) fraturas simples (fs); 2) fraturas múltiplas (fm) ; 3) traumas de partes moles (pm); 4) traumas dentoalveolares; 5) traumas na face (tf) e 6) traumas no pescoço (tp).

Foram utilizados então os laudos do NUMOL com informações referentes à violência contra a mulher, com ênfase em lesões nas regiões da face e pescoço.

3.5. Fonte de Informação

A pesquisa foi desenvolvida com base em 106 Laudos Traumatológicos de mulheres vítimas de violência na faixa etária de 15 à 55 anos, elaborados no Núcleo de Medicina e Odontologia Legal na cidade de Campina Grande-PB, no período de janeiro de 2012 a junho de 2012.

A proposta da presente pesquisa consistiu no levantamento e apreciação dos dados referentes aos laudos médico periciais registrados como lesão corporal e maus-tratos (art. 129 e 136 do Código Penal Brasileiro, respectivamente) em mulheres com o intuito de localizar casos específicos de lesões nas regiões da face e do pescoço.

A coleta de dados ocorreu de janeiro de 2012 a junho de 2012, no NUMOL mediante um formulário estruturado. Para a análise dos dados foram utilizados procedimentos da estatística descritiva e os resultados expressos por frequências e percentuais. Os dados foram organizados em planilha Excel.

Por ser uma pesquisa documental, não foi necessária a aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e não houve identificação das vítimas de violência constantes nos Laudos Traumatológico.

3.6. Procedimentos Estatísticos

Para a análise dos dados foram utilizados procedimentos da estatística descritiva e os resultados expressos por frequências e percentuais. Os dados foram organizados no Statistical Packay for Social Science (SPSS). O SPSS é um programa que permite realizar cálculos estatísticos complexos, visualização rápida dos resultados, análise dos dados quantitativos, contagens de frequência, organização de dados, reorganizar a informação.

4. RESULTADOS

O aumento da violência doméstica tem como maiores vítimas as mulheres, tal constatação talvez esteja atrelada ao aumento da violência nas cidades e a inserção das mulheres no mercado de trabalho, aos novos hábitos e comportamentos sociais. Davis e Fenton et al. (2000) e Le et al. (2001) mencionaram em seus estudos o aumento na incidência de traumas maxilofaciais no gênero feminino, de maneira que os dados da presente pesquisa assinalam na direção da associação entre o gênero feminino e a agressão física.

Nos episódios de violência doméstica, muitas vezes, os traumas maxilofaciais são causados por socos e tapas. Nesse tipo de violência, a intenção pode ser a de não deixar marcas ou cicatrizes importantes do ponto de vista físico, mas subjugar e fragilizar emocionalmente as vítimas.

4.1 Características das Vítimas

4.1.1. Faixa Etária

No Brasil, a vitimização juvenil mais evidente esta entre 15 e 19 anos de idade, essa taxa é de 43,7%; já, na fase adulta, a faixa de 20 à 24 anos soma 60,9%, enquanto de 25 à 29 anos atinge 51,6% (ANDI, 2012).

Os resultados na presente pesquisa mostram que 14% das vítimas de violência interpessoal estão inseridas na faixa etária de 18 à 21 anos de idade, 20 % com idade entre 22 à 25 e 22% com idade de 26 à 29 anos (Figura 1). Aqui, então, considerável quantidade das mulheres vítimas de agressão, ou seja, 56 % são jovens na faixa etária de 18 a 29 anos.

As informações obtidas a partir da análise dos dados nesta pesquisa indicam que as vítimas de violência estão na população composta por jovens.

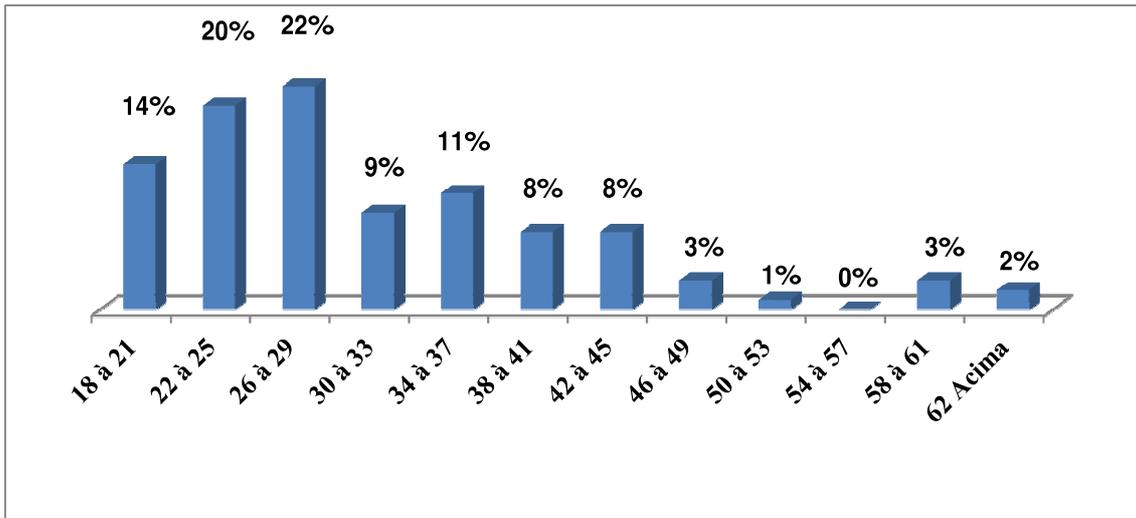


Figura 1 - Relação entre os eventos de violência interpessoal segundo faixas etárias.

4.1.2. Profissão

Há uma relação significativa entre pessoas violentadas, que não exercem atividade remunerada, e a prática da violência interpessoal contra mulheres, podendo esse fato explicar parcialmente a permanência das vítimas junto ao agressor, ou seja, podendo ser as vítimas dependentes economicamente dos agressores (DOSSI et al., 2008).

Todavia, também é possível observar que muitos autores chamam a atenção para a subnotificação dos casos de violência doméstica nas diferentes classes sociais.

De fato, o resultado da presente pesquisa mostra que a maioria das mulheres vítimas de violência não tem profissão ou quando possuem profissão essas são atividades não técnica, recebendo pouca ou nenhuma remuneração (Figura 2).

O perfil sócio-econômico das mulheres vitimizadas, dessa forma, indica existir um marcador muito forte de classe o que não significa que as mulheres que sofrem violência são pobres, mas que as mulheres que denunciam são eminentemente de classe pobre.

Esses resultados são fundamentais para perceber a necessidade de políticas públicas que possam garantir a essas mulheres as condições materiais e objetivas de romperem com a violência perpetrada no espaço doméstico e/ou familiar.

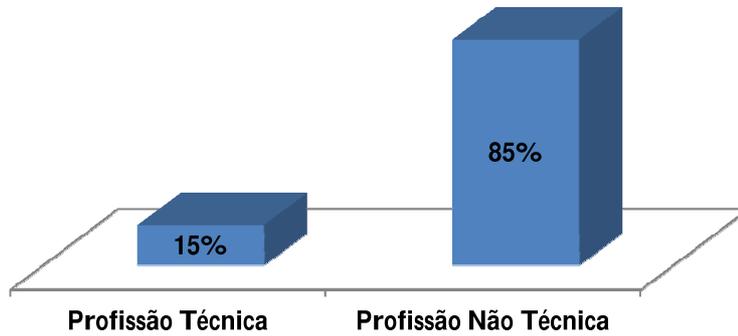


Figura 2 - Relação entre os eventos de violência interpessoal segundo a profissão.

4.1.3. Estado Civil

Em relação ao estado civil das vítimas, a análise dos dados indicou que 42% são solteiras, 47% casadas, 8% divorciadas e 4% são viúvas (Figura 3). Podendo ser observado que, do total das vítimas, considerando casadas, divorciadas e viúvas, a maioria vive ou viveu com um companheiro.

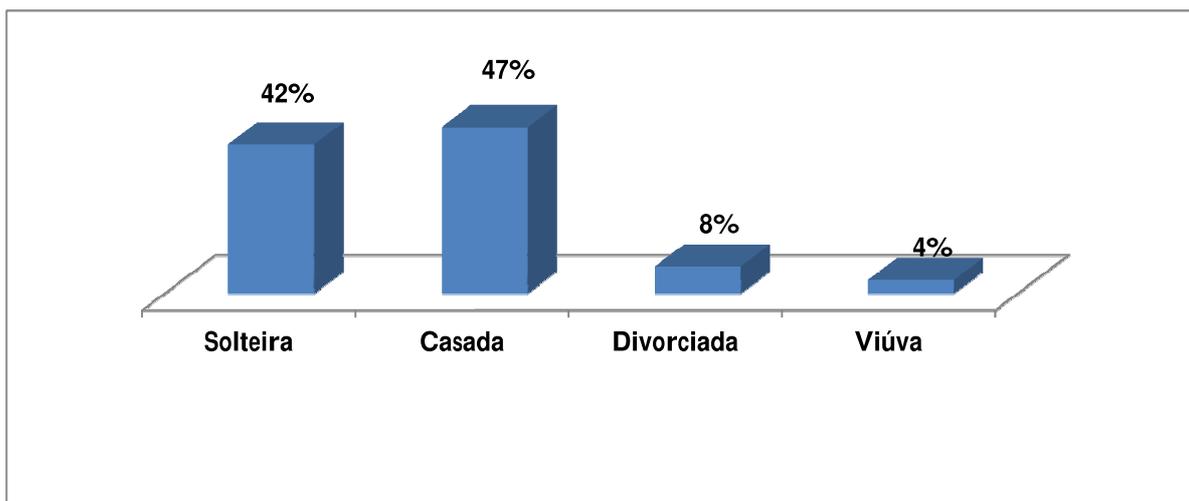


Figura 3 - Representação percentual do estado civil das vítimas.

4.1.4. Naturalidade

A maioria das mulheres vítimas de agressão interpessoal é do Estado da Paraíba, somando 88% do estado, sendo que 69% são da cidade de Campina Grande; não por Campina Grande ser a cidade com mais violência contra à mulher, mas porque os dados da presente pesquisa foram coletados nesta referida cidade. De outros Estados um número significativo de 12% de mulheres vítimas de violência.

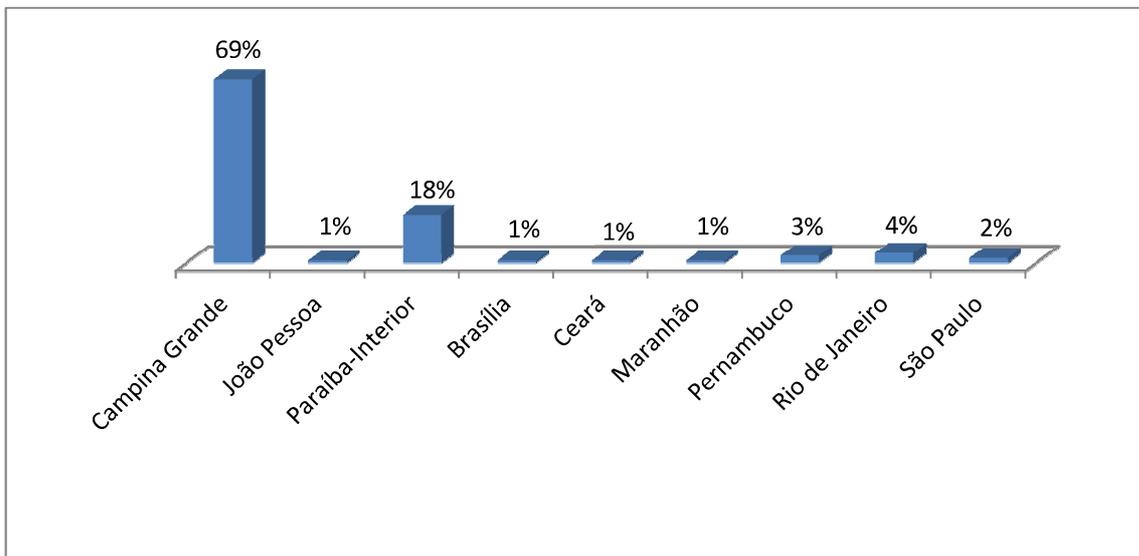


Figura 4 - Indicativo de naturalidade das Vítimas de violência em alguns Estados e regiões brasileiros.

4.2. Características do Evento da Agressão

4.2.1. Bairro

O presente estudo aponta para os bairros, da cidade e Campina Grande, onde predominou a violência contra as mulheres, como sendo os bairros do Catolé (10%), Bodocongó (9%), Monte Santo (9%) e o Centro (9%). Esses dados são importantes para a prevenção desse tipo de violência indicando os bairros que merecem melhor atenção com a implantação de políticas públicas de combate à violência contra a mulher (Figura 5).

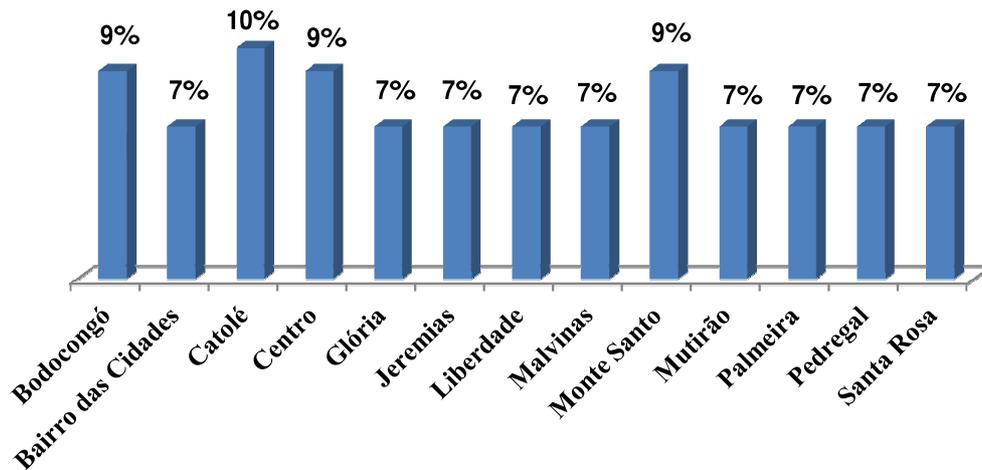


Figura 5 - Porcentagem da violência contra a mulher em alguns em bairros de Campina Grande-PB.

4.2.2. Meses da Ocorrência

Como pode ser observado na figura 6 o mês de Janeiro teve o maior índice, como já dito, talvez por ser um mês de férias, o qual propicia mais encontros nas residências entre agressores e vítimas. Sendo também período em que provavelmente o agressor faça a ingestão de maior quantidade de bebida alcoólica, o que pode agravar os conflitos e brigas.

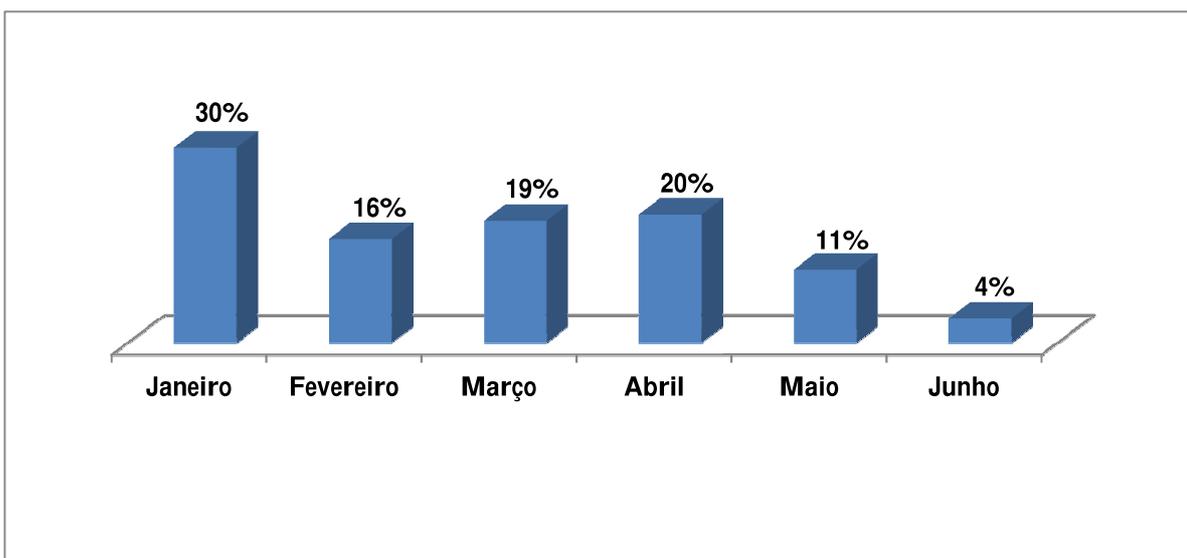


Figura 6 – Meses de ocorrências da violência contra a mulher em 2012.

4.2.3. Local de Ocorrência

Segundo Ross (2001), o risco de vitimização por violência para indivíduos que passam mais tempo em espaços públicos durante a noite e entre desconhecidos é maior.

No entanto, a presente pesquisa mostrou que (Figura 7), apesar de que pode ser bem variado o local das ocorrências em ruas, bares, escolas, espaço de trabalho, é nas residências das vítimas, sem dúvidas, onde acontece a maioria dos casos (77%).

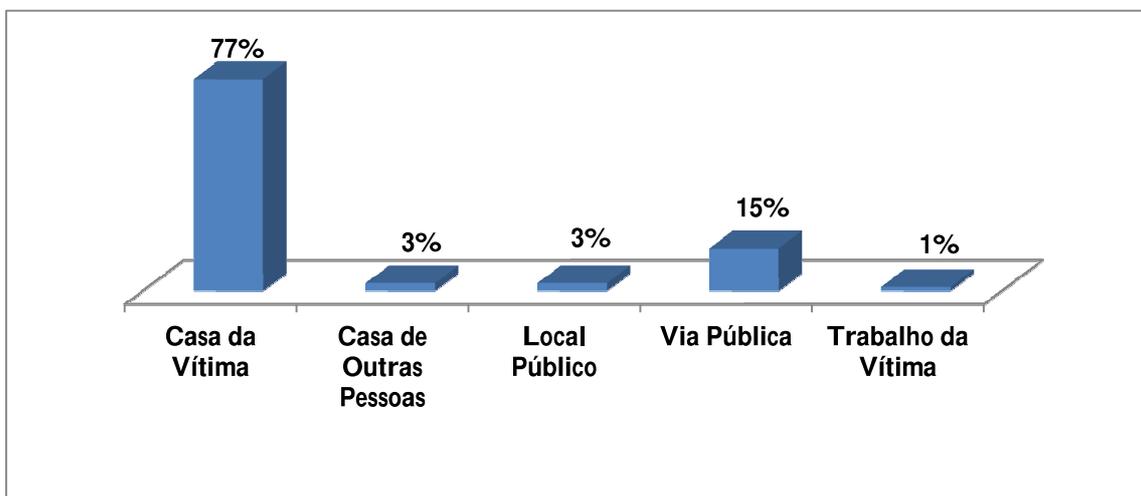


Figura 7 – Indicação da localidade da prática de violência de gênero contra mulher em Campina Grande-PB.

4.2.4. Grau de Parentesco com a Vítima

Em referência à relação vítima e agressor, pode ser observado (Figura 8) que a maioria dos agressores são íntimos das vítimas, sendo 64% maridos, amantes ou namorados e 20% são ex-companheiros ou ex-namorados, sendo o restante parentes das vítimas (16%).

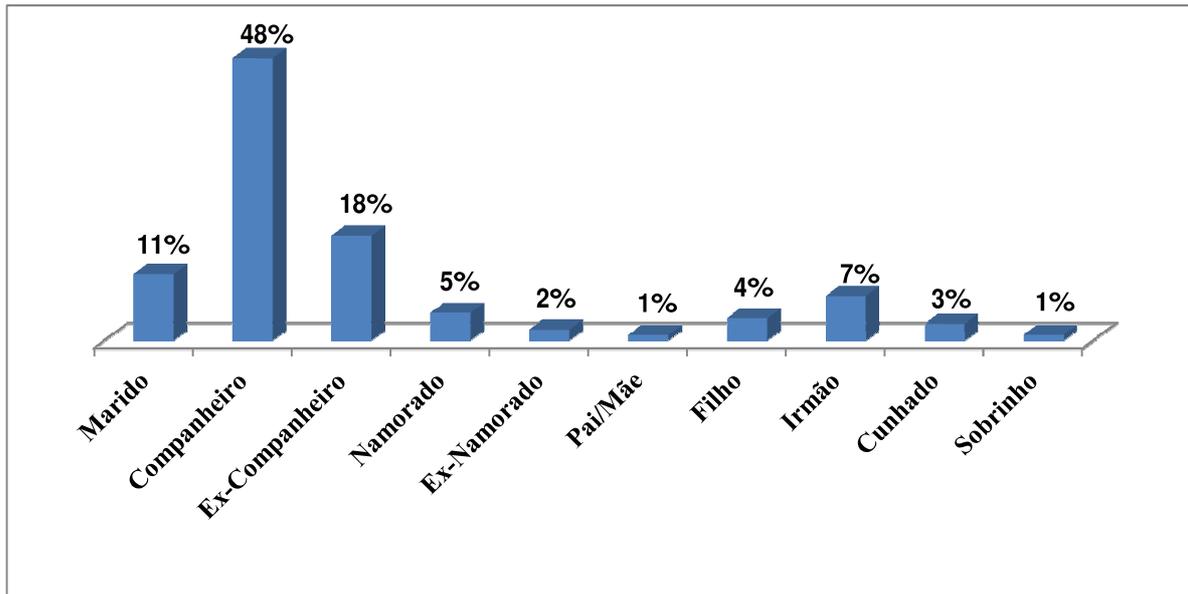


Figura 8 – Grau de parentesco dos agressões em relação as vítimas de violência.

4.3. Características da Lesão

No presente estudo, na tabela 1, podem ser observados os tipos de trauma encontrados nas vítimas: trauma de partes moles (13,79%), fraturas face (5,52%) e trauma dentoalveolar (0,69%), mandibular (6,9%) (Tabela 1). No Brasil, Frugoli (2000) relatou que os socos e chutes lideraram como causa de trauma maxilofacial.

O padrão dos traumas depende fundamentalmente do agente, da força e da direção do impacto.

4.3.1. Meio que Produziu a Lesão

Os meios utilizados para agressão são de pequena ou média intensidade e, quando desferidos frontal ou lateralmente, podem determinar fraturas de nariz, mandíbula, dentes, cortes e hematomas (MANGANELLO-SOUSA e ROCHA, 2006; SILVEIRA, 2006).

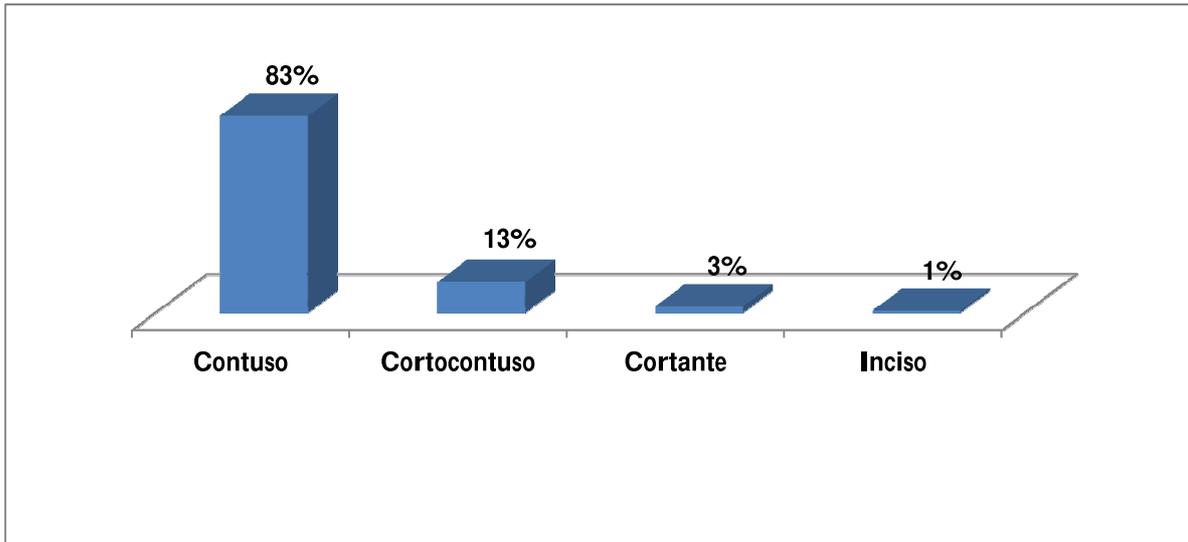


Figura 9 – Padrão de traumas em mulheres vítimas de violência em Campina Grande-PB em 2012.

Os resultados do presente trabalho mostram que o meio mais comuns para produzir os ferimento é o contuso (83%), aqueles referentes à impacto. Depois estão os meios cortocontusos (13%) e em menor proporção os cortantes (3%) e incisivos (1%).

4.3.2. Tipo de Lesão Produzida

As lesões resultantes da ação destes instrumentos variam conforme a intensidade do movimento, da dinâmica traumatizante, da região do corpo afetada e as condições para esta ação.

As lesões podem ser desde superficiais a graves.

Os ferimentos faciais podem resultar em injúrias aos tecidos e aos componentes da face (mandíbula, maxila, estruturas supraorbitárias etc).

Escoriação linear, edema, equimose, fratura da coroa foram alguns dos ferimentos verificados, descritos nos laudos pesquisados para esta pesquisa. Mas, os de maior ocorrência são: Edemas (43,3%), Esquimoses (42,4) e Escoriações Lineares (25,4%), como pode ser observado na Tabela 1.

Tabela 1: Lesões Produzidas

Lesões Produzidas	Nº	%
Avulsão Dentária	1	0,9
Cortes Superficiais	1	0,9
Edemas	46	43,3
Eritema	3	2,8
Escoriação Linear	27	25,4
Equimose	45	42,4
Estigmas Ungueais	8	7,5
Ferida Contusa	1	0,9
Ferimento Aberto	3	2,8
Ferimento Cortante	1	0,9
Ferimento de Bordas Separadas	4	3,7
Ferimento Linear Saturado	1	0,9
Fatura da Coroa	1	0,9
Hematoma	10	9,4
Hiperemia	3	2,8
Infiltração Hemorrágica	2	1,8
Mordedura	1	0,9
Queimadura	1	0,9

4.3.3. Local da Lesão

Os dados obtidos pela presente pesquisa (Tabela 2), referentes aos locais das lesões, corroboram com Frugoli (2000), o qual afirmou que no Brasil os socos e chutes lideraram como causa de trauma maxilofacial, sendo a região da cabeça, face e pescoço os locais mais acometidos por sua vulnerabilidade, conforme a grande maioria de casos registrados referentes à violência interpessoal (SANTI, 2003; SANTI e NAKANO, 2004).

O aumento na incidência de traumas maxilofaciais no gênero feminino foi reportado em diversos estudos (LE et al., 2001; DAVIS et al., 2000; FENTON et al., 2000). Nos episódios de violência doméstica, muitas vezes, os traumas maxilofaciais são causados por socos e tapas.

Outros estudos reforçam a localidade dos traumas causados, Berrios e Grad mostraram que 68% das mulheres que foram agredidas por seus parceiros íntimos sofreram lesões de cabeça e pescoço, incluindo lacerações, contusão e fraturas. Conforme Schraiber et al., as regiões do corpo mais atingidas são a face (28,0%); cabeça e pescoço (26,6%); seguidos pelos membros superiores anteriores (25,2%); membros inferiores anteriores (16,8%); costas

(16,8%); barriga (14,0%); tronco (8,4%); membros superiores posteriores (8,4%); seios (8,4%); nádegas (6,3%); e outras regiões (9,8%).

No presente estudo, como pode ser observado na Tabela 2, os locais mais comuns dos ferimentos são pescoço (24,5%), lábio (18,8%) e região frontal da cabeça (13,2%). Coincidindo assim com os resultados das pesquisas mencionadas acima, onde as regiões mais atingidas são as regiões da cabeça, principalmente pescoço e face.

Tabela 2 – Padrão de Traumas e Região de Lesões Consequentes da Agressão.

Local das Lesões	Nº	%
Antebraço	1	0,9
Auricular	2	1,8
Avulsão 22	1	0,9
Bucinadora	2	1,8
Dentária	1	0,9
Dorso da Mão	1	0,9
Face	2	1,8
Fratura 33	1	0,9
Frontal	14	13,2
Geniana	2	1,8
Hemiface	8	7,5
Infraorbitária	6	5,6
Lábio	20	18,8
Mão	1	0,9
Mandibular	10	9,4
Mentoniana	3	2,8
Malar	5	4,7
Nasal	9	8,4
Palpebral	8	7,5
Pescoço	26	24,5
Perna	1	0,9
Periorbitária	13	12,2
Retroauricular	1	0,9
Rosto	1	0,9
Supercílio	1	0,9
Supramamária	1	0,9
Zigomática	2	1,8

5. CONCLUSÃO

A partir da análise e avaliação de laudos médico-periciais registrados no Núcleo de Medicina e Odontologia Legal (NUMOL), na cidade de Campina Grande, no estado da Paraíba, foi possível estabelecer o delineamento da prevalência de violência interpessoal contra as mulheres.

Embora seja difícil precisar a real dimensão da violência contra a mulher, o estudo revela aspectos relevantes relacionados à produção da violência e, conseqüentemente, as características das lesões provocadas.

Com a análise de 106 laudos algumas características marcantes foram identificadas. Como a localização predominante de lesões sendo na face, principalmente na região frontal (13,2%), lábio (18,8%), pescoço (24,5%). Além de edemas (43,3%), escoriação (25,4%), equimose (42,4%). Resultado este que possivelmente indica a intenção do agressor em subjugar e fragilizar emocionalmente as vítimas. Visto que, notadamente, quando a face sofre alguma alteração estética ou funcional em decorrência de traumas, a probabilidade de repercussões psicológicas é bastante grande. O trauma maxilofacial é um tipo de trauma ocorrido na face e na cabeça e pode ser associado à maior exposição dessa região em relação ao resto do corpo, além de caracterizar uma tentativa de desfigurar a face das vítimas de agressão.

O presente estudo mostrou, então, que as mulheres vítimas de violência apresentam um alto número de traumas maxilofaciais. No entanto, é importante frisar que as vítimas sofrem também traumas nos seios, tórax, abdômen, costas, nádegas, e extremidades, cujas notificações não foram objeto de análise no presente estudo.

Um dado importante estabelecido aqui é a idade das vítimas, cuja faixa etária evidenciou que a maioria das vítimas são jovens com idade entre 18 a 29 anos (56%).

Também, apesar de teoricamente as vítimas nesta faixa etária estarem em uma fase da vida econômica e sociais muito produtivas, a grande maioria possuem profissão não técnica (85%). Fato este que pode contribuir para a submissão à violência de seus agressores.

Quanto ao estado civil das vítimas, 42% são solteiras, 47% casadas e 8% divorciadas. Sendo assim, 77% são mulheres que vivem ou viveram em relação estável.

Os traumas faciais e fraturas ósseas são causados agressões como socos, tapas, chutes, geralmente ocorridas dentro do ambiente doméstico e causadas por cônjuges (48%) e/ou parentes. Além disso, o padrão dos traumas presentes nos laudos depende

fundamentalmente da força empregada pelo agente da agressão. E, de fato, o presente estudo mostrou meio que mais usado para produzir as lesões é 83% contuso, aquele referente à impacto.

Os bairros onde a violência mais se materializa são: Catolé (10%), Bodocongó (9%), Monte Santo (9%) e o Centro (9%). Esse resultado é importante para estabelecer pontos de concentração das políticas públicas de prevenção e combate à violência contra a mulher. No entanto, é importante frisar que violência de gênero acontece em todas as localidades e esta relacionada a todas as classes sociais, em diversas faixas etárias e em pessoas com níveis de escolaridade variados. Violência esta, diversificada, tolerada e dissimulada sob as mais diversas alegações e/ou justificativas.

Algumas constatações merecem destaque, sugerindo novas pesquisas, a saber:

1. A necessidade e relevância de estudos que envolvam os conceitos culturais que estão enraizados na sociedade, as definições de gênero; enfim, novas investigações, com outras formas de abordagem sobre o tema.
2. Identificação e análise de discussões e agressões verbais, as quais culminam ou não em violência interpessoal, pois estas não são estão configuradas em nenhuma categoria criminológica brasileira.

Perceber que está vivendo uma situação de violência pode ser difícil para algumas mulheres. Muitas acabam se enganando e fingindo que aquela violência toda não está realmente acontecendo. Faz parte da própria situação de violência que a mulher interiorize opiniões do companheiro sobre si. Reforçando, ainda mais, sua baixa autoestima, se anulando como pessoa. Infelizmente, o medo da violência também alimenta a cumplicidade da mulher.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, C.M.J.; FONSECA, R.M.G.S. **Considerações Sobre Violência doméstica, gênero e o trabalho das equipes de saúde da família.** Ver. Esc. Enferm. USP, 2008; 42(3): 591-5.

ANDERSON, K. L; UMBERSON, D. **Gendering Violence: Masculinity and Power in Men's Accounts of Domestic Violence.** Gender e Society, v.15, n. 3, p. 358-380, 2001.

ALMEIDA, M. A.; MELO, Mônica de. **O Que é Violência Contra a Mulher.** Coleção Primeiros Passos. São Paulo: Brasiliense, 2003.

ALVES, B. M.; PITANGUY, J. **O que é feminismo.** 1. ed. São Paulo: Abril Cultural: Brasiliense, 1985.

ALVES, D.; XAVIER, S.; HUGO, V. **Sinopse de medicina legal.** Fortaleza: Universidade de Fortaleza, 1997.

ALVIM, S. F.; SOUZA, L. **Violência conjugal em uma perspectiva relacional: homens e mulheres agredidos/agressores.** Psicologia: Teoria e Prática, v. 7, n.2, p. 171-206, 2005.

AMÂNCIO, L. **O Gênero na psicologia: uma história de desencontros e rupturas.** Psicologia, Vol. XV (1), pp.9-26, 2001.

ARAÚJO, M. F. (2005). **Diferença e igualdade nas relações de gênero: Revisitando o debate.** Psicologia Clínica, 17(2), 41-52.

ASSIS, S. G.; CONSTANTINO, P.; AVANCI, J. Q. **Impactos da violência na escola: Um diálogo com professores.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010.

AQUINO, R. A. **Crime: A violência cega dos maridos.** Época, n. 444, p.100-101, nov. 2006.

BRASIL. **Ministério da educação. Diretrizes nacionais para a educação especial na educação básica.** Brasília: Secretaria de educação especial – MEC; SEESP, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Temático Prevenção de Violência e Cultura de Paz III.** – Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2008.

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

BERRIOS, DC, Grady D. **Domestic violence: risk factors and outcomes.** West J Med. 1991;155:133-5.

BEZERRA Jr. **A violência como degradação do poder e da agressividade.** In: Pensando a violência com Freud. Porto Alegre: Sociedade Brasileira de Psicanálise de Porto Alegre, 2005.

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

BOURDIEU, P. **A dominação masculina.** Rio de Janeiro: Bertrand, 2007.

CARAVANTES, L. **Violência intrafamiliar en La reforma del sector salud.** In: COSTA, A.M., MERCHÁN-HAMANN, E.; TAJER, D. Orgs.). saúde, equidade e gênero: um desafio para as políticas. Brasília. Editora Universidade de Brasília; 2000: 18.

CASIQUE, L.C, FUREGATO, A.R.F. **Violência contra mulheres: reflexões teóricas.** Rev Lat Am Enferm. 2006;14(6):350-6.

CAVALCANTI, CAVALCANTE JR, CAVALCANTE AAL. **Fraturas faciais em pacientes atendidos no Hospital Antonio Targino-PB.** Revista da faculdade de Odontologia de Passo Fundo, v.9, n.1, p. 52-56, jan./jun. 2004.

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

CHIAPERINIL, A.; BÉRGAMO, A.L.; BREGAGNOLO, L.A; BREGAGNOLO, J.C.; WATANABE, G.M. **Correlações presentes entre danos bucomaxilofaciais e lesões corporais em mulheres: uma revisão de literatura.** Saúde, Ética & Justiça. 2008;13(2):72-8.

CORTÊS, R.G.; LUCIANO, M.C.F.; DIAS, K.C.O. **A informação no enfrentamento à violência contra mulheres: Centro de referência da Mulher 'Ednalva Bezerra'- experiência de relato.** Biblionline, João Pessoa, v. 8, n. esp. p.134-151, 2012.

COUTO, M. T. et al. **Concepções de gênero entre homens e mulheres de baixa renda e escolaridade acerca da violência contra a mulher.** São Paulo, Ciência & saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 11, supl, 1323-1332, 2006.

DAHLBERG, L.; KRUGG, E. **Violence: a global public health problem.** Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 277-292, 2006.

DAVIS, J. W. et al. **Domestic violence and the trauma surgeon: results of study on knowledge and education.** Journal of the American College of Surgeons, v. 191, n. 4, p. 347-353, 2000.

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

DOSSI, A. P. et al. **Perfil epidemiológico da violência física intrafamiliar: agressões denunciadas em um município do Estado de São Paulo, Brasil, entre 2001 e 2005.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, 1939-1952, ago. 2008.

D'OLIVEIRA, A. F. P. L. ; KISS, L. B.; SCHRAIBER, L. B . **Possibilidades de uma rede intersetorial de atendimento a mulheres em situação de violência.** Interface. Comunicação, Saúde e Educação, Botucatu v. 11, n. 23, p. 485-501, set./dez. 2007.

EGGERT, E. **Reconstruindo conceitos: da não-cidadania ditada por Rousseau e Kant para a aprendizagem da cidadã de hoje.** Acesso em 10 set. 2012.

FALEIROS, V.P. **A violência sexual contra crianças e adolescentes e a construção de indicadores: a crítica do poder, da desigualdade e do imaginário.** p 37 a 56. Ser Social, Revista do Programa de Pós-graduação em Política Social, Brasília: UNB, 1998.

FÁVERO, F. **Medicina legal: introdução ao estudo da medicina legal,** 11a ed.

FENTON, S. J.; Bouquot, J. E.; Unkel, J. H. **Orofacial considerations for pediatric, adult, and elderly victims of abuse.** Emergency Medicine Clinics of North American, Philadelphia, v. 18, n. 3, p. 601-617, 2000.

FUNARI, P. P. A. **Grécia e Roma.** 1. ed. São Paulo: Contexto, 2002.

FRUGOLI, U. O. **Avaliação dos danos do complexo maxilomandibular provocados por violência interpessoal: análise comparativa entre os pareceres odontológicos e os laudos médicos emitidos pelo Instituto Médico Legal de São Paulo nos anos de 1993 e 1998.** 74 f. Dissertação (Mestrado em Deontologia e Odontologia Legal). Faculdade de Odontologia da USP, São Paulo, SP, 2000.

GAMA, A.S. **Gênero e avaliação da qualidade da atenção em serviços de saúde reprodutiva.** p79 a 96 Saúde e Serviço Social / Maria Inês Souza Bravo...[et al.], (organizadoras) – São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2004.

GILBERT, P. R. **Discourses of female violence and societal gender stereotypes.** Violence against women, v. 8, n.11, p. 1271-1300, 2002.

GREIG, A.; KIMMEL, M.; LANG, J. (2000). **Men, masculinities; development: Broadening our work towards gender equality.** Gender in Development Programme, UNDP: Gender in Development Monograph Series, n. 10, 2000.

IZUMIMO, W.P. **Os estereótipos de gênero nos processos judiciais e a violência contra a mulher na legislação.** In: Naves, Rubens & Moraes, Maria Lígia Q.(orgs.) Advocacia pro

bono em defesa da mulher vítima de violência. 2002 São Paulo: Imprensa Oficial do Estado/Editora da Unicamp. 2002.

IZUMIMO, W.P. **“Delegacias de Defesa da Mulher e Juizados Especiais Criminais: Contribuições para a Consolidação de uma Cidadania de Gênero”**. Revista Brasileira de Ciências Criminais, Ano 10, n. 40, 2002, p. 283.

HERMANN, L. M. – **Maria da penha lei com nome de mulher – violência domestica e familiar – considerações à lei n.º11.340/2006 comentada artigo por artigo**. Servanda: Campinas, 2007.

HEISE, L.; GARCIA-MORENO, C. **Violence by intimate partners**. In: KRUG, E. et al. (Ed.). World report on violence and health. Geneva: World Health Organization, 2002. p. 87-122.

KRONBAUER, JFD, MENEGHEL, S.N. **Perfil da violência de gênero perpetrada por companheiro**. Rev Saúde Pública. 2005;39(5):695-701.

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

LAQUEUR, T. W. **Inventando o sexo: corpo e gênero dos gregos a Freud**. Trad. Vera Whately. 1. ed. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2001.

LEMOS, Carolina Teles. **Equidade de gênero: Uma questão de justiça social e de combate à violência – Ideias religiosas como ângulo de análise**. In: Revista Mandrágora, ano 7, n. 7/8, 2001/2002. São Bernardo do Campo: UMESP.

LE, B. T. et al. **Maxillofacial injuries associated with domestic violence**. Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, v. 59, n. 11, p. 1277-1284, 2001.

LOPES, C. B. **Direitos humanos das mulheres: dois passos à frente, um passo atrás.** In: RODRIGUES, A. M. et al. (Org.). Direitos humanos das mulheres. Coimbra: Coimbra Ed., 2005. p. 157-170.

MACKENSIE, E. J. **Epidemiology of injuries: current trends and future challenges.** Epidemiologic Reviews, v. 22, n. 1, p. 112-119, 2000.

MANGANELLO-SOUZA, L.C. **Trauma de partes moles: princípios de tratamento dos ferimentos cutâneos.** In: Manganello-Souza, L. C; Luz, J. G. C. Tratamento cirúrgico do trauma bucomaxilofacial. 3ª ed. São Paulo: Roca, 2006. p. 75-85.

MANGANELLO-SOUZA, L.C.; LUZ, J. G. C. **Fraturas de mandíbula.** In: _____. Tratamento cirúrgico do trauma bucomaxilofacial. 3ª ed. São Paulo: Roca, 2006. p.189-209.

MANGANELLO-SOUZA, L.C.; ROCHA, D. L. **Fraturas nasais.** In: Manganello-Souza, L. C; Luz, J. G. C. Tratamento cirúrgico do trauma bucomaxilofacial. 3ª ed. São Paulo: Roca, 2006. p. 155-162.

MENEGHEL, S.N.; HELSER, L.Z.; MARGARITES, A.F.; CECCON, R.F.; ROSA, S.; VASCONCELOS, V.D. Femicídios: narrativas de crimes de gênero. Comunicação, saúde e educação, 17, n.46, p.523-33, jul./set. 2013.

MEDRADO, B.; LYRA, J. **Nos homens, a violência de gênero.** Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (Brasil). 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: A Secretaria, 2003. Organizadora: Márcia Camargo.

MILLER, L. **Protegendo as mulheres da violência doméstica. Seminário de treinamento para juízes, procuradores, promotores e advogados no Brasil.** Trad. Osmar Mendes. 2.ed. Brasília: Tahirid Justice Center, 2002.

MINAYO, M. C. de S. **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade.** Rio de Janeiro:Vozes, 2003

MONTEIRO, F. J. **Mulheres agredidas pelos maridos: de vítimas a sobreviventes**. Lisboa: Organizações Não Governamentais do Conselho Consultivo da Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres, 2005.

MONTOVANI, J. C. et al. **Etiologia e incidência das fraturas faciais em adultos e crianças: experiência em 513 casos**. Revista Brasileira de Otorrinolaringologia, v. 72, n. 2, p. 235-241, 2006.

NOGUEIRA, C. **Construcionismo social, Discurso e Género**. Psicologia, Vol. XV (1), pp.43-65, 2001.

OLIVEIRA, I. C. **Pesquisa Formação e Ação Sindical: um olhar sobre a Formação**. p 23 a 31. Revista as relações de gênero em debate. Recife: Edições Bagaço, 2000

OLIVEIRA, E.R. **Violência doméstica e familiar contra a mulher: um cenário de subjugação do gênero feminino**. Revista do Laboratório de Estudos da Violência da UNESP/Marília Ano 2012 – Edição 9 – Maio/2012

PIMENTEL, A. **O método da análise documental: seu uso numa pesquisa histórica**. Cadernos de Pesquisa, n.114, p.179-195, nov., 2001.

PORTO, P. R. F. **Violência doméstica e familiar contra a mulher: Lei 11.340/06: Análise crítica e sistêmica**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2007.

RAIMONDO, M. L. **Perfil epidemiológico da violência contra a mulher em Guarapuava, Paraná: contribuições da Enfermagem**. Curitiba, 2010.

RESENDE, T. C. **Aspectos referentes ao estupro, às vítimas de violência e aos agressores segundo processo - crime em Uberlândia-MG**, 2008, 89 f. Dissertação [mestrado] - Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Uberlândia, 2008.

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

SANTI, L. N.; NAKANO, A. M.. **A mulher vítima de violência e a saúde bucal**. Anais do ICOWHI, 2004.

SANTI, L. N.; CHIAPERINI, A. T.; PEREIRA, J. M.; BÉRGAMO, A. L.; WATANABE, M. G. C.; BREGAGNOLO, J. C. **Avaliação de danos bucomaxilofaciais resultantes das lesões corporais em mulheres registradas no ano de 1998 em Ribeirão Preto/São Paulo**. Anais da Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, ago-dez, p.133, 2003.

SCAVONE, L. **Feminismo contemporâneo y democracia en Brasil**. In: FAURÉ, C. (dir) Enciclopedia Histórica y Política de las Mujeres. Europa y América. Madrid: Ediciones AKAL, 2010. P.733-753

SILVA, L.L.; COELHO, E.B.S.; CAPONI, C.N.S. **Violência silenciosa: violência psicológica como condição da violência física doméstica**. Interface (Botucatu) v.11 n.21 Botucatu jan./abr. 2007

SCOTT, J. **Gênero: uma categoria útil de análise histórica**. Educ Realidade 1990;16(2):5-22.

SHARAIBER, L. B. et al. **Violência dói e não é direito: a violência contra a mulher, a saúde e os direitos humanos**. São Paulo: Editora UNESP, 2005.

SCHRAIBER, L. B. et al. **Violência contra mulheres entre usuárias de serviços públicos de saúde da Grande São Paulo**. Ver. Saúde Pública, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 359-367, 2007.

SCHRAIBER, L. B. et al. **Violência de gênero no campo da Saúde Coletiva: conquistas e desafios**. Ciênc. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 1019-1027, jul./ago. 2009.

SCHRAIBER, LB, D'Oliveira AFPL, França-Júnior IF, Pinho AA. **Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde.** Rev Saúde Públ. 2002;36(4):470-7.

SOARES, B. M. - **Enfrentando a Violência contra a Mulher – Orientações Práticas para Profissionais e Voluntários(as)** - Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2005. 64p

TORRÃO FILHO, A. **Uma questão de gênero: onde o masculino e o feminino se cruzam.** Cadernos Pagu, v.24, p. 127-152, 2005.

VILLELA, W.V.; VIANNA, L.A.C.; LIMA, L.F.P.; SALA, D.C.P.; VIEIRA, F.T.; VIEIRA, L.M.; OLIVEIRA, M.E. **Ambiguidades e contradições no atendimento de mulheres que sofrem violência.** Rev. Saúde soc. vol.20 no.1 São Paulo jan./mar. 2011

VICENTE, A. **Direito das mulheres/direitos humanos.** Lisboa: CIDM, 2000. (Coleção Cadernos de Condição Feminina, 59).

VRISIMTZIS, N. A. **Amor, Sexo e Casamento na Grécia Antiga.** Trad. Luiz Alberto Machado Cabral. 1. ed. São Paulo: Odysseus, 2002.

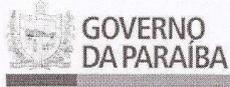
WASELFIZ, J. J.. **Mapa da Violência 2012. Os novos padrões da violência homicida no Brasil.** São Paulo, Instituto Sangari, 2011.

WASELFIZ, J. J. Mapa da violência 2012: **Atualização Homicídio de Mulheres no Brasil.** São Paulo: Flacso: Disponível em: <www.agenciapatriciagalvao.org.br/images/stories/PDF/pesquisas/MapaViolencia2012_atual_mulheres.pdf>. Acesso em: 13 set. 2012.

WILLIAMS, L.C.A.; MALDONADO, D.P.A.; PADOVANI, R.C. (Orgs). (2008). **Uma vida livre da violência: Projeto Parceria, Módulo 1. Cartilha** - Universidade Federal de São Carlos, Departamento de Psicologia.(www.ufscar.br/laprev)

<www.andi.org.br/infancia-e-juventude/pauta/mapa-da-violencia-2012>-mostra-que-os-jovens-sao-principais-vitimas-de-hom. Acessado em 20/05/2014.

Anexos

Anexo 1

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL - SEDS
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA - IPC
GERÊNCIA DE MEDICINA E ODONTOLOGIA LEGAL - GEMOL
NÚCLEO DE MEDICINA E ODONTOLOGIA LEGAL DE CAMPINA GRANDE - NUMOL-CG

Ofício Nº 0766/2013/NUMOL - Campina Grande/PB

Campina Grande/PB, 23 de Outubro de 2013.

Ilmo Sra.
Dr^a(a). Aline Lobato Costa,
Universidade Estadual da Paraíba
Departamento de Direito
Departamento de Psicologia
Campina Grande - PB.

Pelo presente, com cordiais cumprimentos, comunico que fica autorizado a pesquisa da Perita Odonto - Legal **RITA DE CÁSSIA PEREIRA** no NUMOL- Núcleo de Medicina e Odontologia Legal Campina Grande-PB, para fins de trabalho de conclusão de curso de Especialização em Segurança Pública.

Atenciosamente,

Instituto de Polícia Científica
Núcleo de Medicina e Odontologia Legal

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

Márcio Leandro da Silva
Chefe do NUMOL-Campina Grande/PB
MAT. 160.827- 4

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Lesões Produzidas	29
Tabela 2 – Padrão de traumas e região de ferimentos consequentes de agressão.....	31

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Relação entre os eventos de violência interpessoal segundo faixas etárias.....	23
Figura 2 - Relação entre os eventos de violência interpessoal segundo a profissão..	23
Figura 3 - Representação percentual do estado civil das vítimas.....	25
Figura 4 - Indicativo de naturalidade das Vítimas de violência em alguns Estados e regiões brasileiros.....	25
Figura 5 - Percentagem da violência contra a mulher em alguns em bairros de Campina Grande-PB.....	25
Figura 6 – Meses de ocorrências da violência contra a mulher em 2012.....	26
Figura 7 – Indicação da localidade da prática de violência de gênero contra mulher em Campina Grande-PB.....	27
Figura 8 – Grau de parentesco dos agressões em relação as vítimas de violência....	28
Figura 9 – Padrão de traumas em mulheres vítimas de violência em Campina Grande-PB em 2012.....	29

