



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I – CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE ODONTOLOGIA**

TAYNÁ RIBEIRO MONTEIRO DE FIGUEIREDO

**VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR E COMUNITÁRIA CONTRA MULHERES: UM
PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA**

**CAMPINA GRANDE
2019**

TAYNÁ RIBEIRO MONTEIRO DE FIGUEIREDO

**VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR E COMUNITÁRIA CONTRA MULHERES: UM
PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA**

Trabalho de Conclusão de Curso (Artigo) apresentado à Coordenação do Departamento do Curso de Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Graduada em Odontologia.

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

**CAMPINA GRANDE
2019**

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.

F475v Figueiredo, Tayná Ribeiro Monteiro de.
Violência intrafamiliar e comunitária contra mulheres
[manuscrito] : um problema de saúde pública / Tayna Ribeiro
Monteiro de Figueiredo. - 2019.
31 p. : il. colorido.
Digitado.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em
Odontologia) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de
Ciências Biológicas e da Saúde, 2019.
"Orientação : Prof. Dr. Sérgio D'ávila Lins Bezerra
Cavalcanti, Coordenação do Curso de Odontologia - CCBS."
1. Violência. 2. Violência contra a mulher. 3. Saúde
pública. 4. Epidemiologia. I. Título

21. ed. CDD 614

TAYNÁ RIBEIRO MONTEIRO DE FIGUEIREDO

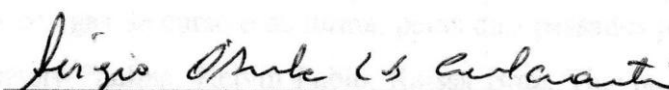
VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR E COMUNITÁRIA CONTRA MULHERES: UM
PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

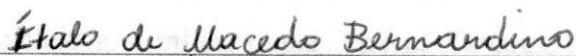
Trabalho de Conclusão de Curso (Artigo)
apresentado à Coordenação do Departamento
do Curso de Odontologia da Universidade
Estadual da Paraíba, como requisito parcial à
obtenção do título de Graduada em
Odontologia.

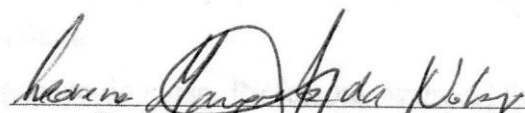
Área de concentração: Epidemiologia.

Aprovada em: 11/06/2019.

BANCA EXAMINADORA


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


Prof. Me. Ítalo de Macedo Bernardino
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)


Prof. Dr. Lorena Marques da Nóbrega
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

AGRADECIMENTOS

À Deus, que é por mim e é comigo, por ter permitido que eu chegasse até aqui, pelo cuidado, zelo, guia e proteção! Por ser meu amparo e fonte de força e sabedoria, sem Ti, nada sou.

Aos meus pais, por sempre acreditarem em mim e me apoiarem em minhas escolhas, pelas abdições diárias em prol das minhas conquistas! Ao meu pai, pelo apoio, cuidado e carinho, por me ouvir e me amparar nos momentos de queda e me reerguer com sua motivação e fé. À minha mãe, pelas inspirações, pelo exemplo e por me mostrar o caminho a seguir, sendo espelho e direcionamento nas vezes em que não enxerguei luz por onde ir. Ao meu irmão, Jessé, pelo companheirismo, apoio, compreensão, palavras de força e encorajamento. Pai, mãe e Jessé, à vocês, minha eterna gratidão, meu paraíso na Terra.

Ao meu querido orientador, Sérgio D'Ávila, pela orientação e ensinamentos, por todo o apoio e dedicação, não apenas nessa reta final, mas durante todo o curso. Por ter sido exemplo de profissional a ser seguido desde os primeiros contatos, por sua ética e moral, mas também pela leveza e simplicidade ao ensinar e orientar. Agradeço pela oportunidade, pela confiança, pela paciência, pela acolhida; serei sempre grata.

Aos meus avós e familiares, pela torcida, apoio e alegrias compartilhadas.

Às minhas amigas de longas datas: Bia, Laryssa, Alícia, Ana Clara, Ana Emília e Lara, pelo carinho, companheirismo, desabafos constantes, por se fazerem sempre presentes e pela felicidade compartilhada pelas minhas conquistas.

Aos meus colegas de curso e de turma, pelos dias passados juntos e apoio diário. Em especial à Graziely Paulina, Kelvin Pablo, Raíssa Braz, Thayná Tavares e Wanúbia Barbosa, que partilharam dos momentos mais importantes desses 5 anos e meio, que foram família, casa e aconchego quando estávamos longe dos nossos; pela amizade verdadeira, pelo compartilhar dos sentimentos, pelo amor puro e sincero.

De forma exclusiva, à minha dupla, Thayná Tavares, pelo partilhar de todos os momentos, pelo segurar na mão, pela parceria e companheirismo, pelas palavras e abraços de motivação, pela compreensão de um olhar, pelo amor recíproco; que sejamos sempre luz na vida uma da outra.

À Coordenação do curso, Professora Andreza, Professora Kátia e Alexandre, por estar sempre solícitos, pela resolução dos problemas e das dúvidas, pelo amparo e boa receptividade.

Aos demais professores e funcionários da UEPB, pelos ensinamentos, pelo conhecimento passado, pelo compartilhar da ciência e da sabedoria, pelo carinho, pelos sorrisos nos corredores, pela presteza e atendimento quando nos foi necessário; pelas inúmeras contribuições para minha formação pessoal e acadêmica. Em especial, aos professores de Odontopediatria, Professora Edja, Professora Ana Flávia e Professor Ramon, pela acolhida durante a monitoria, pela amizade criada e por todo o incentivo e apoio.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 –	Distribuição das variáveis e categorização.....	15
Tabela 1 –	Distribuição das mulheres vítimas de violência doméstica de acordo com as características sociodemográficas e características dos agressores (2008 a 2011).....	17
Tabela 2 –	Distribuição das mulheres vítimas de violência doméstica de acordo com o mecanismo de agressão, período de ocorrência e região do corpo afetada (2008 a 2011).....	18
Tabela 3 –	Análise bivariada entre o mecanismo de agressão e demais variáveis investigadas.....	19

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Distribuição das mulheres vítimas de violência doméstica de acordo com as características sociodemográficas e características dos agressores (2008 a 2011).....	15
Tabela 2 –	Distribuição das mulheres vítimas de violência doméstica de acordo com o mecanismo de agressão, período de ocorrência e região do corpo afetada (2008 a 2011).....	16
Tabela 3 –	Análise bivariada entre o mecanismo de agressão e demais variáveis investigadas.....	17

LISTA DE SIGLAS

DV	Violência Doméstica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NUMOL	Núcleo de Medicina e Odontologia Legal
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Homicídios
VIVA	Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	09
2	REVISÃO DE LITERATURA	10
2.1	Caracterização da violência contra a mulher.....	10
2.2	Consequências multicausais	11
2.3	Medidas resolutivas	13
3	METODOLOGIA	14
4	RESULTADOS.....	16
5	DISCUSSÃO	20
6	CONCLUSÃO	24
7	REFERÊNCIAS	25
	ANEXO.....	28

VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR E COMUNITÁRIA CONTRA MULHERES: UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

INTRAFAMILIAR AND COMMUNITARY VIOLENCE AGAINST WOMEN: A PUBLIC HEALTH PROBLEM

Tayná Ribeiro Monteiro de Figueiredo *

RESUMO

Objetivou-se com esse estudo traçar o perfil da violência intrafamiliar e comunitária contra mulher de acordo com as características sociodemográficas das vítimas e dos agressores excluindo os casos de parceiros íntimos. Foi realizado um estudo observacional, de caráter exploratório, com dados secundários oriundos do Núcleo de Medicina e Odontologia Legal (NUMOL) de um município do Nordeste brasileiro. Realizou-se a análise estatística descritiva objetivando caracterizar a amostra. Em seguida, empregou-se a análise de diferença de proporções (teste qui-quadrado de Pearson ou teste exato de Fisher quando apropriado) para determinar associação entre mecanismo de agressão e demais variáveis investigadas. A maioria da amostra tinha entre 30 e 59 anos (32,0%), era solteira (63,6%), possuía baixa escolaridade (65,6%) e não trabalhava (45,9%). O agressor em sua maioria era do sexo masculino (52,7%), sendo geralmente familiar da vítima (96,6%). Prevaleram situações de agressões sem instrumento, usando força física (80,4%), sendo registradas principalmente aos domingos (18,3%) e no turno da noite (38,7%). Traumas em mais de uma região do corpo constituíram o padrão mais frequente (50,6%). Portanto, observou-se associação estatística significativa entre escolaridade e ocupação da vítima, sexo do agressor, mecanismo de agressão e período de ocorrência. Dessa forma, foi possível observar um perfil da violência intrafamiliar e comunitária contra a mulher de acordo com as características sociodemográficas das vítimas e dos agressores:-

Palavras-chave: Violência; Violência contra a Mulher; Saúde Pública, Epidemiologia.

1 INTRODUÇÃO

A violência contra a mulher tem sido reconhecida globalmente como um problema de saúde pública, devido ao seu impacto significativo na morbidade e implicações não somente às vítimas, mas também às suas famílias e à sociedade em geral (RONAN et al., 2004); e consiste em qualquer ato que resulta, ou pode resultar, em dano físico, sexual ou psicológico, ou sofrimento para a mulher, sendo considerado um fenômeno multidimensional (GARCIA, FREITAS, HÖFELMANN, 2013; OMS, 2002). A Organização Mundial da Saúde (OMS)

*Departamento de Odontologia, Universidade Estadual da Paraíba.
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9344742389589571>

estima que, em todo o mundo, uma em cada três mulheres é ou já foi vítima de violência doméstica (DV), gerando grandes desafios para os sistemas de saúde (KRUG et al., 2002).

A violência intrafamiliar e comunitária é um tema que tem atraído à atenção de governantes, estudiosos, bem como da sociedade geral (SILVA, OLIVEIRA, 2015). Não obstante, o número de casos notificados tem crescido cada vez mais (QUADROS et al., 2013). Porém as inúmeras iniciativas e ações abordando a questão, realizadas mundo afora, demonstram uma crescente tendência no reconhecimento da relevância dessa forma de violência enquanto problema e objeto de intervenções de Saúde Pública (SILVA, OLIVEIRA, 2015).

Apesar dos problemas associados à violência doméstica e familiar, o conhecimento sobre sua distribuição está ausente. Poucos estudos investigaram os fatores associados a esse tipo de violência no país (AUDI et al., 2008; D'OLIVEIRA et al., 2009; VIEIRA, PERDONA, SANTOS, 2011). Desta forma, mais estudos nacionais com tal perspectiva podem contribuir com a comunidade científica e acadêmica no sentido de produzir melhores e maiores conhecimentos da subjetivação do fenômeno da violência doméstica e comunitária contra a mulher. Sendo assim, podem colaborar para novas possibilidades de intervenções, assim como implementação de políticas públicas destinadas à vigilância, prevenção e assistência social. (FONSECA, RIBEIRO, LEAL, 2012).

Este estudo objetivou traçar o perfil da violência intrafamiliar e comunitária contra mulher de acordo com as características sociodemográficas das vítimas e dos agressores.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Caracterização da violência contra a mulher

A violência é um fenômeno complexo e multicausal. Segundo a OMS, consiste no uso intencional de força ou poder físico, real ou ameaçado, contra si mesmo, outra pessoa, um grupo ou uma comunidade que resulte em ferimentos, morte, danos psicológicos, incapacidade de desenvolvimento e privação (WAISELFISZ, 2015).

A violência contra a mulher está intimamente ligada à violência de gênero, pois está ligada à posição desigual da mulher nos relacionamentos, e ao “direito” masculino de controlar os bens e comportamentos femininos, de modo que quando as mulheres desafiam esse controle ou o homem não consegue mantê-las, a violência acontece, dessa forma, as agressões significam uma estratégia de manutenção do poder masculino (GODBOUT, 2009;

VIEIRA, PERDONA, SANTOS, 2011). Existem inúmeros fatores associados à violência contra a mulher, tais como os antecedentes familiares de violência, o uso de álcool pelo agressor, o desemprego, o baixo nível socioeconômico da vítima, além do frágil apoio social ofertado à mulher. Entretanto, o principal fator relacionado a essa forma de violência são as desigualdades causadas por relações tradicionais de gênero (SIGNORELLI, TAFT, PEREIRA, 2012; GARCIA, FREITAS, HÖFELMANN, 2013; VIEIRA, PERDONA, SANTOS, 2011).

Oito em cada dez vítimas de violência doméstica são mulheres e a proporção de vítimas femininas é 3,2 vezes maior quando comparado às masculinas (BARBOSA et al., 2019). Ademais, 39,7% das mulheres indicaram ter sofrido violência de repetição, enquanto que, entre os homens, esta proporção foi de 26,3% (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Dados nacionais mostram que pessoas que sofreram violência doméstica e familiar apresentam maior risco de problemas de saúde física e psicológica do que a população em geral, afetando significativamente os gastos com saúde. Além disso, também está associada ao absenteísmo no trabalho e na escola (OMS, 2002; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009). Estudos internacionais relatam que esse problema é mais prevalente em países de baixa e média renda, com o Brasil entre esse grupo (GARCIA-MORENO et al., 2006). Em alguns países o percentual de mulheres que afirmam terem sido agredidas fisicamente por um homem chegou a 50% (ALVES, COURA, 2001). No Mapa da Violência, o Brasil ficou em quinto lugar entre os países com maior taxa de homicídio por 100.000 mulheres em 2013 (VIEIRA, PERDONA, SANTOS, 2011).

No ambiente familiar, os resultados indicam uma tendência de agravamento do número de violência física contra as mulheres e um aumento crescente de agressões perpetradas por homens. Parcialmente, esses resultados poderiam estar relacionados ao aumento de reportagem e ao empoderamento das mulheres para denunciar (BARBOSA et al., 2019)

2.2 Consequências multicausais

As situações de violência acarretam sérios danos à saúde das vítimas em relação ao bem-estar físico, sexual, reprodutivo, emocional, mental e social do indivíduo e da família. Pesquisas correlacionam à violência distúrbios gastrointestinais, lesões, doenças sexualmente transmissíveis, gravidez não desejada, danos emocionais e mentais, como

sentimento de culpa, baixa autoestima, depressão, ansiedade, transtorno de estresse pós-traumático e suicídios (OLIVEIRA et al., 2005; VILLELA, 2008; OMS, 2002).

Observa-se que as consequências da violência são todas danosas, como um todo, à saúde da mulher vítima de violência intrafamiliar ou comunitária. Segundo Ribeiro e Coutinho (2011), a vivência da violência diminui drasticamente a qualidade de vida dessas mulheres, atingindo negativamente sua saúde física, psicológica e principalmente a social, fazendo as vítimas se isolarem e perderem gradativamente sua rede de apoio, tornando-se vulneráveis e com poucas estratégias de enfrentamento, sendo cada vez mais difícil quebrar este ciclo.

No panorama geral, percebe-se a consequência em âmbitos sociais: a restrição do convívio social, má aceitação social, preconceito e discriminação (FONSECA, RIBEIRO, LEAL, 2012). Devido a tais consequências sociais, as mulheres tendem a silenciar sobre a violência e geralmente não fazem queixas espontâneas durante as consultas na rede básica de saúde (OMS, 2012), a menos que recebam condições de acolhimento e escuta (JEWKES, 2002). Dessa forma, a violência contra a mulher é caracterizada por sua invisibilidade, visto que a maioria dessas ocorrências não termina em assistência e não é registrada nos sistemas de informação, resultando em uma subnotificação dos eventos (NEVES, GARCIA, 2016; GARCIA et al., 2016; OMS, 2013; GARCIA, 2016).

2.3 Medidas resolutivas

Em 2006, foi sancionada a Lei nº 11.340, conhecida como Lei Maria da Penha, que criou mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher no Brasil (BRASIL, 2006). A lei representou uma conquista importante para as mulheres e um avanço significativo na legislação brasileira anterior para combater a violência doméstica e familiar contra a mulher (ALVES, OLIVEIRA, MAFFACCIOLLI, 2012). Embora a legislação sobre a violência tenha melhorado, cerca de 4.465 homicídios femininos ocorreram em 2010 no Brasil (WAISELFISZ, 2012).

O aumento das vítimas femininas mostra-se contrário à tentativa do governo federal de impedir o crescimento dos abusos contra as mulheres, considerando que a Lei nº 11.340 (2006) foi criada com o objetivo de diminuir a violência doméstica. Apesar disso, o Relatório do Estado da Paraíba sobre a violência, argumenta que esse aumento pode ser aparente, e pode estar relacionado a uma maior disseminação da importância na denúncia de casos de violência e ao aumento do empoderamento das mulheres para buscar apoio nas redes assistenciais (BARBOSA et al., 2019).

O Ministério da Saúde vem, ao longo dos anos, implementando políticas públicas e normatizando ações de prevenção e tratamento dos agravos decorrentes da violência contra as mulheres, no intuito de diminuir seu alto índice. Numerosos governos assinaram acordos internacionais reconhecendo a necessidade de desenvolver amplas abordagens multisetoriais para prevenir e minimizar a violência contra a mulher. Apesar dessas iniciativas, são necessários mais esforços para combater o crescente problema da violência no Brasil. Reformas institucionais e legais ainda precisam ser implementadas para reduzir esse aumento (JANUÁRIO et al., 2010; BRASIL, 2014; ONU, 2014; ONU, 1995).

A OMS reforça a necessidade de melhorar a capacidade dos serviços de saúde para identificarem a violência contra a mulher e o risco de feminicídio (OMS, 2013). Para fazer realmente frente à violência doméstica e comunitária é necessário dar continuidade à integração das unidades de proteção à mulher, maior divulgação nos meios de comunicação com o intuito de prevenir a violência e promover a saúde da mulher, para que ela se sinta apoiada e encontre equipe multiprofissional competente e integrada para ajudá-la a sair do ciclo de violência (FONSECA, RIBEIRO, LEAL, 2012). O encaminhamento adequado e oportuno da mulher agredida, e seu acesso aos serviços de segurança pública e justiça para a obtenção de medidas protetivas podem fazer a diferença entre a vida e a morte (GARCIA, 2016).

É fundamental que os profissionais de saúde estejam atentos aos sinais de agressão física, como também psicológica. O reconhecimento da violência contra a mulher como um importante problema de saúde pública e uma grave violação dos direitos humanos faz-se necessário para que haja alocação adequada de recursos para a expansão dos centros de atenção social voltados às vítimas de violência. A situação atual requer um olhar urgente de todos os níveis de organização política, social, judicial e da saúde (BERNARDINO et al., 2016).

Dentistas que trabalham em serviços de emergência fazem parte da equipe responsável pelos cuidados de saúde das vítimas e são obrigados a intervir em situações de violência. Mudanças são necessárias a nível nacional nos sistemas de educação e saúde pública, para formar profissionais capacitados para identificar casos de agressão e priorizar a intervenção das vítimas (HENDLER, SUTHERLAND, 2007; NÓBREGA et al., 2016).

A despeito do número considerável de casos notificados pelo setor Saúde, eles representam uma ínfima parcela dos registros policiais, indicando a ocorrência de subnotificação (SILVA, OLIVEIRA, 2015). Essas políticas não podem, obviamente, ser

restringidas ao setor saúde e devem incluir diversas áreas, como gênero, direitos humanos, justiça, segurança pública, trabalho e previdência, entre outras (GARCIA, 2016).

3 METODOLOGIA

Foi realizado um estudo observacional, de caráter exploratório, com dados secundários oriundos do Núcleo de Medicina e Odontologia Legal (NUMOL) de uma região metropolitana do Nordeste do Brasil, que possui uma população estimada em aproximadamente 687.545 habitantes (IBGE, 2010), sendo considerada a segunda maior zona metropolitana do interior nordestino, quarta maior zona metropolitana do interior brasileiro, abrangendo 15 municípios, dentre eles o município de Campina Grande e demais municípios adjacentes.

Foram adotados como critérios de inclusão todos os registros das vítimas que sofreram agressão física e foram submetidas a exame de corpo de delito, registrado ao longo de um período de quatro anos (Janeiro de 2008 a Dezembro de 2011). Como critérios de exclusão foram excluídos os registros que estavam indisponíveis no momento da coleta por questões judiciais. Além disso, como o preenchimento dos registros é manuscrito, os manuscritos que estavam ilegíveis, mesmo após uma consulta a um funcionário do setor, também foram excluídos. Foram excluídos também os dados cujo agressor era o parceiro íntimo da vítima ou ex-parceiro.

Para a coleta dos dados, elaborou-se um formulário específico que continham variáveis relacionadas às características sociodemográficas das vítimas (idade, escolaridade, ocupação, estado civil), dos agressores (sexo, ligação com a vítima) e às características da violência (mecanismo de agressão, região do corpo afetada, dia e turno de ocorrência).

Quadro 1 – Distribuição das variáveis e categorização.

Variáveis independentes	Categorização
Faixa etária da vítima	0 a 09 anos 10 a 19 anos 20 a 29 anos 30 a 59 anos 60 anos ou mais
Estado civil da vítima	Solteiro (a) Viúvo (a) Separado (a) Casado (a) União Estável
Escolaridade da vítima	≤ 8 anos de estudo > 8 anos de estudo
Ocupação da vítima	Não trabalha Assalariada Não assalariada
Sexo do agressor	Feminino Masculino
Relação entre agressor e vítima	Familiar Conhecido
Mecanismo de agressão	Agressões sem instrumento Arma de fogo Arma branca Outros Mista
Dia da ocorrência	Segunda Terça Quarta Quinta Sexta Sábado Domingo
Horário da ocorrência	00:00-05:59 06:00-11:59 12:00-17:59 18:00-23:59
Região do corpo afetada	Cabeça Pescoço Membro Superior Membro Inferior Tórax Abdome Mais de uma região

Previamente à coleta, foi feito um estudo piloto objetivando adequar o formulário a ser utilizado. Três componentes da equipe foram submetidos aos procedimentos de calibração para a coleta de dados. As concordâncias intra-examinador e inter-examinador foram avaliadas mediante o teste Kappa e ambas obtiveram $K = 0,85-0,90$, consideradas muito boas, habilitando os examinadores a realizarem o estudo.

Inicialmente, realizou-se a análise estatística descritiva objetivando caracterizar a amostra. Em seguida, empregou-se a análise de diferença de proporções (teste qui-quadrado de Pearson ou teste exato de Fisher quando apropriado) para determinar associação entre mecanismo de agressão e demais variáveis investigadas. O nível de significância foi fixado em $p < 0,05$ (HAIR et al, 2009). Todas as análises foram conduzidas com auxílio do *software* IBM SPSS Statistics versão 20.0, considerando um intervalo de confiança de 95%.

O desenvolvimento desse estudo seguiu os princípios éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, conforme pressupõe a Resolução 196/96. O projeto foi registrado no SISNEP (Sistema Nacional de Informações sobre Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos) avaliado por um Comitê de Ética em Pesquisa de forma independente, sendo aprovado (CAAE: 02266.0.133.000-10). Todos os direitos das vítimas foram protegidos e seguidos os preceitos nacionais e internacionais de ética em pesquisa com seres humanos.

4 RESULTADOS

Durante o período investigado, foram registrados 409 casos de violência doméstica contra a mulher efetuada por uma pessoa do âmbito familiar ou conhecido, excluindo o companheiro ou ex-companheiro. A distribuição das vítimas de acordo com as características sociodemográficas e características dos agressores. A maioria das vítimas tinha entre 30 e 59 anos (32,0%), era solteira (63,6%), possuía baixa escolaridade (65,6%) e não trabalhava (45,9%). O agressor em sua maioria era do sexo masculino (52,7%), sendo geralmente familiar da vítima (96,6%) (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição das mulheres vítimas de violência doméstica de acordo com as características sociodemográficas e características dos agressores (2008 a 2011).

Variáveis	n	%
Faixa etária da vítima		
0 a 9	35	8,7
10 a 19	104	25,8
20 a 29	117	29,0
30 a 59	129	32,0
60 ou mais	18	4,5
Estado civil da vítima		
Solteiro(a)	253	63,6
Viúvo(a)	12	3,0
Separado(a)	21	5,3
Casado(a)	76	19,1
União Estável	36	9,0
Escolaridade da vítima		
≤ 8 anos de estudo	208	65,6
> 8 anos de estudo	109	34,4
Ocupação da vítima		
Não trabalha	158	45,9
Assalariada	117	34,0
Não assalariada	69	20,1
Sexo do agressor		
Feminino	187	47,3
Masculino	208	52,7
Relação entre agressor e vítima		
Familiar	395	96,6
Conhecido	14	3,4

Nota. Diferenças na categoria total devido a *missing data*.

A distribuição das mulheres vítimas de violência doméstica de acordo com o mecanismo de agressão, período de ocorrência e região do corpo afetada. Prevaleceram situações de agressões sem instrumento, usando força física (80,4%), sendo registradas principalmente aos domingos (18,3%) e no turno da noite (38,7%). Traumas em mais de uma região do corpo constituíram o padrão mais frequente (50,6%), seguido de casos de traumas isolados na região da cabeça (19,1%) (Tabela 2).

Tabela 2. Distribuição das mulheres vítimas de violência doméstica de acordo com o mecanismo de agressão, período de ocorrência e região do corpo afetada (2008 a 2011).

Variáveis	n	%
Mecanismo de agressão		
Agressões sem instrumento	311	80,4
Arma de fogo	2	0,5
Arma branca	20	5,2
Outros	40	10,3
Mista	14	3,6
Dia da ocorrência		
Segunda	62	16,0
Terça	48	12,4
Quarta	56	14,4
Quinta	53	13,7
Sexta	58	14,9
Sábado	40	10,3
Domingo	71	18,3
Horário da ocorrência		
00:00-05:59	13	3,6
06:00-11:59	78	21,5
12:00-17:59	131	36,2
18:00-23:59	140	38,7
Região do corpo afetada		
Cabeça	78	19,1
Pescoço	9	2,2
Membro Superior	77	18,8
Membro Inferior	19	4,6
Tórax	13	3,2
Abdome	6	1,5
Mais de uma região	207	50,6

Nota. Diferenças na categoria total devido a *missing data*.

Quanto à análise bivariada entre o mecanismo de agressão e demais variáveis investigadas. Verificou-se associação estatisticamente significativa entre agressões com uso de instrumentos, grupo etário mais jovem ($p = 0,021$), solteiras ($p = 0,036$), que não trabalhavam ($p = 0,020$) e ocorrências no turno da madrugada ($p = 0,021$).

Tabela 3. Análise bivariada entre o mecanismo de agressão e demais variáveis investigadas.

Variáveis	Mecanismo de agressão						p-valor
	Uso de instrumentos		Agressões nuas		Total		
	n	%	n	%	n	%	
Faixa etária							0,021^{(1)*}
0 a 9	12	34,3	23	65,7	35	100,0	
10 a 19	24	24,5	74	75,5	98	100,0	
20 a 29	16	14,4	95	85,6	111	100,0	
30 a 59	17	14,2	103	85,8	120	100,0	
60 ou mais	5	29,4	12	70,6	17	100,0	
Estado civil							0,036^{(2)*}
Solteiro(a)	58	24,1	183	75,9	241	100,0	
Viúvo(a)	1	11,1	8	88,9	9	100,0	
Separado(a)	3	14,3	18	85,7	21	100,0	
Casado(a)	6	8,3	66	91,7	72	100,0	
União	6	17,6	28	82,4	34	100,0	
Estável							
Escolaridade da vítima							0,138 ⁽¹⁾
Não							
Alfabetizado	6	37,5	10	62,5	16	100,0	
Ensino							
Fundamental	41	22,3	143	77,7	184	100,0	
Ensino							
Médio	10	14,1	61	85,9	71	100,0	
Ensino							
Superior	6	18,2	27	81,8	33	100,0	
Ocupação							0,020^{(1)*}
Não trabalha	40	26,7	110	73,3	150	100,0	
Assalariado	15	13,4	97	86,6	112	100,0	
Não							
assalariado	10	16,1	52	83,9	62	100,0	
Sexo do agressor							0,556 ⁽¹⁾
Feminino	32	18,3	143	81,7	175	100,0	
Masculino	41	20,7	157	79,3	198	100,0	
Sujeito agressor							0,474 ⁽²⁾
Familiar	75	20,0	300	80,0	375	100,0	
Conhecido	1	8,3	11	91,7	12	100,0	
Dia da ocorrência							0,547 ⁽²⁾
Segunda	12	20,3	47	79,7	59	100,0	
Terça	7	15,2	39	84,8	46	100,0	
Quarta	11	21,2	41	78,8	52	100,0	
Quinta	10	20,4	39	79,6	49	100,0	
Sexta	11	19,6	45	80,4	56	100,0	
Sábado	3	8,1	34	91,9	37	100,0	
Domingo	17	24,3	53	75,7	70	100,0	
Horário da							0,021^{(2)*}

ocorrência						
00:00-05:59	4	30,8	9	69,2	13	100,0
06:00-11:59	15	20,0	60	80,0	75	100,0
12:00-17:59	12	9,8	110	90,2	122	100,0
18:00-23:59	30	22,2	105	77,8	135	100,0
Região do corpo						0,775 ⁽²⁾
Cabeça e Face	11	14,7	64	85,3	75	100,0
Pescoço	2	25,0	6	75,0	8	100,0
Membro Superior	17	23,6	55	76,4	72	100,0
Membro Inferior	4	25,0	12	75,0	16	100,0
Tórax	3	23,1	10	76,9	13	100,0
Abdome	1	20,0	4	80,0	5	100,0
Mais de uma região	38	19,2	160	80,8	198	100,0

Nota. ⁽¹⁾ Teste qui-quadrado de Pearson; ⁽²⁾ Teste exato de Fisher; * p < 0,05.

5 DISCUSSÃO

Neste trabalho, a faixa etária de 30 a 59 anos foi a mais acometida. Em concordância, estudo feito no Paquistão (ALI et al., 2011) mostrou que mulheres mais velhas apresentam um risco de sofrer violência física maior do que as mais jovens, onde foi observado a média de idade das vítimas de 35,72 (DP=12,98; valor mínimo: 15 anos; valor máximo: 94 anos), aproximando-se da média de idade encontrada em estudo desenvolvido na Nigéria (AJAH, 2014), que foi de 30,9 anos para as vítimas residentes na zona urbana. Entretanto, a literatura revela evidências que observaram a faixa etária de 18 a 29 anos como a mais frequente (GARCIA et al., 2016). Semelhante a um estudo realizado no Espírito Santo, o qual concluiu que mulheres mais velhas (40 a 59 anos) sofreram menos violência física quando comparada com a faixa etária entre 20 e 29 anos (LEITE et al., 2017). Em outros estudos realizados no Brasil, a idade não esteve associada à ocorrência de violência (D'OLIVEIRA et al., 2009; VIEIRA, PERDONA, SANTOS, 2011).

Uma hipótese levantada para explicar esses achados é que, à medida que as mulheres envelhecem elas se tornam economicamente mais produtivas e socialmente influentes, ficando assim menos propensas a registrar violência recente do que as mulheres mais jovens (NAVED, PERSSON, 2005; KISHOR, JOHNSON, 2004). Dessa forma, mesmo que já tenham sido expostas à situação de violência doméstica durante a juventude, as mulheres mais velhas podem ter tido a oportunidade de se desvencilhar desta condição e não buscam mais

atendimento por este motivo, favorecendo a associação do atendimento atual por esta causa com as idades mais jovens. (GARCIA et al., 2016).

Entretanto, baseado na mesma hipótese que mulheres mais velhas tornam-se mais produtivas economicamente e menos dependentes, estas são mais propensas a denunciar, visto que não possuem dependência econômica e tendem a ter menos medo quando comparado a mulheres mais jovens, o que facilita ao desprendimento desta condição e menor índice de subnotificação, devido ao menor receio de denunciar.

Foi relatado maior vitimização por agressão física em mulheres com escolaridade ≤ 8 anos de estudo e que não trabalham. Os achados do presente trabalho foram consistentes com aqueles de outros estudos realizados no Brasil (LEITE et al., 2017; MATTOS, RIBEIRO, CAMARGO, 2012; GARCIA et al., 2016). De acordo com a literatura, há uma relação direta entre baixa escolaridade e maior propensão em as mulheres reportarem violência (ALI et al., 2012; RADA, 2014; VIVES-CASES et al., 2009; D'OLIVEIRA et al., 2009). Tal relação pode ser explicada pela condição de maior grau de educação estar intimamente ligado ao maior acesso à informação e aos recursos, o que conduz a menor tolerância a um relacionamento de caráter abusivo. (BECK et al., 2014).

Outros estudos realizados no Brasil observaram forte associação entre atendimento por violência contra a mulher com a pior condição socioeconômica da vítima (menor escolaridade e não exercício de atividade remunerada), indicando a condição de menor escolaridade como fator de risco para a violência (GARCIA et al., 2016; D'OLIVEIRA et al., 2009). De forma complementar, Schraiber et al. (2010) observou que as mulheres tendem a se submeter com mais frequência ao agressor por falta de oportunidade de lutar e enfrentar a violência. O que contribui para o alto índice de subnotificação.

Quanto ao estado civil da vítima, predominou a categoria solteira, seguida da casada, de forma semelhante aos estudos de Lamoglia e Mianyo (2009) e Silva e Oliveira (2016). Entretanto, Leite et al. (2017) observaram maior predominância de mulheres que se declaram divorciadas ou separadas. O dado difere do estudo de Mattos, Ribeiro, Camargo (2012) em que 58% das vítimas eram mulheres casadas.

Sobressaíram os agressores do sexo masculino (52,7%), consistente a achados prévios da literatura em que as mulheres são mais agredidas por homens, os quais na maioria das vezes possuem alguma relação íntima com a vítima (AJAH et al., 2014; SILVA, OLIVEIRA, 2016). Quanto à relação entre agressor e vítima, quase todos os agressores eram familiares da vítima (96,6%). Dentre as notificações ao Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) em 2008, em 75,9% dos casos de violência contra a mulher os agressores foram

familiares e conhecidos. Outro estudo observou uma relação diversificada entre a vítima e o agressor, indo desde amigos até irmãos e pais (SILVA, OLIVEIRA, 2016).

De acordo com o mecanismo de agressão, período de ocorrência e região do corpo afetada. Prevaleram situações de agressões sem instrumento, usando força física (80,4%), semelhante ao estudo de Garcia et al. (2016), Lamoglia e Minayo (2009) e Silva e Oliveira (2016). Traumas em mais de uma região do corpo constituíram o padrão mais frequente (50,6%), seguido de casos de traumas isolados na região da cabeça (19,1%). Já em estudo realizado por Garcia et al., 2016, as partes do corpo mais frequentemente atingidas foram a cabeça (39,5%), seguida por membros superiores (21,8%) e múltiplos órgãos (13,9%); enquanto Silva e Oliveira (2016) observaram os órgãos genitais como parte do corpo mais afetada, seguido por cabeça/face.

O fato de a cabeça ser relatada como parte do corpo mais atingida pode ser explicada devido a sua localização proeminente e sua exposição e falta de proteção. Além disso, o valor estético do rosto para as mulheres faz com que seja o principal alvo do ataque na tentativa de intimidar e humilhar as vítimas. Os membros superiores também estão entre as áreas mais afetadas do corpo, visto que poderiam ser usados para autodefesa, proteção e minimização das lesões resultantes dos conflitos (NOBREGA et al., 2016).

Quanto ao período de ocorrência, prevaleceram os registros aos domingos (18,3%) e no turno da noite (38,7%), de forma semelhante, Garcia et al. (2016) mostraram concentração evidente dos casos no período das 18 às 24 horas.

Ao associar o mecanismo de agressão e demais variáveis, foi constatada associação estatisticamente significativa entre agressões com uso de instrumentos, grupo etário mais jovem ($p = 0,021$), solteiras ($p = 0,036$), que não trabalhavam ($p = 0,020$) e ocorrências no turno da madrugada ($p = 0,021$). Tais achados tiveram concordância com um estudo realizado no Rio de Janeiro, onde houve associação significativa de vítimas mais jovens, escolaridade baixa, não exercício de atividade remunerada e ocorrências nos finais de semana em turno noturno ou madrugada (GARCIA et al., 2016). De forma semelhante, Nóbrega et al. (2016) observou em seu estudo a prevalência de vítimas jovens, solteiras, com pouca educação e dependentes financeiramente de outras pessoas. Baseado nisso, pode-se constatar que mulheres economicamente e socialmente desfavorecidas tornam-se um grupo vulnerável a comportamentos agressivos.

Este estudo foi o primeiro estudo da literatura com enfoque na violência contra as mulheres perpetrada por familiar ou conhecido, excluindo o parceiro e ex-parceiro íntimo da vítima. Foi observado na literatura um percentual estatisticamente relevante de agressores

cuja relação com a vítima é de caráter familiar ou conhecido da vítima, porém há poucos estudos que se aprofundaram a respeito, visto que o foco maior tem sido na violência doméstica acometida por parceiro íntimo. Dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Homicídios (PNAD) (1988) indicam que em mais de 50% dos casos de violência física o agressor era parente da vítima. Resende et al. (2007) relatou que 13,9% dos agressores não possuíam relação amorosa íntima com a vítima, sendo 11,1% familiar ou conhecido. Bernardino et al (2016) observou em seu estudo que 20,8% das agressões contra a mulher foram perpetradas por familiares ou conhecidos. Dentre as notificações ao Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) em 2008, em 75,9% dos casos de violência contra a mulher os agressores foram familiares e conhecidos. Griffin (1994) ressalta ainda, os casos de violência sexual contra as mulheres, os quais em maior número são acometidos por familiares da vítima. Baseado nisso, é possível observar a necessidade de um olhar mais atento para as vítimas além do contexto conjugal, visto que a violência contra a mulher é um problema multicausal e multifacetado.

A violência intrafamiliar e comunitária contra mulheres é um problema de saúde pública, devido ao seu impacto significativo na morbidade e implicações não somente às vítimas, mas também às suas famílias e à sociedade em geral (RONAN et al., 2004). O reconhecimento da violência contra a mulher como uma grave violação dos direitos humanos faz-se necessário para que haja uma alocação adequada de recursos para a ampliação de medidas protetivas, assim como implementação de políticas públicas destinadas à vigilância, prevenção e assistência social. Dadas as consequências e prevalência desse trauma, os estudos devem examinar o perfil das populações de risco e suas experiências no combate à violência contra as mulheres, uma vez que tal violência é evitável. Este panorama atual de caráter nacional e internacional demanda um olhar urgente de todos os níveis de organização política, social, judicial e da saúde (BERNARDINO et al., 2016; NOBREGA et al., 2016).

O presente estudo realizou uma abordagem pontual do problema da violência contra a mulher, mas foi possível observar a necessidade de discussão de novas questões que poderão ser abordadas em pesquisas futuras. O alto índice de subnotificação foi uma limitação encontrada no estudo, visto que a violência contra a mulher é caracterizada por sua invisibilidade, já que muitas dessas ocorrências não terminam em assistência e não é registrada nos sistemas de informação. Também não foi possível determinar o impacto dos traumas na qualidade de vida relacionada à saúde bucal das vítimas. Contudo, o objetivo proposto foi alcançado, uma vez que foi possível observar um perfil da violência intrafamiliar e comunitária contra a mulher de acordo com as características sociodemográficas das vítimas

e dos agressores. O perfil da violência contra a mulher de acordo com as associações significativas observadas, corresponde à vítimas jovens, solteiras, que não trabalhavam, ocorrências no turno da madrugada e agressões com uso de instrumentos.

6 CONCLUSÃO

Verificou-se que existe associação estatística significativa entre mecanismo de agressão e escolaridade e ocupação da vítima, sexo do agressor e período de ocorrência. Dessa forma, foi possível observar um perfil da violência intrafamiliar e comunitária contra a mulher de acordo com as características sociodemográficas das vítimas e dos agressores, onde predominaram vítimas jovens, solteiras, que não trabalhavam e violência caracterizada por uso de instrumentos e ocorrência no turno da madrugada.

ABSTRACT

The goal of this study was to trace the intrafamiliar and community violence profile against women, based on victim's sociodemographic characteristics and their aggressors, excluding close partners cases. An observational study of exploratory character was realized, the data was obtained from Núcleo de Medicina e Odontologia Legal (NUMOL) of one municipality in Northeast of Brazil. Descriptive statistical analysis were carried in order to classify the samples. Then, a proportion difference analysis (Pearson's chi-squared test or Fisher's exact test when appropriate) was performed to identify association between aggression mechanisms and other variables that were investigated. Most of the samples were 30 to 59 years old (32,0%), single women (63,6%), low school level (65,6%), and were unemployed (45,9%). The aggressor was, mostly, a man (52,7%), generally close to the victim (96,6%). Results shown that aggressive cases without instrument prevailed, most of it using physical strength (80,4%), usually occurring on Sundays (18,3%), in night hours (38,7%). Traumas in many regions of the body were the most common pattern (50,6%). We conclude a significant statistical association between school level and victim occupation, sex of the aggressor, aggressive mechanisms and occurrence period. Thus, it was possible to identify an intrafamiliar and community violence profile against women based on victim's sociodemographic characteristics and their aggressors.

Key words: Violence; Violence against Women; Public health; Epidemiology.

REFERÊNCIAS

- AJAH, L.O.; IYOKE, C.A.; NKWO, P.O.; NWAKOBY, B.; EZEONU, P. Comparison of domestic violence against women in urban versus rural areas of southeast Nigeria. **Internacional Journal Womens Health**. v. 6, p. 865-872, 2014.
- ALI, T.S.; ASAD, N.; MOGREN, I.; KRANTZ, G. Intimate partner violence in urban Pakistan: prevalence, frequency, and risk factors. **Internacional Journal Womens Health**. v. 3, p. 105-115, 2011.
- ALI, T.S.; KRANTZ, G.; MOGREN, I. Violence permeating daily life: a qualitative study investigating perspectives on violence among women in Karachi, Pakistan. **Internacional Journal Womens Health**. v. 4, p. 577-585, 2012.
- ALVES, A. M.; COURA, P. F. Avaliação das Ações de Atenção às mulheres sob violência no espaço familiar, atendidas no centro de apoio a mulher (Belo Horizonte), entre 1996 e 1998. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 6, p. 243-257, 2001.
- ALVES, E.S.; OLIVEIRA, D.L.; MAFFACCIOLLI, R. Repercussões da Lei Maria da Penha sobre o enfrentamento da violência doméstica em Porto Alegre. **Revista Gaucha Enfermagem**. v. 33, n. 3, p. 141-147, 2012.
- AUDI, C.A.F.; SEGALL-CORRÊA, A.M.; SANTIAGO, S.M.; ANDRADE, M.G.G.; PÉREZ-ESCAMILA, R. Violence against pregnant women: prevalence and associated factors. **Revista Saúde Pública**. v. 42, p. 877-885, 2008.
- BARBOSA, K.G.N.; WALKER, B.B.; SCHUURMAN, N.; CAVALCANTI, S.D.A.L.B. ; FERREIRA, E.F.E.; FERREIRA, R.C. Epidemiological and spatial characteristics of interpersonal physical violence in a Brazilian city: A comparative study of violent injury hotspots in familial versus non-familial settings, 2012-2014. **PLoS One**, v. 14, 2019.
- BARBOSA, K.; RODRIGUES, L.; ALENCAR, G.; D'AVILA, S.; FERREIRA, E.; FERREIRA, R. Explorando o efeito do tempo e do sexo na violência familiar e comunitária de 2008 a 2014. **Revista De Saúde Pública**, v. 53, n. 46, 2019.
- BECK, J.G.; CLAPP, J.D.; JACOBS-LENTZ, J.; MCNIFF, J.; AVERY, M., OLSEN, S.A. The association of mental health conditions with employment, interpersonal, and subjective functioning after intimate partner violence. **Violence Against Women**. v. 20, n. 11, p. 1321-1337, 2014.
- BERNARDINO, I.M.; BARBOSA, K.G.N.; NOBREGA, L.M.; CAVALCANTE, G.M. S.; FERREIRA, E.F.E.; D'AVILA, S. Violence against women in different stages of the life cycle in Brazil: an exploratory study. **Revista Brasileira de Epidemiologia (Online)**, v. 19, p. 740-752, 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS). BHM [Política Nacional de Promoção da Saúde] 2014. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf.

Brazilian Institute of Geography and Statistics: First Results of the 2010 Census. [<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>].

D'OLIVEIRA, A.F.P.L.; SCHRAIBER, L.B.; FRANÇA-JUNIOR, I.; LUDERMIR, A.B.; PORTELLA, A.P.; DINIZ, C.S. et al. Factors associated with intimate partner violence against Brazilian women. **Revista Saúde Pública**. v. 43, p. 299-311, 2009.

FONSECA, D. H.; RIBEIRO, C. G.; LEAL, N. S. B. Violência doméstica contra a mulher: realidades e representações sociais. **Psicologia & Sociedade**. v. 24, n. 2, p. 307-314, 2012.

GARCIA, L.P.; DUARTE, C.E.; FREITAS, L.R.S.; SILVA, G.D.M. Violência doméstica e familiar contra a mulher: estudo de casos e controles com vítimas atendidas em serviços de urgência e emergência. **Cad Saude Publica**. v. 32, n. 4, 2016.

GARCIA, L.P.; FREITAS, L.R.S.; HÖFELMANN, D.A. Avaliação do impacto da Lei Maria da Penha sobre a mortalidade de mulheres por agressões no Brasil, 2001-2011. **Epidemiologia Serviço Saude**. v. 22, n. 3, p. 383-394, 2013.

GARCIA, Leila Posenato. The invisible magnitude of violence against women. **Epidemiologia Serviço Saúde**, Brasília , v. 25, n. 3, p. 451-454, 2016 .

GARCIA-MORENO, C.; JANSEN, H.A.F.M.; ELLSBERG, M.; HEISE, L.; WATTS, C.H. Prevalência de violência por parceiro íntimo: resultados do estudo multi-país da OMS sobre saúde da mulher e violência doméstica. **Lancet**. v. 368, n. 9543, p. 1260-1269, 2006.

GIFFIN, K. Violência de gênero, sexualidade e saúde. **Cad Saúde Pública**. v. 10, p. 146-155, 1994.

GODBOUT, N.; DUTTON, D.G.; LUSSIER, Y.; SABOURIN, S. Exposição precoce à violência, violência doméstica, representações de apego e ajustamento conjugal. **Pers Relatsh**. v. 16, n. 3, p. 365-384, 2009.

HAIR, J.F.; BLACK, W.C.; BABIN, J.B.; ANDERSON, R.E.; TATHAM, R.L. Multivariate Data Analysis. 7th edition. Prentice-Hall: Copyright; 2009.

HENDLER, T.J.; SUTHERLAND, S.E. Domestic violence and its relation to dentistry: A call for change in Canadian Dental Practice. **Journal of Canadian Dental Association**. v. 73, n. 617, 2007.

JANUÁRIO, I. S. et al. Violência doméstica contra a mulher: diretrizes legais para a assistência de enfermagem. In Congresso Brasileiro dos Conselhos de Enfermagem, 13. 2010.

JEWKES, R. Violência por parceiro íntimo: causas e prevenção. *Lanceta*. v. 359, n. 9315, p. 1423-1429, 2002.

KISHOR, S.; JOHNSON, K. Profiling domestic violence: a multi-country study. **Stud Fam Plann**. v. 36, p. 259-261, 2004.

KRUG, E.G.; MISERICÓRDIA, J.A.; DAHLBERG LL, Z.W.I. AB. O relatório mundial sobre violência e saúde. **Lancet**. v. 360, n. 9339, p. 1083-1088, 2002.

LAMOGLIA, C.V.A.; MINAYO, M.C.S. Violência conjugal, um problema social e de saúde pública: estudo em uma delegacia do interior do Estado do Rio de Janeiro. **Ciencia Saude Coletiva**. v. 14, n. 2, p. 595-604, 2009.

LEITE, F.M.C.; AMORIM, M.H.C.; WEHRMEISTER, F. C.; GIGANTE, D.P. Violência contra mulheres, Espírito Santo, Brasil. **Revista Saude Publica**. v. 51, p. 33, 2017.

MATTOS, P.R.; RIBEIRO, I.S.; CAMARGO, V.C. Análise dos casos notificados de violência contra mulher. **Cogitare Enferm**. v. 17, n. 4, p. 738-44, 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL. Instrução para preenchimento da ficha de notificação / investigação de violência doméstica, sexual e / ou outros. Brasília: Ministério da Saúde do Brasil; 2009.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). Ação para a Igualdade, Desenvolvimento e Paz Quarta Conferência Mundial sobre as Mulheres; Pequim / China 1995. Washington: ONU; 1995.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento. Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento; 11/04/2014; Cairo, Egito. Washington: ONU; 2014.

NAVED, R.T.; PERSSO, L.A. Factors associated with spousal physical violence against women in Bangladesh. **Stud Fam Plann**. v. 36, p. 289-300, 2005.

NEVES, A.C.M.; GARCIA, L.P. atendimentos de jovens de agressões em serviços públicos de urgência e emergência, 2011: diferenças entre sexos. **Ciencia Saude Coletiva**. 2016.

NOBREGA, L.M.; BERNARDINO, I.M.; GRANVILLE-GARCIA, A.F.; CAVALCANTE, G.M.S.; FERREIRA, E.F.E.; D'AVILA, S. Characteristics of violence against women in Campina Grande, north-eastern Brazil. **Tanzania journal of health research**, v. 18, p. 55-65, 2016.

OLIVEIRA, A.R.; D'OLIVEIRA, A.F.P.L. Violência de gênero em enfermagem no hospital geral de São Paulo (SP). **Revista Saude Publica**. v. 42, n. 5, p. 868-876, 2008.

OLIVEIRA, E. M. et al. Atendimento às mulheres vítimas de violência sexual: um estudo qualitativo. **Saúde Pública**. v. 39, n. 3, p. 376-382, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Relatório mundial sobre violência e saúde, 2002. Disponível em: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/full_en.pdf?ua=1.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Prevenção da violência sexual e da violência pelo parceiro em relação à mulher: ação e produção de evidência. Brasília (DF): OMS / OPAS; 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Relatório mundial sobre violência e saúde. Brasília (DF): OMS / OPAS; 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (CH). Sobre o tema da violência na Universidade de São Paulo: São Paulo: Núcleo de Estudos da Violência da Universidade de São Paulo; 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Estimativas globais e regionais da violência contra as mulheres: prevalência e efeitos na saúde da violência praticada pelo parceiro íntimo e da violência sexual não relacionada [Internet]. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2013.

QUADROS, M.E.F.; OLIVEIRA, M.M.; FERREIRA, R.Z.; ALVES, P.F. Violência doméstica: caracterização e atitude da equipe de saúde da família frente à problemática. **Revista Enfermagem UFSM**. v. 3, n. 1, p. 164-174, 2013.

RADA, C. Violence against women by male partners and against children within the family: prevalence, associated factors, and intergenerational transmission in Romania, a cross-sectional study. **BMC Public Health**. v. 14, p. 129, 2014.

REZENDE, E.J.C. et al . Lesões buco-dentais em mulheres em situação de violência: um estudo piloto de casos periciados no IML de Belo Horizonte, MG. **Revista brasileira epidemiologia**, São Paulo , v. 10, n. 2, p. 202-214, 2007.

RIBEIRO, C. G.; COUTINHO, M. L. L. Representações sociais de mulheres vítimas de violência doméstica na cidade de João Pessoa-PB. **Psicologia e Saúde**, v. 3, n. 1, p. 52-59. 2011.

RONAN, G.F.; DREER, L.E.; DOLLARD, K.M.; RONAN, D.W. Violent couples: coping and communication skills. **Journal of Family Violence**. v. 19, n. 2, p. 131-137, 2004.

SCHRAIBER, L.B.; D'OLIVEIRA, A.F.P.L.; FRANÇA-JUNIOR, I.; DINIZ, S.C.; PORTELLA, A.P.; LUDERMIR, A.B.; VALENÇA, O.; COUTO, M.T. Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil. **Revista Saúde Pública**. v. 41, n. 5, p. 797-807, 2007.

SCHRAIBER, L.B.; LATORRE, M.R.D.O.; FRANÇA, J.R. I, SEGRI, N.J.; D'OLIVEIRA, A.F.P.L. Validade do instrumento WHO VAW STUDY para estimar violência de gênero contra a mulher. **Revista Saúde Pública**. v. 44, p. 658-666, 2010.

SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE, Ministério da Saúde. Viva: Vigilância de Violências e Acidentes, 2008 e 2009. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.

SIGNORELLI, M.C.; TAFT, A.; PEREIRA, P.P.G. Intimate partner violence against women and healthcare in Australia: charting the scene. **Ciencia Saude Coletiva**. 17(4):1037-48. Abr 2012.

SILVA, L.E.L.; OLIVEIRA, M.L.C. Epidemiological characteristics of violence against women in the Federal District, Brazil, 2009-2012. **Epidemiologia Serviço Saúde**, Brasília, v. 25, n. 2, p. 331-342, 2016 .

SILVA, L.E.L.; OLIVEIRA, M.L.C. Violence against women: systematic review of the Brazilian scientific literature within the period from 2009 to 2013. **Ciencia Saude Coletiva**. v. 20, n. 11, p. 3523-3532, 2015.

VIEIRA, E.M.; PERDONA, G.S.C.; SANTOS, M.A. Factors associated with intimate partner physical violence among health service users. **Revista Saúde Pública**. v. 45, p. 730-737, 2011.

VILLELA, W. Mulher, violência e AIDS: explorando interfaces. In A. Nilo (Org.), *Mulher, violência e AIDS*. Recife: Gestos. p. 107-126, 2008.

VIVES-CASES, C.; ALVAREZ-DARDET, C.; GIL-GONZÁLEZ, D.; TORRUBIANO-DOMÍNGUEZ, J.; ROHLFS, I.; ESCRIBÀ-AGÜIR, V. Sociodemographic profile of women affected by intimate partner violence in Spain. **Gac Sanitaria** v. 23, n. 5, p. 410-4, 2009.

WASELFISZ, J.J. Mapa da Violência 2012. O novo perfil de violência homicida no Brasil . São Paulo: Instituto Sangari; 2012.

WASELFISZ, J.J. Mapa da violência 2015: homicídio de mulheres no Brasil. Brasília (DF): FLACSO; 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Geneva: World Health Organization; 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines. Geneva: World Health Organization; 2013.

ANEXO

ANEXO A – COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA (CAAE: 02266.0.133.000-10)

Andamento do projeto - CAAE - 0266.0.133.000-10				
Título do Projeto de Pesquisa				
Lesões faciais em mulheres em situação de violência: um estudo em Campina Grande-Pb				
Situação	Data Inicial no CEP	Data Final no CEP	Data Inicial na CONEP	Data Final na CONEP
Aprovado no CEP	11/08/2010 13:13:53	23/08/2010 07:31:50		
Descrição	Data	Documento	Nº do Doc	Origem
2 - Recebimento de Protocolo pelo CEP (Check-List)	11/08/2010 13:13:53	Folha de Rosto	0266.0.133.000-10	CEP
1 - Envio da Folha de Rosto pela Internet	10/08/2010 23:58:01	Folha de Rosto	FR361826	Pesquisador
3 - Protocolo Aprovado no CEP	23/08/2010 07:31:50	Folha de Rosto	0266.0.133.000-10	CEP

[Voltar](#)