

PERFIL DA VIOLÊNCIA CONTRA MULHERES ANALISADAS JUNTO AO NUMOL/CG NO ANO DE 2012

Flavianna Lima Bezerra¹

Yuri Lima Ribeiro²

Clésia Oliveira Pachú³

Luciano Almeida Maracaja⁴

Fecha de publicación: 01/10/2015

SUMÁRIO: 1 Introdução. 2 Fundamentação Teórica. 3 Metodologia. 4 Resultados. 5 Discussão. 6 Conclusão. Referências.

RESUMO: Introdução: O número de vítimas com sequelas físicas e psicológicas tornaram a violência contra a mulher pauta no campo da saúde nos anos 90. **Objetivo:** Avaliar o perfil da violência contra mulheres analisadas pelo NUMOL/CG no ano

¹ Graduada em Direito – UEPB. Ex-Bolsista de Iniciação Científica do PIBIC/CNPq/UEPB. flaviannabezerra@gmail.com

² Graduado em Direito – UEPB. Pós-Graduando em Direito Penal e Criminologia – UNINTER. Foi estudante de Iniciação Científica – PIBIC/CNPq/UEPB. Membro do Grupo de Pesquisa Direito, Tecnologia e Realidade Social: paradoxos, desafios e alternativas. yurilr@gmail.com

³ Doutora em Engenharia de Processos pela Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), Mestre em Produtos Naturais e Sintéticos Bioativos pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB), Graduada em Direito (UEPB) e Farmácia (UEPB). Líder do Grupo de Estudos e Pesquisas em Saúde/Doença e Direitos Sociais (GEPSADDS) e Professora da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). clesiapachu@hotmail.com

⁴ Mestre em Direito Constitucional (UFC), Doutorando em Direito pela Universidade de Coimbra. ex-Promotor de Defesa dos Direitos da Mulher e da Saúde, atual Procurador de Justiça do Ministério Público da Paraíba e Professor de Direito Penal da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). lmaraacaja@hotmail.com

de 2012. **Metodologia:** Tratou-se do estudo quantitativo descritivo realizado no Núcleo de Medicina e Odontologia Legal (NUMOL) do Município de Campina Grande, Paraíba, realizado no ano de 2013. Foram pesquisados laudos de lesões corporais contra mulheres do período de janeiro a dezembro de 2012. A coleta de dados foi realizada no segundo semestre do ano de 2013 utilizando formulário elaborado pelos autores. Após a coleta, os dados foram tabulados por meio do software SPSS na versão 17.0. O presente estudo se encontra de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde. **Resultados:** A faixa etária das vítimas de 20 a 29 anos apresentou prevalência de 41,1%. Os agressores do gênero masculino (71,3%) se destacaram, sendo 33,3% conhecidos da vítima. As delegacias foram as maiores responsáveis pelas solicitações dos laudos de lesões corporais (99,3%). A forma de violência prevalente nos laudos foi violência física (98,3%). A localização das lesões resultantes das agressões físicas em 41,7% dos casos ocorreu em dois membros do corpo em uma mesma agressão. As agressões nuas foram as predominantes (81,1%), já o horário prevalente compreendido entre as 18:00 e 23:59 horas (41,5%). **Conclusão:** O estudo permitiu estabelecer que as mulheres violentadas são jovens, possuem baixa escolaridade e exercem alguma atividade remunerada. Prevalece, o agressor do sexo masculino e conhecido da vítima. O instrumento mais comum é a agressão nua enquanto a forma de violência principal é a física. Assim, o estudo da violência por meio da análise dos laudos de lesões corporais no Núcleo de Medicina e Odontologia Legal (NUMOL) do município de Campina Grande e arredores poderá subsidiar políticas para mulheres.

PALAVRAS-CHAVE: Violência, Mulher, Serviços de Saúde.

PROFILE OF VIOLENCE AGAINST WOMEN EXAMINED BY NUMOL/CG IN 2012

ABSTRACT: Introduction: The large number of victims with physical and psychological sequels has made the Violence Against Women an important subject in health area in 90s. **Objective:** Interpret the profile of violence against women analyzed by NUMOL/CG in 2012. **Methodology:** A descriptive quantitative study was performed in 2013 at Núcleo de Medicina e Odontologia Legal (NUMOL) in Campina Grande, Paraíba. The research was focused on reports about injuries in women from January to December of 2012. The data collection was conducted in the second half of 2013 using forms prepared by the authors. After this, the data was tabulated using the software

SPSS (version 17.0). This study is in agreement with Resolution 466/12 of Conselho Nacional de Saúde by Ministério da Saúde. **Results:** 41.1% represents the victims between 20 and 29 years old. The male aggressors (71.3%) stood out and 33.3% of them were known by their victims. The police stations were the most responsible for the report requests (99.3%). On the report, the physical violence prevailed (98.3%) and 41.7% of the physical injuries occurred in two members in each report. The naked aggressions were predominant (81.1%) and 41.5% of all the aggressions happened between 6pm and 11:59pm. **Conclusion:** This study enabled the knowledge that the women who were investigated are young, have low education level and have a paid job. Usually the aggressor is male and known by the victim. The most common instrument is the naked aggression, while the common way of violence is physical. Thus, the study of Violence Against Women, through analysis of the reports of physical injuries from NUMOL, can support policies for women.

KEYWORDS: Violence, Woman, Health Service.

1 INTRODUÇÃO

A violência é um evento social de numerosos significados. É possível encontrar desde as formas mais cruéis de tortura, até as mais sutis sendo praticadas contra o ser humano. Essa questão se torna ainda mais preocupante quando se trata de indivíduos em situação indefesa (ARAÚJO et al., 2011). Atualmente, esse transtorno atingiu um patamar peculiar se transformando em um problema de saúde pública (LETTIERE e NAKANO, 2011).

Como problema de saúde pública, deve ser combatido mediante esforços coletivos oriundos de setores diversos como justiça, saúde, serviço social e educação. Assim, na concepção ampliada de saúde, a violência se torna objeto da intersetorialidade, integrando o campo médico-social (VILAR, 2012).

Nesse contexto, o documento nomeado “Relatório Mundial sobre Violência e Saúde” foi divulgado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), no ano de 2002. O documento trás a definição da violência conceituando-a como “o uso intencional da força física ou do poder, real ou 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” (FONSECA; RIBEIRO e LEAL, 2012).

Observa-se, em número crescente, mulheres vítimas de violência, cujos próprios maridos ou companheiros são os agressores, segundo o mencionado relatório. Esse tipo de violência denominada violência de gênero é compreendida como aquela onde o gênero do agressor e os da vítima estão intimamente relacionados. A explicação para esta violência vem alcançando proporções crescentes tanto nos casos documentados pela mídia quanto nas discussões emplacadas pelos estudiosos da área. A elaboração de políticas públicas visando promover a saúde da mulher também evidencia a situação de violência (FERNANDES et al., 2011).

Ao percebemos a violência contra a mulher como questão de gênero, entende-se, hipoteticamente, que as relações entre mulheres e homens estão em conflito e as formas interativas em crise, ou seja, ameaçadas por uma possível ruptura do modelo hierarquizado tradicional. A violência surge

então, como comportamento de reconquista do poder (SCHRAIBER D'OLIVEIRA e COUTO, 2009).

Há uma determinada ordem social tradicional que consente um aprazado padrão de violência contra as mulheres, sendo o homem o dominante nas relações sociais esexuais nos relacionamentos, restando à sexualidade feminina se limitar a passividade (SOUZA; NETTO e MOURA, 2012).

Assim, os movimentos feministas foram responsáveis por proporcionar mudanças que repercutiram de forma considerável nas lutas contra a chamada “violência de gênero”, chegando a atingir esferas governamentais, as legislações, as formas de representação de governos e a sociedade civil. O engajamento do governo a estas movimentações civis gerou a criação de conselhos, assessorias e coordenadorias, tanto em níveis locais quanto em nível nacional (MORAES, 2012).

Podemos observar uma evolução tanto no ordenamento jurídico com o advento da Lei nº 11.340/06 (Lei Maria da Penha), quanto nas medidas públicas: há duas décadas, o governo iniciou a implantação de Políticas Públicas a fim de viabilizar a prevenção e repressão desse tipo de delito (BORSOI et al., 2009).

Destarte, as atuais propostas governamentais no combate a violência contra a mulher trabalham de forma integrada entre os serviços de saúde, delegacias de polícia, instituto médico-legal (IML), serviços de saúde mental e todas as instâncias envolvidas na prevenção, diagnóstico e encaminhamento dos casos de violência (BARALDINI, 2009).

Nesse sentido, o amparo à mulher em situação de violência é um grande desafio que se firma frente a esta realidade, solicitando uma dedicação conjunta de todos os setores sociais (SANTI; NAKANO e LETTIERE, 2010).

O Instituto Médico Legal faz parte dessa rede intersetorial, tendo como finalidade atestar o tipo e o grau da lesão sofrida pela mulher vítima de violência, evitando que eventuais vestígios se apaguem, ou sejam alterados antes de serem examinados. Esses laudos traumatológicos serão admitidos como meios de prova para esclarecer os fatos (MELLO, 2008).

Objetivando avaliar a sede das lesões no corpo humano, bem como as implicações orgânicas que determinado dano pode acarretar à saúde física, funcional ou psíquica do indivíduo, a Medicina Legal as estuda por meio da Traumatologia Forense. O significado médico-jurídico do exame pericial consiste em caracterizar, no dolo ou na culpa, um quanto lícito contra a integridade física ou a saúde de outra pessoa, contribuindo para a proteção da ordem pública (SOUZA, 2012).

Pelo exposto, o presente estudo objetivou avaliar a distribuição da violência contra mulheres que procuraram o Núcleo de Medicina e Odontologia Legais (NUMOL), no Município de Campina Grande e arredores, para se submeterem ao exame de lesão corporal.

O estudo desses dados pode contribuir para a formulação de políticas públicas voltadas para enfrentamento do problema, bem como para o planejamento de medidas efetivas e racionais, na prevenção e controle da criminalidade.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A violência é uma problemática exaustivamente trabalhada por inúmeros pensadores (ARENDR, 1968; HABERMAS, 1980; JOXE, 1981; MINAYO, 1994; BOURDIEU, 1995). A palavra é responsável por denotar diferentes ações, que podem ir das mais cruéis, até as mais tênues, ainda assim, consideradas tirânicas aos direitos alheios. Alguns estudiosos voltaram seus pensamentos a respeito da violência como Domenach (1981), evidenciando o fato de apenas recentemente a humanidade vir percebendo tal questão como problema central. Atualmente, os mais variados tipos de violência que adoecem a sociedade, uma em particular busca o seu adequado e eficiente meio de divulgação: a violência contra a mulher.

A discussão acerca das desigualdades entre homens e mulheres não é recente. Os gregos antigos já traziam a ideia de inferiorização da mulher na escala da moralidade que classificava os indivíduos, tendo os homens o direito exclusivo de exercer uma vida pública. Às mulheres restava apenas um lugar de menor destaque, onde seus direitos e deveres eram reduzidos à criação dos filhos e aos cuidados do lar (SILVA, 2010).

Durante a Revolução Francesa muitas mulheres tentaram reivindicar seus direitos de cidadania, ao contrário da igualdade percebida pelo movimento, acabaram galgando não para os espaços na vida pública, mas diretamente para guilhotina. Olympe de Gouges foi o melhor exemplo que a igualdade à qual os franceses se referiam era uma “igualdade” destinada apenas para alguns. Olympe era escritora, feminista atuante e revolucionária Francesa na época da Revolução, chegando a ter seu direito de fala revogado ao publicar, em 1789, *Os Direitos da Mulher e da Cidadã*, no qual reivindicava igualdade entre os sexos e direito ao voto. Contudo, em 03 de novembro de 1793, a escritora foi guilhotinada, acusada de querer se igualar ao homem, traindo sua condição de mulher (SILVA, 2010).

Desta forma, a construção dos papéis que delineiam a relação de gênero, sempre posicionou o homem acima da mulher nas relações

estabelecidas na sociedade (OLIVEIRA, 2009). A violência contra mulher seria então, uma maneira de exposição resultante dessa desigualdade baseada nas desproporcionais relações de poder e dominação. Destarte, a violência de gênero se constitui em fenômeno social influenciando sobremaneira o modo de viver, adoecer e morrer das mulheres (GUEDES, 2009).

Essa desigualdade entre os gêneros só viria a diminuir com a criação da Declaração Universal dos Direitos do Homem e do Cidadão, de modo geral, e, mais especificamente, com reivindicações dos movimentos de minorias sociais que começaram a surgir no decorrer da década de 60, como o movimento feminista.

A Assembleia das Nações Unidas, por meio da Resolução III, no dia 10 de dezembro de 1948, estabeleceu um dos documentos mais significativos de toda a história, a Declaração Universal dos Direitos Humanos. Esse instrumento teve por objetivo restaurar os direitos humanos mais básicos e fundamentais, tanto na dignidade da pessoa humana quanto na igualdade entre os indivíduos, promovendo o progresso e melhores condições de vida (BRITO, 2013). A partir deste momento, o gênero passou a ser incluído como um dos campos onde o Estado não poderia intervir, utilizando-se de leis discriminatórias.

Ainda no mesmo ano, foram realizadas mais duas Convenções em defesa dos direitos das mulheres: a Convenção Interamericana Sobre a Concessão dos Direitos Cíveis da Mulher e a Convenção Interamericana sobre a Concessão dos Direitos Políticos à Mulher, sendo ambas assinadas no dia 2 de maio, na cidade de Bogotá, durante a IX Conferência Internacional Americana. A primeira estabeleceu que os Estados Americanos deveriam outorgar à mulher os mesmos direitos civis que os homens gozavam. A segunda declarou que o direito de voto e a eleição para um cargo nacional não deveria ser negado a ninguém, tampouco restringir-se por motivo de sexo (SOUZA, 2006).

Em meados dos anos 60, o surgimento do movimento feminista trouxe uma grande visibilidade aos problemas que afetavam as mulheres nos países capitalistas. As mulheres foram às ruas buscando o fim das atitudes discriminatórias nas áreas sociais, econômicas e jurídicas. Era a aparição de um movimento que objetivava recriar a identidade de sexo, sob uma nova ótica em que o modelo hierarquizado era desnecessário (SOUZA, 2006).

No ano de 1975, a Organização das Nações Unidas (ONU) estabeleceu o dia 8 de março como o “Dia Internacional da Mulher” e instituiu o lapso temporal entre 1976 a 1985 como a “década da mulher”, destacando três intuítos: Desenvolvimento, igualdade e paz. Tais propósitos

sinalizariam o começo do processo que intencionava exterminar as discriminações e as desigualdades sofridas pelas mulheres (PRÁ, 2004).

Não se pode esquecer outro Tratado importante na efetivação dos direitos das mulheres: a Convenção para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher (CEDAW), estabelecida pela Organização das Nações Unidas (ONU) e homologada pelo Brasil em 1984. Segundo esse tratado, todos os Estados deveriam proteger os direitos das mulheres ofertando condições necessárias para acabar com a discriminação (PIOVESAN, 2005).

Em consequência de todo esse processo de luta e reivindicações a noção de política de saúde das mulheres avançou na década de 1980. Nesse contexto, o Brasil com a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em 1984, pelo Ministério da Saúde veio romper com o modelo de saúde para mulheres das décadas anteriores, quando grande parte dos programas preconizava ações materno-infantis limitando assim a saúde da mulher a gravidez e ao parto, demonstrando uma visão restrita sobre a mulher, se baseando em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe e doméstica (ALVES; AMORIM; RIBEIRO, 2011).

Crucial foi o papel dos grupos feministas para criação do programa, na medida em que criticavam a maneira reducionista como era tratada a saúde da mulher, que tinha assistência médica apenas no ciclo gravídico-puerperal, passando grande parte de sua vida sem o serviço de saúde. O movimento de mulheres contribuiu assim para trazer à tona na agenda política questões até então descartadas. Elas argumentavam desigualdades nas relações sociais entre homens e mulheres refletiam em problemas de saúde que afetavam particularmente a população feminina. As mulheres reivindicaram, portanto, sua condição de sujeito de direito com necessidades além do período da gestação e parto, necessitando de ações que lhes proporcionassem a melhoria das condições de saúde em todos os ciclos de vida (ALVES; AMORIM; RIBEIRO, 2011).

Nos anos 90, devido ao grande número de vítimas e à magnitude de suas sequelas físicas e psicológicas, a violência contra a mulher entrou na pauta de propostas do campo da saúde, sendo em 1996, reconhecida como problema mundial de saúde pública pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (KISS; SCHRAIBER, 2011).

Em 2004, no Brasil, o Ministério da Saúde (MS) apresentou documento, Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, como plano de ação compreendido entre os anos de 2004 e 2007, fomentando proposições do PAISM. Segundo os princípios e as diretrizes dessa política, o Ministério da Saúde firmou como meta aumentar em 30%

os serviços de atenção às mulheres e às adolescentes em situação de violência, para tanto, se apoiando na organização de rede integradas (BARALDINI, 2009).

A rede intersetorial pode ser compreendida como a “articulação objetiva das ações interinstitucionais e a interação entre seus agentes, além da presença de canais definidos de comunicação entre os serviços que a compõem” (KISS; SCHRAIBER e D’OLIVEIRA, 2007).

Desta forma, as atuais propostas governamentais no combate a violência contra a mulher dispõem de uma adequação e integração entre os serviços de saúde, delegacias de polícia, instituto médico-legal (IML), serviços de saúde mental e todas as instâncias envolvidas na prevenção, diagnóstico e encaminhamento dos casos de violência (BARALDINI, 2009).

Nessa perspectiva, o acolhimento da mulher em situação de violência é um grande desafio que se fixa diante desta realidade, solicitando uma dedicação conjunta de todos os setores sociais (SANTI; NAKANO e LETTIERE, 2010).

Os institutos médico-legais (IML) incorporam essa importante rede intersetorial, desempenhando um papel fundamental. De acordo com a Lei nº 11.340/06 (Lei Maria da Penha), esses órgãos são responsáveis por realizar o exame de corpo-delito nas mulheres vítimas de agressão encaminhadas pelas delegacias. Esses exames objetivam atestar o tipo e o grau da lesão sofrida pela vítima, evitando assim, que eventuais vestígios desapareçam, ou mesmo, sejam modificados antes de serem devidamente examinados. Os laudos ou prontuários médicos servem como meios de prova para esclarecer o fato ocorrido e as suas circunstâncias (MELLO, 2008).

A análise das lesões corporais é assunto que requer um estudo, por vezes, minucioso e oferecendo interesse a diversas áreas como a social, jurídica e a médica. Essas lesões podem decorrer tanto de agressões físicas (socos, chutes, tapas, violência sexual) quanto de agressões com qualquer tipo de objeto que possa danificar a saúde da pessoa. De acordo com o Código Penal Brasileiro, tem sua natureza classificada como leve ou grave (GARBIN, 2006).

Extensa é a lista de situações violentas enquadradas no crime de lesão corporal previsto no artigo 129 do Código Penal Brasileiro (NUCCI, 2010), relatando “Ofender a integridade corporal ou a saúde de outrem”. Esse delito tem como penalidade a reclusão de 3 (três) meses a 1 (um) ano a sua modalidade simples. O artigo ainda dispõe a respeito de outros desdobramentos e punições para situações acarretadoras de perigo de vida

ou incapacidades, marchando para lesões graves e gravíssimas (LOLLI et al., 2012).

Nesse sentido, quando há necessidade de quantificar danos nas vítimas de violência, esta é encaminhada para realização de Exame de Corpo de Delito. Esse exame é procedido, geralmente, em um Instituto Médico Legal (IML) por perito oficial portador de diploma de grau superior, ou seja, um médico. O IML é um órgão do Estado, ligado à Secretaria de Estado de Segurança Pública, prestador de serviços científicos para a quantificação e esclarecimento de danos *in vivo* e *post mortem* (LOLLI et al., 2012).

Para Rubens Souza (2012), a Medicina Legal deve agir pela aplicação dos conhecimentos médicos-biológicos na elaboração e execução das leis que deles carecem, sendo de grande importância para justiça a realização da perícia, traduzida por meio da confecção do laudo, com finalidade de esclarecer, auxiliando a justiça no foro cível, criminal ou trabalhista. Torna-se necessário, uma vez os juristas não são profissionais dessa área e frequentemente necessitam de tais conhecimentos para formarem sua convicção, o arbítrio e proferirem a sentença.

Mediante esses laudos, é possível realizar a coleta de dados consideráveis como: o perfil da vítima, o perfil do agressor e a circunstância da violência. Essas informações são capazes de contribuir de forma significativa para o desenvolvimento de ações governamentais para o enfrentamento do problema, evitando o progressivo aumento das taxas de agressões e mortalidade das mulheres em situação de violência (CAVALCANTE, 2011).

O exemplo, recentemente foi divulgado um estudo sobre feminicídio cometido pelos companheiros nos Estados Unidos. Os dados revelam que 66% das vítimas tinham sido fisicamente ou sexualmente abusadas no ano precedente ao assassinato (CAMPBELL et al., 2003) e 41% dessas vítimas buscaram o serviço de saúde para tratar as lesões ou problemas mentais provocados pelas agressões sofridas no ano anterior a sua morte (SHARPS et al., 2001).

Destarte, apesar dos vários avanços nas promoções e defesa de direitos das mulheres impulsionados nas últimas décadas, na prática, ainda há muitas políticas a serem implementadas, seja no tocante ao combate, a prevenção ou ao tratamento.

3 METODOLOGIA

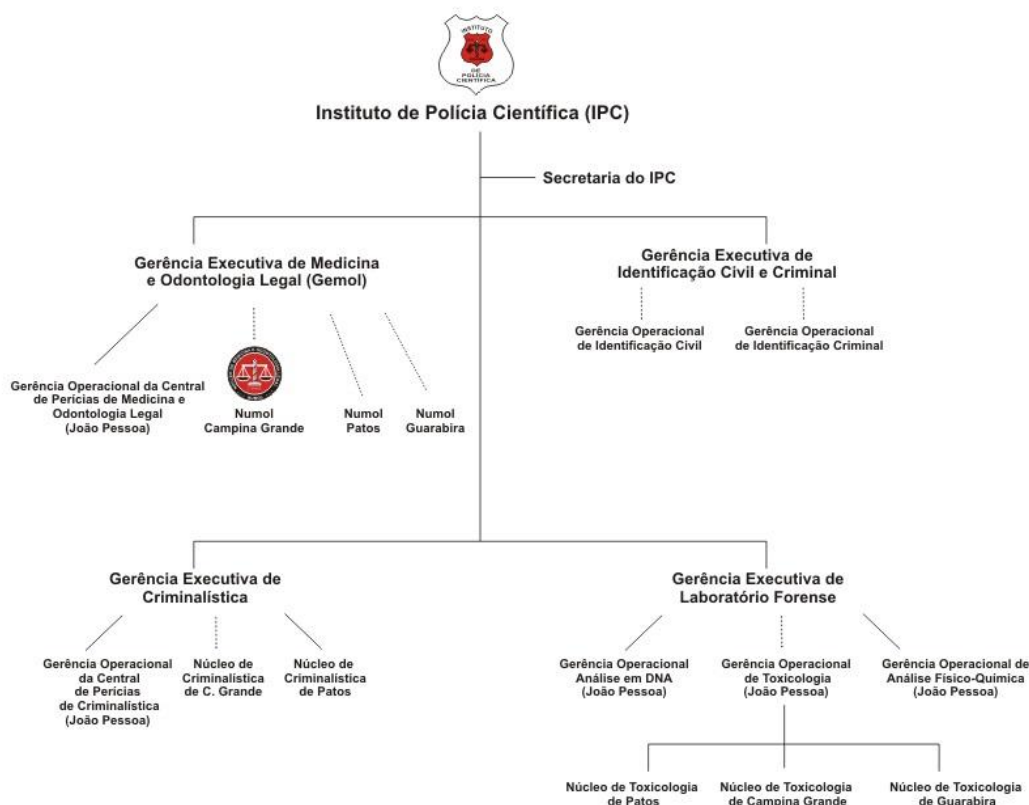
Tratou-se de um estudo quantitativo descritivo realizado no Núcleo de Medicina e Odontologia Legal (NUMOL) do Município de Campina

Grande, Paraíba, no ano de 2013, com anotação de dados de lesões corporais contra mulheres, do período de janeiro a dezembro de 2012.

O NUMOL/CG é um órgão vinculado a Polícia Científica, juntamente com esta, contribui para o julgamento de processos criminais relacionados a acidentes, agressões físicas, atentados violentos, tentativas de homicídios, homicídios, suicídios, entre outros (RÊGO, 2011). O NUMOL é a atual denominação, adotada na Paraíba, para o órgão mais conhecido por sua antiga nomenclatura, Instituto de Medicina Legal- IML.

Na Paraíba, atualmente, além de Campina Grande, existem unidades do NUMOL nos municípios de Patos e Guarabira. Na capital, João Pessoa, funciona a Gerência Executiva de Medicina e Odontologia Legal – GEMOL, onde além de serem realizados todos os serviços médicos e odonto-legais, acontece o gerenciamento dos três núcleos do Estado (Figura 1).

Figura 1 – Gerências Executivas do Instituto de Polícia Científica (IPC) na Paraíba.



Fonte: NUMOL, 2014.

Conforme pode ser observado no organograma acima, o Gemol, que gerencia as unidades do NUMOL, é subordinado à direção do Instituto de Polícia Científica (IPC), que comanda ainda o Departamento de Identificação, onde são realizados serviços como laudo papiloscópico e emissão de carteiras de identidade, o Departamento de Criminalística, responsável, por exemplo, pelas perícias criminais, e o Laboratório Forense, a quem cumpre todo o serviço laboratorial inerente às funções do IPC.

Por sua vez, a direção do IPC é subordinada ao delegado geral da Polícia Civil, tendo em vista, na Paraíba, todos os funcionários de carreira do instituto (peritos, necrotomistas, papiloscopistas e auxiliares de perícia) são policiais civis concursados. Por fim, o delegado geral responde à Secretaria de Estado de Segurança e Defesa Social, nomenclatura na Paraíba da usual Secretaria de Segurança Pública, conforme Figura 2.

Figura 2 – Órgãos de acordo com as subordinações



Fonte: NUMOL, 2014.

Após apresentado o local de realização da pesquisa, procedeu-se a coleta de dados de 362 laudos de lesões corporais de mulheres vítimas de violência no mencionado núcleo. O preenchimento do laudo de lesão corporal foi efetuado por servidores públicos que estiveram no período supracitado desempenhando a função de Perito Médico-Legal.

Quando se faz um levantamento em uma população abrangente, por motivos econômicos, temporais e de análise, procura-se selecionar uma parcela ou parte significativa do universo com características comuns, por meio de procedimentos estatísticos, de forma a se compor a amostra para estudo e análise (GIL, 2002). Na determinação da amostra foi utilizada a fórmula abaixo, a qual segue a metodologia de cálculo de tamanho de amostra para populações finitas, proposta por Richardson (1999):

$$n = \frac{\sigma^2 \times p \times q \times N}{e^2 \times (N - 1) + \sigma^2 \times p \times q}$$

Onde, n = corresponderá ao tamanho da amostra; N = ao tamanho da população; σ^2 = ao nível de confiança que será colhido, em numero de desvios (sigmas); p = proporção do universo pesquisado que possui a propriedade pesquisada, em porcentagem; q = proporção do universo que não possui a característica pesquisada; e E^2 = erro de estimação permitido.

A coleta de dados foi realizada no segundo semestre do ano de 2013 utilizando formulário especificamente elaborado pelos pesquisadores para esse estudo (Apêndice A). Os dados incluíram a faixa etária, região, escolaridade, situação conjugal, etc.

Após coleta, os dados foram tabulados por meio do *software* SPSS na versão 17.0 (*Statistical Package for the Social Sciences*, Chicago, EUA, 2009) e analisados pela estatística descritiva. Após a consolidação das informações, os resultados foram expostos por meio de tabelas, e, analisados de acordo com a literatura pertinente.

O presente estudo foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Estadual da Paraíba, obtendo o cadastro CAAE 30672512.2.0000.5187 (ANEXO 2). Encontrando-se de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde e RESOLUÇÃO/UEPB/CONSEPE/10/2001.

4 RESULTADOS

A coleta de dados foi realizada no setor de arquivos do NUMOL/CG.

Apesar do NUMOL/CG está localizado em Campina Grande, Paraíba, e do IPC contar com mais dois núcleos de Medicina e Odontologia Legal no Estado (Guarabira e Patos) e a Gerência Executiva de Medicina e Odontologia Legal em João Pessoa, na capital do Estado, os examinados apresentam origens diversas com endereço de residência em municípios próximos, distantes de Campina Grande ou até mesmo em outra unidade federativa.

Foi avaliado um total de 362 laudos de lesão corporal. A idade média das mulheres analisadas foi de 29,65 anos ($\pm 11,46$), sendo a idade mínima de 15 anos, e a maior idade encontrada, de 87 anos (Tabela 1).

Foi observada a faixa etária das mulheres vítimas de violência e assim descrita: 40,8% apresentavam 20 a 29 anos, enquanto 25,7% 30 a 39 anos, seguido por 17,2% de 15 a 19 anos, 11,4% entre 40 e 49 anos, 3,1% 50 a 59 anos e, possuíam 60 anos ou mais 1,8% das vítimas. Em relação a situação conjugal 47,6% das vítimas se encontravam solteiras, seguidas das vítimas que vivem em união estável (25,3%). Quanto a escolaridade o presente estudo aponta as vítimas como possuidoras do nível de ensino fundamental incompleto (42,7%), empregadas ou autônomas (60,9%) e com residência em Campina Grande (66,0%) (Tabela 2).

Os sujeitos agressores se caracterizaram do sexo masculino (71,4%), e, conhecidos da vítima (33,6%), seguidos dos companheiros ou namorados da vítima (33,1%) (Tabela 3).

A respeito das delegacias responsáveis pelas solicitações dos laudos de lesões corporais, 75,1% não são especializadas no atendimento da mulher. A forma de violência prevalente nos laudos foi violência física em 98,3% dos casos. Quanto à localização das lesões resultantes das agressões físicas, foi constatado 41,7% ocorriam em dois membros do corpo em uma mesma agressão e as agressões nuas representaram 81,1%. Já o horário entre 18:00 a 23:59 horas representou 41,5% do momento da agressão. Observa-se que em 82,9% da amostra acometida no segmento corporal foi a ação contundente, seguida da corto-contundente com (11,3%). Em 0,3% dos casos houve perigo de vida ou resultou alguma debilidade permanente de membro, sentido ou função a vítima (Tabela 4).

5 DISCUSSÃO

Em relação à faixa etária das vítimas, os laudos de lesões corporais presentes no NUMOL/CG estão na faixa dos 20 a 29 anos (40,8), seguidos da faixa entre 30 a 39 anos (25,7%). Percebeu-se que depois da faixa etária mais prevalente, quanto maior a faixa etária diminuíram as incidências ou

os registros de agressão em mulheres que procuraram um local de registro de ocorrência.

As situações são semelhantes as pesquisas de Araújo et al. (2011) que analisou 210 laudos periciais encaminhados pela Divisão Especializada de Atendimento à Mulher (DEAM) ao Instituto Médico Legal, no município de Belém, capital do Estado do Pará, onde em 70% dos laudos as mulheres vítimas estão na faixa etária entre 18 a 31 anos. Concorde também com a pesquisa de Chiaperini et al. (2009), onde foram verificados 1054 laudos envolvendo traumas ou lesões bucomaxilofaciais em mulheres acima de 18 anos de idade, no município de Ribeirão Preto que em 38,4% dos laudos, as mulheres possuíam faixa etária entre 21 a 30 anos.

Podemos observar com o estudo a situação conjugal das vítimas, 47,6% são solteiras, dados identificados também por Silva et al. (2013), que analisou 58 declarações de óbito de mulheres submetidas a necropsia na unidade do Instituto Médico Legal (IML) da cidade do Recife, Pernambuco, verificando que 86,2% das mulheres vítimas de homicídio eram solteiras. Discordando de Araújo et al. (2011), onde 35,7% são casadas e apenas 22,7% são solteiras.

A respeito do grau de instrução das mulheres investigadas foi possível verificar que 42,7% concluíram os estudos até o ensino fundamental incompleto, assemelhando-se ao estudo de Djikanovic, Jansen e Otasevic (2010), onde observaram que mulheres com apenas o ensino primário e médio foram mais propensas a sofrer violência. Para Mota, Vasconcelos e Assis (2007) também prevaleceu em maior frequência mulheres com baixa escolaridade, no entanto, nos casos mais graves o maior percentual era das mulheres com instrução superior. Segundo os autores, o nível de escolaridade e uma maior gama de informações leva a mulher a confrontar seu agressor, gerando uma carga de conflitos mais sombria.

A observação da atividade laboral das mulheres do presente estudo demonstrou, predominantemente, possuírem algum tipo de relação empregatícia ou serem autônomas (60,9%), encontrando correspondência com o estudo realizado por Araújo et al. (2011). Ao contrário da pesquisa realizada por Garcia et al. (2008), onde a prevaleceu mulheres encontradas neste tipo de situação são profissionais do lar.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002), o risco da mulher sofrer agressão pelo cônjuge aumenta em comunidades nas quais o homem carrega o poder econômico e decisivo em relação aos demais residentes do domicílio. A conjuntura se agrava mais ainda, quando a mulher não tem acesso à informação que facilite o entendimento de sua localização como sujeito de direitos capaz de mediar o conflito sem que haja, necessariamente, uso da força física (MOTA ET AL., 2007). Deste

modo, é possível afirmar a existência da relação entre a submissão financeira e cultural com as agressões (LAMOGLIA e MINAYO, 2009).

Quanto ao perfil do agressor, estes se caracterizam por serem do sexo masculino, corroborando com a pesquisa desenvolvida por Rabelo e Caldas Junior (2006) e Cavalcante (2011), onde respectivamente 96,2% e 72,7% dos agressores eram do sexo masculino. Sendo os agressores do estudo conhecidos das vítimas, como foi observado também por Moura et al. (2013) e Santi et al. (2010). Já para Rabello e Caldas Júnior (2006) e Araújo et al. (2011) os agressores são cônjuges (37,5%) e ex-companheiros (30,6%) das vítimas. Estes autores entendem que o homem parece exercer um poder sobre a mulher, formando um ciclo de agressões físicas alternadas com períodos de promessas, calmarias e tensão, caracterizada como síndrome da mulher maltratada.

O ordenamento estabelece que a autoridade policial deve, de imediato, proceder o exame de corpo de delito da ofendida, bem como é seu papel requisitar outros exames periciais necessários. Nesse contexto, o presente estudo revelou em 24,9% dos casos estudados a Delegacia da Mulher de Campina Grande apareceu como solicitante dos laudos de lesões corporais das mulheres vítimas de violência. Destacando-se, todavia, as demais Delegacias do Município supracitado, que foram reesponsáveis por 75% das solicitações. Essa constatação corrobora com a pesquisa da DATA SENADO (2013) em apenas 15% as vítimas denunciaram em delegacia da mulher. Na pesquisa de Santos et al. (2009) na delegacia da mulher do município em questão, se verificou que 47% do universo pesquisado demonstraram insatisfação quanto à política desenvolvida pela delegacia da mulher.

A Lei nº 11.340/06 (Lei Maria da Penha) define no seu artigo 7º possíveis formas de violência praticadas contra as mulheres, sendo elas: física, psicológica, sexual, patrimonial e moral. As características dos eventos das agressões constante nos laudos analisados, se verificou que em relação a estas formas de violência estabelecidas pelo ordenamento, a física foi a mais latente. Observação que se assemelha a de Araújo et al. (2011), Nedel, Conceição e Silva (2009) e Garcia et al. (2008).

Podemos observar no presente estudo, nos casos de violência física, geralmente dois membros do corpo são afetados em uma única agressão. Segundo a literatura, a cabeça aparece como a região do corpo mais afetada pelas agressões (SILVA ET AL., 2011; SADDKI; SUHAIM; DAUD, 2010), seguida pelos membros superiores. O rosto é a parte mais visível do corpo contribuindo para a autoimagem e autoestima do indivíduo. As razões pelas quais a face acaba sendo a região mais afetada são desconhecidas, contudo, se cogita o interesse do agressor, de forma

consciente ou não, em destruir a autoestima da vítima (CAVALCANTI, 2009). Já as lesões sofridas na parte superior do corpo pela vítima sinalizam a tentativa desta de se proteger das agressões sofridas (ILHA, LEAL e SOARES, 2010).

No que tange ao instrumento, as agressões nuas foram predominantes em 81,1% dos laudos. Deste modo, concordando com o estudo de Caldas, Magalhães e Américo (2010), onde tapas, socos, empurrões e chutes são os meios de agressão mais utilizados contra as mulheres. Já Ilha, Leal e Soares (2010) constataram em sua pesquisa, 78% dos casos a agressão foi realizada por alguma arma de fogo ou branca.

Quanto ao horário, se constatou que as agressões costumam ocorrer no intervalo compreendido entre 18:00 a 23:59 horas, concordando com o estudo de Zaluar (2009), onde se evidenciou o pico das agressões acontece no período noturno, coincidindo com horário em que homens retornam do trabalho para casa. Não obstante, Macedo et al. (2008) obtiveram maior ocorrência no período diurno, predominando a tarde, seguido pela manhã e noite.

Os pesquisadores Garbin et al., (2006) demonstraram em estudo realizado no interior paulista que o agente contundente prevaleceu em 60,6% dos casos. Também Chiaperine et al. (2009) ao analisarem as descrições das lesões, observaram uma maior prevalência de traumas contundentes. Esses dados são semelhantes à prevalência encontrada no presente estudo.

6 CONCLUSÃO

A violência contra mulher acontece na faixa etária entre 15 e 87 anos, prevalecendo de 20 a 29 anos. Demonstrando que não há idade para descumprimento da lei Maria da Penha. O baixo nível de escolaridade apresentado pelas vítimas de violência representou acima 40% dos casos, não sendo obstáculo, em 60 %, para o exercício de atividade laboral remunerada. Conduzindo ao entendimento que escolaridade é fator determinante para sujeição a violência.

Os agressores das mulheres são do sexo masculino e mantinham relações anteriores com a vítima seja de amizade ou sexual.

As mulheres em sua totalidade buscaram as delegacias para registrarem as reclamações, embora 75 % remetam a especificidade de atendimento ao gênero feminino.

A violência física prevaleceu no presente estudo enquanto a localização das lesões resultantes das agressões físicas em 41,7% dos casos ocorreram em dois membros do corpo em uma mesma agressão.

A nudez prevaleceu no momento da agressão, sendo o período 18:00 a 23:59 horas prevalente em termo de período da violência.

Em 82,9% dos laudos de lesão contra mulher o corpo foi afetado por ação contundente, seguida da corto-contundente (11,3%), demonstrando o descontrole e superioridade dos algozes.

As Políticas Públicas envolvendo a singularidade da mulher, em especial no contexto da violência, necessita de maiores investimentos por parte do ente estatal, no tocante a abertura de novas delegacias especializadas na temática mulher e esclarecimento quanto às formas de violência.

REFERÊNCIAS

ALVES, M. H. I.; AMORIM, C. N. V.; RIBEIRO, Y. L. Mulheres em situação de violência doméstica: dificuldades para promoção de um atendimento de qualidade. **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, XIV, n. 93, 2011.

ARAÚJO, R. J. G.; MENDES, M. B. B. L.; CASTRO, T. M.; JUNIOR, M. T. M.; ARAÚJO, A. B. L.; PACHECO, L. M. Análise dos traumas de face que acometem mulheres vítimas de violência doméstica. *Full Dentistry in Science*, v. 3, p. 78-85, 2011.

ARENDDT, Hannah. **Sobre a Violência**. Tradução de André Duarte. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994.

BARALDI, A. C. P. **O conhecimento dos profissionais médicos e enfermeiros das unidades básicas distritais de saúde de Ribeirão Preto – SP acerca da violência contra a mulher cometida por parceiro íntimo**. 2009. Dissertação [Mestrado] – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

BRITO, F. A politização das migrações internacionais: direitos humanos e soberania nacional. **Revista Brasileira de Estudos de População**, São Paulo, v. 30, n. 1, 2013.

BOURDIEU, P. A dominação masculina. *Educ. Real.*, v.20, n.2, p.133-84, 1995.

BORSOI, T. S.; BRANDÃO, E. R.; CAVALCANTI, M. T. Ações para o enfrentamento da violência contra a mulher em duas unidades de atenção primária à saúde no município do Rio de Janeiro. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 13, n. 28, 2009.

CAMPBELL, J. C.; WEBSTER, D.; KOZIOL-MCLAIN, J., BLOCK, C. R.; CAMPBELL, D. W.; CURRY, M. A. Risk factors for

femicide in abusive relationships: Results from a multi-site case control study. *American Journal of Public Health*, v. 93, p. 1089-1097, 2003.

CAVALCANTI, A.L.; LIMA, I.J.D.; LEITE, R.B. Perfil dos pacientes com fraturas maxilofaciais. *Pesq. Odontoped. Clin. Integr*, João Pessoa, v.9, n.3, p. 339-245, 2009.

CAVALCANTE, G. M. S. **Traumas bucomaxilofaciais por agressão em Campina Grande – PB: O gênero como categoria de análise.** 2011. Dissertação (Mestrado em Odontologia) - Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande.

CHIAPERINI, A.; BÉRGAMO, A. L.; BREGAGNOLO, L. A.; BREGAGNOLO, J. C.; WATANABE, M. G. C. Danos bucomaxilofaciais em mulheres: registro do Instituto Médico-Legal de Ribeirão Preto (SP), no período de 1998 a 2002. *Rev. Odonto. Ciênc.* V. 24, n. 1, p. 71-76, 2009.

DATASENADO. **Violência doméstica e familiar contra a mulher.** Brasília: Secretaria da Transparência/DataSenado, 2013.

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

DOMENACH, J.M.; La violencia. In: *La Violencia y Sus Causas*. Paris: UNESCO, 1981.

FERNANDES, I. C. C.; DA SILVEIRA FONSECA, V. P. A Cobertura da violência contra as mulheres nos jornais de Cabo Verde. *Em questão*, v. 18, n. 2, 2012.

FRANZOI, N.M.; FONSECA, R.M.G.S; GUEDES, R.N. Violência de gênero: concepções de profissionais das equipes de saúde da família. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 2011, 19(3):[09 telas].

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

GARBIN C. A. S.; GARBIN, A. J. I.; DOSSI, A. P.; DOSSI, M. O. Violência doméstica: Análise das lesões em mulheres. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n.12, p. 12, p. 2567-2573, 2006.

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

GIL, A.C. Como elaborar projetos de pesquisas. São Paulo: Atlas; 2002.

HABERMAS, J. O conceito de poder de Hannah Arendt. In: **FREITAG, B.; ROUANET, S. P. (Orgs)**. Habermas. São Paulo: Ática, 1980. p.100-18. (Coleção Grandes Cientistas Sociais,v.15).

ILHA, M. M.; LEAL, S. M. C.; SOARES, J. S. F. Mulheres internadas por agressão em um hospital de pronto socorro: (in)visibilidade da violência. **Rev. Gaúcha Enferm.** V. 31, n.2, p. 328-334, 2010.

JOXE, A. Introducción general. In: **LA VIOLENCIA y sus causas**. Paris: UNESCO, 1981

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

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. **Ciências & Saúde Coletiva**. 2009, 14(2): 595-604.

LETTIERRE, A.; NAKANO, A.M.S. Violência doméstica: as possibilidades e os limites de enfrentamento. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, Ribeirão Preto, v.19, n.6, nov./dez. 2011.

LOLLI, L. F.; ANTUNES, T. C. G.; LOLLI, M. C. G. S.; LOLLI, H. A.; OLIVEIRA, R. M. G.; FILHO, M. A. N.; PESARINI, A. Perfil de violência com acometimento facial na região de abrangência do Instituto Médico Legal de Maringá no ano de 2010. **UNINGÁ Review**. 2012 Abr. No 10(1). p. 58-66.

LUCENA, K.D.T. et al. Análise espacial da violência doméstica contra a mulher entre os anos de 2002 e 2005 em João Pessoa, Paraíba, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 28(6):1111-1121, 2012.

MACEDO, J. L. S.; CAMARGO, L. M.; ALMEIDA, P. F.; ROSA, S. C. Perfil epidemiológico do trauma de face dos pacientes atendidos no pronto socorro de um hospital público. **Rev. Col. Bras. Cir.** V. 35, n.1, p. 9-13, 2008.

MELLO, Adriana Ramos de (Org.). **Comentários à Lei de violência doméstica e familiar contra a mulher**. Rio de Janeiro: Lumen Júris, 2008.

MINAYO, M. C. A violência social sob a perspectiva da Saúde Pública. **Cad. Saúde Pública**, v.10, supl.1, p.07-18, 1994.

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

MOURA, M. A. V.; ALBUQUERQUE, L.; LEITE, F. M. C.; LIMA, F. R. S.; TEIXEIRA, S. V. B. Mulheres que denunciam violência de gênero em uma Unidade de Polícia Pacificadora. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 30, n.5, 2013.

MOURA, M.A.V; ALBUQUERQUE NETTO, L.; SOUZA, M.H.N. Perfil sociodemográfico de mulheres em situação de violência assistidas nas delegacias especializadas. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro; 16 (3):435 – 442, 2012.

MORAES, A.F; RIBEIRO, L. As políticas de combate à violência contra a mulher no Brasil e a "responsabilização" dos "homens autores de violência". **Sexualidad, Salud y Sociedad**, Rio de Janeiro, no.11, 2012.

NEDEL, A. P.; CONCEICAO, L.; SILVA, R. H. A. Prevalência de lesões corporais em região oro-facial registrados no Instituto Médico Legal de Pelotas/RS. **XI ENPO**, CIC. UFPEL. 2009.

NUCCI, Guilherme de Souza. Código Penal Comentado. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2010. GRECO, Rogério. **Código Penal Comentado**.

OLIVEIRA, V. R. C. **Violência contra a mulher: uma análise do trabalho do centro de referência da assistência social - CREAS/PARNAMIRIM**. 2009. Dissertação (Mestrado em Serviços Social) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal.

PIOVESAN, F. Direitos reprodutivos como direitos humanos. Disponível em: <
<http://www.saude.ba.gov.br/conferenciaST2005/cdrom/CD%20colet%C3%A2nea%20leis%20e%20textos/Artigos/12.doc> > Acesso em: 03 de Setembro de 2014.

PRÁ, Jussara Reis ; CARVALHO, Marie Jane . Féminismes, genre et politiques publiques. Labrys. **Edición Française Online**, v. 5, p. 1-10, 2004.

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

REGO, A. J. A. **Para uns o fim, para eles o começo: A atividade dos necrotomistas do NUMOL e as implicações físicas e psíquicas na sua saúde.** Trabalho de Conclusão de Curso, Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2011.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: Métodos e Técnicas.** 3 ed. São Paulo: Atlas, 1999.

RUBENS SOUZA. **Medicina Legal.** Editora Áudio Ltda, 2012.

SCHRAIBERA, L.B.; D'OLIVEIRAB, A.F.; FRANÇA-JUNIORC, I.; PINHO, A. Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. **Rev. Saúde Pública**, 2002; 36(4):470-7.

SCHRAIBERA, L.B.; D'OLIVEIRAB, A.F; COUTO, M.T. Violência e saúde: contribuições teóricas, metodológicas e éticas de estudos da violência contra a mulher. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol.25, n.2, 2009.

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

SANTI, L. N.; NAKANO, A. M. S.; LETTIERE, A. Percepção de mulheres em situação de violência sobre o suporte e apoio recebido em contexto social. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.19, n. 3, p. 417-424, jul./set. 2010.

SANTOS, A. E. D. ; Costa, T.R ; Santos, M.K.C ; Tiburtino, L.C . Violência Doméstica: Um estudo na delegacia especializada da mulher em Campina Grande-Pb. In: **Iv Jornada Internacional De Políticas Públicas: Neoliberalismo e Políticas Públicas**, 2009.

SHARPS, P.; MACLAIN, J.; CAMPBELL, J.; MACFARLANE, J.; SACHS, C.; & XU, X. Health care providers_ missed opportunities for preventing femicide. **Journal of Preventive Medicine**, v. 33, n.11, p. 373-380, 2001.

SILVA, C. J.; FERREIRA, E. F.; PAULA, L. P. P.; NAVES, M. D.; GOMES, V. E. Perfil dos traumas maxilofaciais em vítimas de violência interpessoal: uma análise Retrospectiva dos casos

registrados em um hospital público de Belo Horizonte (MG). **Cad. Saúde Colet. Rio de Janeiro**, v. 19, n. 1, p. 33-40, 2001.

SILVA, C. D.; GOMES V. L. O; COSTA, D. F; BARLEM, E. L. D; FONSECA, A. D. Epidemiologia da violência contra a mulher: características do agressor e do ato violento. *Rev Enferm UFPE online*, v.7, n.1, p. 8-14, 2013.

SILVA, G. S. Preconceito e discriminação: as bases da violência contra a mulher. **Psicologia: Ciência e Profissão, Brasília**, v. 30, n.3, 2010.

SOUZA, V. **A violência Contra a Mulher e a Proteção Social: estudo sobre as ações da Prefeitura Municipal de Belém destinadas às mulheres**. 2006. Dissertação (Mestrado em Serviços Social) – Universidade Federal do Pará, Pará.

VILAR, S. M. C. A. **Violência Contra a Mulher: Análise de casos registrados na delegacia especializada da mulher**. Trabalho de Conclusão de Curso, Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2012.

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

TABELAS

Tabela 1 – Medidas de tendência central da variável idade das mulheres vítimas de lesões corporais. Campina Grande, PB, 2013.

Dados do Inquérito Policial	Média	Desvio Padrão	Valor Mínimo	Valor Máximo
Idade da vítima (em anos)	29,65	11,46	15	87

Fonte: Dados da Pesquisa, 2013.

Tabela 2 – Perfil das mulheres vítimas de lesões corporais de acordo com faixa etária, situação Conjugal, Escolaridade, ocupação e local da residência. Campina Grande, PB, 2013.

Variável	n	%
Faixa etária		
15 a 19 anos	62	17,2
20 a 29 anos	148	40,8
30 a 39 anos	93	25,7
40 a 49 anos	41	11,4
50 a 59 anos	11	3,1
60 anos ou mais	6	1,8
TOTAL	361	100,0
Situação Conjugal		
Solteira	171	47,6
União Estável	91	25,3
Casada	84	23,4
Separada	8	2,2
Viúva	5	1,5
TOTAL	359	100,0
Escolaridade		
Não alfabetizado	11	3,7
Ensino fundamental incompleto	126	42,7
Ensino fundamental completo	37	12,5
Ensino médio incompleto	24	8,1
Ensino médio completo	75	25,4
Ensino superior completo	12	4,1
Ensino superior incompleto	10	3,5
TOTAL	295	100,0
Ocupação		
Empregada/Autônoma	218	60,9
Desempregada	98	27,4
Aposentada	5	1,4

Outro	37	10,3
TOTAL	358	100,0

Residência		
Campina Grande	237	66,0
Outro Município da PB	122	34,0
TOTAL	359	100,0

Fonte: Dados da Pesquisa, 2013.

Tabela 3 – Perfil dos agressores investigados de acordo com o sexo e relação com a vítima. Campina Grande, PB, 2013.

Variável	n	%
Sexo		
Masculino	257	71,4
Feminino	103	28,6
TOTAL	360	100,0
Sujeito Agressor		
Companheiro ou Namorado	119	33,1
Ex-Companheiro ou Ex-Namorado	47	13,1
Familiar	53	14,7
Conhecido	121	33,6
Desconhecido	19	5,3
Outro	1	0,2
TOTAL	360	100,0

Fonte: Dados da Pesquisa, 2013.

Tabela 4 – Características das solicitações e dos eventos de agressão. Campina Grande, PB, 2013.

Variável	n	%
Solicitante		
Delegacia	362	100,0
TOTAL	362	100,0
Qual Delegacia?		
Delegacia da Mulher	90	24,9
Outra delegacia	272	75,1
TOTAL	362	100,0
Formas de Violência		
Violência Física	353	98,3
Violência Sexual	2	0,6
Violência Física e Sexual	4	1,1
TOTAL	359	100,0
Qual a parte do corpo mais atingida		
Cabeça	72	20,1
Pescoço	6	1,6
Membro Superior	98	27,3
Membro Inferior	11	3,1
Dois membros na mesma agressão	149	41,7
Três membros na mesma agressão	22	6,2
TOTAL	358	100,0
Instrumento usado na agressão		
Agressões Nuas	288	81,1
Arma Branca	34	9,6
Arma de Fogo	8	2,3
Agressões Nuas e Arma Branca	25	7,0
TOTAL	355	100,0
Horário do ocorrido		
00:00 - 05:59	47	13,8
06:00 - 11:59	62	18,2
12:00 - 17:59	90	26,5
18:00 - 23:59	141	41,5
TOTAL	340	100,0
Meio		
Contudente	300	82,9
Corto-Contudente	41	11,3
Cortante	9	2,3
Perfuro-Contudente	5	1,4
Físico	1	0,3
Corto-Contuso	2	0,6
Perfuro-Cortante	2	0,6

Incisivo	1	0,3
Físico (Calor)	1	0,3
TOTAL	362	100,0
Houve perigo de vida?		
Sim	1	0,3
Não	361	99,7
TOTAL	362	100,0
Resultou debilidade permanente de membro, sentido ou função?		
Sim	1	0,3
Não	361	99,7
TOTAL	362	100,0
Resultou incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 dias?		
Sim	1	0,3
Não	361	99,7
TOTAL	362	100,0

Fonte: Dados da Pesquisa, 2013.