

GIGLIANA MARIA SOBRAL CAVALCANTE

**VIOLÊNCIA INTERPESSOAL E A QUESTÃO DE GÊNERO: DISCUTINDO
INIQUIDADE SOCIAL NA OCORRÊNCIA DE TRAUMA MAXILOFACIAL**

**Faculdade de Odontologia
Universidade Federal de Minas Gerais
Belo Horizonte
2015**

GIGLIANA MARIA SOBRAL CAVALCANTE

**VIOLÊNCIA INTERPESSOAL E A QUESTÃO DE GÊNERO: DISCUTINDO
INIQUIDADE SOCIAL NA OCORRÊNCIA DE TRAUMA MAXILOFACIAL**

Tese apresentada ao Colegiado do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor em Odontologia – área de concentração em Saúde Coletiva

Orientador: Prof. Dr Profa. Dra. Efigênia Ferreira e Ferreira
Co-Orientador: Prof. Dr Prof. Dr. Sérgio d'Avila L. Bezerra
Cavalcanti

**Faculdade de Odontologia – UFMG
Belo Horizonte
2015**

FICHA CATALOGRÁFICA

C376v
2015
T

Cavalcante, Gigliana Maria Sobral
Violência interpessoal e a questão de gênero: discutindo
iniquidade social na ocorrência de trauma maxilofacial / Gigliana
Maria Sobral Cavalcante. – 2015.

111f. : il.

Orientadora: Efigênia Ferreira e Ferreira
Coorientador: Sérgio Lins Bezerra Cavalcanti d'Ávila

Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Minas Gerais,
Faculdade de Odontologia.

1. Violência. 2. Identidade de gênero. 3. Traumatismos
maxilofaciais. I. Ferreira, Efigênia Ferreira e. II. d'Ávila, Sérgio
Lins Bezerra Cavalcanti. III. Universidade Federal de Minas
Gerais. Faculdade de Odontologia. IV. Título.

BLACK D047

Biblioteca da Faculdade de Odontologia – UFMG



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA



FOLHA DE APROVAÇÃO

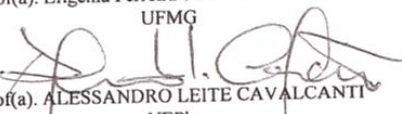
TRAUMATISMOS MAXILOFACIAIS E A QUESTÃO DE GÊNERO: EXPRESSÕES DA VIOLÊNCIA EM CAMPINA GRANDE - PB

GIGLIANA MARIA SOBRAL CAVALCANTE


Tese submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em ODONTOLOGIA, como requisito para obtenção do grau de Doutor em ODONTOLOGIA, área de concentração SAÚDE COLETIVA.

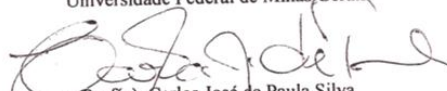
Aprovada em 09 de julho de 2015, pela banca constituída pelos membros:


Prof(a). Efigenia Ferreira e Ferreira - Orientador
UFMG


Prof(a). ALESSANDRO LEITE CAVALCANTI
UEPB


Prof(a). Andrea Maria Duarte Vargas
UFMG


Prof(a). Raquel Conceição Ferreira
Universidade Federal de Minas Gerais


Prof(a). Carlos José de Paula Silva
UFVJM

Belo Horizonte, 9 de julho de 2015.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA



ATA DA DEFESA DE TESE DA ALUNA GIGLIANA MARIA SOBRAL CAVALCANTE

Realizou-se, no dia 09 de julho de 2015, às 09:00 horas, sala 3403, Faculdade de Odontologia, da Universidade Federal de Minas Gerais, a defesa de tese, intitulada *TRAUMATISMOS MAXILOFACIAIS E A QUESTÃO DE GÊNERO: EXPRESSÕES DA VIOLÊNCIA EM CAMPINA GRANDE - PB*, apresentada por GIGLIANA MARIA SOBRAL CAVALCANTE, número de registro 2011711910, graduada no curso de ODONTOLOGIA, como requisito parcial para a obtenção do grau de Doutor em ODONTOLOGIA, à seguinte Comissão Examinadora: Prof(a). Efigenia Ferreira e Ferreira - Orientador (UFMG), Prof(a). ALESSANDRO LEITE CAVALCANTI (UEPb), Prof(a). Andrea Maria Duarte Vargas (UFMG), Prof(a). Raquel Conceição Ferreira (Universidade Federal de Minas Gerais), Prof(a). Carlos José de Paula Silva (UFVJM).

A Comissão considerou a tese:

Aprovada

Reprovada

Finalizados os trabalhos, lavrei a presente ata que, lida e aprovada, vai assinada por mim e pelos membros da Comissão.
Belo Horizonte, 09 de julho de 2015.

Prof(a). Efigenia Ferreira e Ferreira (Doutora)

Prof(a). Alessandro Leite Cavalcanti (Doutor)

Prof(a). Andrea Maria Duarte Vargas (Doutora)

Prof(a). Raquel Conceição Ferreira (Doutora)

Prof(a). Carlos José de Paula Silva (Doutor)

Ao meu filho, João Eduardo,
concebido nessa jornada.

AGRADECIMENTOS

A Deus, senhor dos senhores, mestre dos mestres.

Ao meu marido Adan Smith, por acreditar, junto comigo, em um sonho. Se hoje isso é possível, foi porque sempre estive ao meu lado, apesar de, muitas vezes, estarmos distantes fisicamente.

Aos meus pais, João e Lucia, de importância fundamental em minha vida.

À professora Efigênia Ferreira e Ferreira, por ter acreditado em minha capacidade e mostrado o caminho a ser trilhado, contribuindo com seus comentários e ideias inspiradoras.

Ao professor Dr. Sérgio d'Avila Lins Bezerra Cavalcanti por ter compartilhado comigo de seus conhecimentos, apoiado em tantos momentos e criado um grupo de colegas sempre participantes e colaboradores.

A Lorena Marques da Nóbrega, Mário César Furtado da Costa, Kevan Guilherme Barbosa companheiros no período de coleta de dados e na produção de artigos.

A Patrícia de Oliveira Lino e Liliam Pacheco Silva, jamais esquecerei o apoio enquanto estive em Belo Horizonte, sempre dispostos a ajudar.

Ao governo do Estado da Paraíba, pela liberação dos dados da pesquisa.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo apoio financeiro a esta pesquisa.

RESUMO

As diferenças entre homens e mulheres vão além da distinção biológica dos sexos masculino e feminino. Entre outros aspectos, destaca-se a experiência de saúde e doença, influenciada pela desigualdade de acesso aos recursos sociais e econômicos que a cultura sexista evoca entre os gêneros. Essa manifestação diferenciada também repercute na ocorrência da violência urbana e, conseqüentemente, pode exercer influência sobre a prevalência do trauma maxilofacial, constituindo-se em objetivo desse estudo avaliar tendências de vitimização por agressão conforme o gênero, buscando discutir os aspectos relacionados às diferenças observadas. Trata-se de um estudo transversal em que foram examinados 4803 laudos médicos de lesão corporal por agressão, registrados entre os anos 2008 e 2011 em um Núcleo de Medicina e Odontologia Legal situado em Campina Grande-PB. As informações presentes nos laudos foram transferidas, sistematicamente, para um formulário especificamente elaborado para essa pesquisa. Foram coletados os dados sociodemográficos das vítimas, as circunstâncias da agressão (violência familiar ou comunitária), o sexo do agressor e vínculo com a vítima, gravidade e sede das lesões e o mecanismo empregado (com ou sem uso de algum instrumento). Os dados foram analisados a partir de estatísticas descritivas e da aplicação do teste Qui-quadrado; as variáveis com 20% de significância estatística foram incluídas no modelo de regressão logística para checar os fatores implicados em ocorrências tanto envolvendo homens, quanto mulheres. Para avaliar mudanças ao longo da série temporal, foi utilizado o modelo de regressão polinomial. Para as mulheres, a regressão logística mostrou que as variáveis ocupação, gênero do agressor, sujeito agressor e instrumento utilizado foram significativas a 5,0%. Entre as variáveis significativas se estima que o risco de ser mulher agredida é mais elevado entre as que não trabalhavam ou as empregadas/autônomas em relação às vítimas aposentadas; ter sido agredida por agressões nuas em relação às agressões instrumentalizadas; por uma outra mulher ou por ambos os gêneros que por homens; e ser agredida por companheiro/namorado, seguido das agredidas por ex-companheiro/ex-namorado, por familiar e por conhecido em relação aos estranhos. O percentual de casos

ajustados corretamente foi 78%. A análise a partir da regressão polinomial mostrou ajuste do gênero feminino ao modelo quadrático, explicando 23% da variação, com aumento significativo do coeficiente de regressão, com oscilações. Não houve mudanças significativas para o gênero masculino. A tendência de aumento de agressões em mulheres demonstra risco considerável de serem caracterizadas como vítimas de violência, sinalizando a necessidade de políticas mais efetivas de proteção que superem iniquidades sociais, as quais podem ser determinantes para ocorrência de diferenciais de gênero.

PALAVRAS-CHAVE: Violência. Identidade de gênero. Traumatismos Maxilofaciais.

ABSTRACT

The differences between men and women go beyond the biological distinction of male and female, among other things there is the experience of health and disease, which is influenced by the asymmetry of access to social and economic resources that the sexist culture evokes among genres. This differentiated demonstration also impacts on urban violence and, consequently, in its implications for health, which makes essential dealing with the problem from the point of view of gender mainstreaming, particularly in light of the alarming rates both related to public safety, as to health services. The aim of this study was to evaluate the aggression victimization by gender, aiming at discussing the context in which can be inserted such differences observed. This is a cross-sectional study that examined 4803 reports of injury for assault recorded between the years 2008 and 2011 at a Family Medicine and Forensic Dentistry located in a region of northeastern Brazil. Data were analyzed from descriptive statistics and the application of Chi-square test; variables with 20% statistical significance were included in the logistic regression model to check for the factors involved in occurrences involving both men and women. To assess changes over the time series, the model of polynomial regression was used. For women, the logistic regression showed that the variables occupation, perpetrator gender, subject aggressor and instrument were significant at 5.0%. Among the significant variables is estimated that the risk of being abused woman is higher among those who were not employed or those employed/self-employee in relation to the retired victims; have been attacked by naked aggression and by another woman or both genders; be attacked by partner / boyfriend, followed by those attacked by former partner/boyfriend, for family member and in relation to strangers. The

percentage of cases correctly adjusted was 78.0%. The analysis from the polynomial regression showed adjustment of females to the quadratic model, explaining 23% of the variation, with significant increase in the regression coefficient (0.004), with oscillations. There were no significant changes in males. The trend of increase of aggression in women demonstrates considerable risk of being characterized as victims of violence, signaling the need for more effective protection policies to overcome social inequities, which can be decisive for the occurrence of gender differences.

KEYWORDS: Violence. Gender Identify. Maxillofacial injuries.

LISTA DE SIGLAS

ONU – Organização das Nações Unidas

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNRAV – Política Nacional de Redução de Acidentes e Violências

PAISM – Política de Assistência à Saúde da Mulher

CNDSS – Comissão Nacional de Determinantes Sociais da Saúde

NUMOL – Núcleo de Medicina e Odontologia Legal

IDH – Índice de desenvolvimento Humano

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

SISNEP – Sistema Nacional de Ética em Pesquisa

SPSS - Statistical Package for Social Sciences

SUMARIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 REVISÃO DA LITERATURA	17
2.1 Violência interpessoal e a questão de gênero: um desafio para o campo da saúde	17
2.2 Iniquidades sociais, vulnerabilidades de gênero e a política de transversalidade de gênero para o enfrentamento da violência contra as mulheres	22
2.3 Violência interpessoal e fatores relacionados com a questão de gênero na ocorrência de traumatismo maxilofacial	25
3 OBJETIVOS	29
3.1 Objetivo geral	29
3.2 Objetivos específicos	29
4 METODOLOGIA	30
4.1 Tipo de estudo	30
4.2 Campo de estudo	30
4.3 Coleta de dados	31
4.4 Considerações éticas	32
4.5 Análise estatística	32
4.6 Esquema do percurso metodológico	35
5. REFERÊNCIAS	36
6. RESULTADOS E DISCUSSÃO	44
ARTIGO 1 – Tendência de vitimização conforme os gêneros por lesões não letais registradas em Instituto forense brasileiro	45
ARTIGO 2 – Violência interpessoal e a transversalidade de gênero: análise dos determinantes sociais envolvidos na vitimização por agressão	61
ARTIGO 3 - Traumatismo maxilofacial e a questão de gênero: expressões da violência no nordeste brasileiro	76
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	98
8. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS RELACIONADAS À TESE	99
8.1 Artigos publicados	99
8.2 Artigos aceitos para publicação	99
8.3 Artigos enviados para publicação	99
8.4 Artigos em desenvolvimento	100

8.5 Resumos publicados	100
8.6 Cursos	102
8.7 Perspectivas futuras	102
APÊNDICE A – Formulário de coleta de dados	103
ANEXO A – AUTORIZAÇÃO DO NÚCLEO DE MEDICINA E ODONTOLOGIA LEGAL	104
ANEXO B - APROVAÇÃO NO COMITÊ DE ÉTICA	105
ANEXO C – NORMAS DE PUBLICAÇÃO NA REVISTA VIOLENCE AGAINST WOMEN	106
ANEXO D – NORMAS DE PUBLICAÇÃO NA REVISTA SAÚDE E SOCIEDADE	107
ANEXO E – NORMAS DE PUBLICAÇÃO NA REVISTA BRASILEIRA DE EPIDEMIOLOGIA	110

1 INTRODUÇÃO

Agressão, estupro, homicídio, tudo pode ser resumido em uma palavra: violência. Homens, mulheres, brancos, negros, índios, pobres, ricos, crianças, jovens, adultos, idosos, ninguém está imune. A questão é: entre as possíveis vítimas, quais as mais vulneráveis?

Há entre as formas de violência a chamada violência de gênero, ela envolve relações de gênero e poder em que há uma dominação/subordinação aferida pela sociedade como natural. Nesse tipo de violência, os homens impõem mecanismos de dominação-exploração ante as mulheres, de modo que estas passam a ser percebidas como vulneráveis, uma vez que a imposição desse mecanismo faz-se em meio a legitimação social, muitas vezes utilizando-se de sua força física (SAFFIOTI, 2001).

Atribui-se essa concepção ao surgimento do patriarcado, creditado à sedentarização e início da propriedade privada, após o matriarcado ter sido subjugado ao domínio masculino. Nas palavras de Engels (1884/1964) “o homem assumiu o timão da casa; a mulher foi submetida, domesticada, feita escrava de seu prazer e um simples instrumento de reprodução” (p.62). Essa assertiva traz a ideia de um matriarcado anterior, também defendido por Freud (1912/1967) que considera a passagem para o patriarcado determinante para o surgimento da civilização.

Entretanto, conforme Saffioti (2009), longe de tornar-se consenso, há um verdadeiro impasse quanto à existência do patriarcado. Algumas feministas tratam-no como “morto ou enfermo”. Porém, ainda que não se possa creditar ao patriarcado a explicação de todas as formas de desigualdades e de opressão do gênero feminino (Scott, 1995), a gênese da violência contra as mulheres tem sido atribuída predominantemente ao patriarcado. Tal concepção trabalha com construções sociais que atribuem maior valor ao masculino, de forma que as relações de gênero produzem uma distribuição desigual do poder.

O movimento feminista proporcionou avanços marcantes, mas ainda não foram suficientes para promover melhorias nas reais condições de assimetria e

desigualdades de gênero (MATOS, 2008). No estado em que se encontra essa luta, percebe-se uma sensível mudança, em função dos tratados firmados pelos países signatários da Organização das Nações Unidas (ONU). No Brasil, por exemplo, a lei Maria da Penha deu visibilidade à violência doméstica, anteriormente de caráter particular. Por prever punição ao agressor e viabilizar que terceiros denunciem episódios dessa natureza, acredita-se que possa representar uma diminuição da ocorrência desse evento (BRASIL, 2006).

Há estudo que sinaliza certo distanciamento de modelos estereotipados de gênero, com modos de ser da masculinidade e da feminilidade que convivem de forma já não tão conflituosa (ARAÚJO, 2005), sugerindo que nas sociedades ocidentais as relações de gênero tornaram-se mais democráticas, uma vez que as mulheres conquistaram o direito de votar e participar ativamente do mercado de trabalho, conciliando suas habilidades na geração e criação dos filhos com atividades preconcebidas aos homens. A ocupação de cargos políticos de destaque dá prova disso, como o caso de países como Brasil e Argentina, na americana latina, presididos por mulheres.

Contudo, basta analisar as entrelinhas de depoimentos prestados por homens na apuração de crimes praticados contra mulheres, para perceber que o problema ainda persiste. Para ilustrar esse aspecto, cabe aqui utilizar-se do crime de estupro coletivo ocorrido na cidade de Queimadas, situada na região metropolitana de Campina Grande, Estado da Paraíba. Na noite do dia 11 de fevereiro de 2012, na referida cidade, cinco mulheres foram estupradas por nove homens, dentre eles três adolescentes. O crime foi oferecido por um dos estupradores ao seu irmão como presente de aniversário, premeditado com pelo menos quinze dias de antecedência. Duas das cinco mulheres foram assassinadas por reconhecerem seus algozes¹.

Destaca-se o significado atribuído às mulheres, tomadas como objeto, sem direito aos seus próprios corpos, violadas as suas vontades e dignidades. Tais

¹ CARDOSO FILHO. Vítimas narram o horror que sofreram na noite dos ataques. João Pessoa, 26 set. 2014. Disponível em: <http://issuu.com/auniao/docs/jornal_em_pdf_26-09-14/1>. Acesso em: 24 nov. 2014.

mulheres foram subjugadas ao querer alheio, que no caso em questão tratava-se de homens, o que torna evidente a dimensão de gênero.

Na lógica patriarcal que sustenta atos violentos contra as mulheres, Minayo (2005), em seu estudo sobre as relações do machismo com a violência, cita o estupro como situação que leva ao extremo a relação do masculino como sujeito da sexualidade e o feminino como seu objeto. Minayo argumenta:

“... a ideia fundante de macho violento se centra na mesma crença arraigada do masculino como o espaço da iniciativa, do poder e da imposição da vontade, fazendo a associação de dois planos, o da sexualidade e o da sociabilidade. A moral do macho violento é a da virilidade que se apodera do corpo, dos desejos, dos projetos, dos negócios e da vida do outro.” (MINAYO, 2005, p. 24)

Mediante contextos como o episódio de Queimadas, considerando a emergente discussão sobre gênero, desenvolveu-se essa tese com a preocupação de analisar tendências de vitimização relacionadas ao gênero, lançando luz sobre as características sociodemográficas que evidenciem assimetrias de gênero e, portanto, que possam ser reconhecidas como determinantes para diferenças na ocorrência de agressão física em homens e mulheres, sobretudo as que resultem em lesões em face.

O ponto de partida para o desenvolvimento da pesquisa que deu origem a essa tese foi a diferença significativa entre homens e mulheres na ocorrência de trauma maxilofacial decorrente de acidentes e agressão, constatada na dissertação de mestrado, avaliando-se dados relativos ao ano de 2010 (CAVALCANTE, 2011). Considerando a série temporal compreendida entre os anos 2008 e 2011, deu-se seguimento ao estudo para o reconhecimento de eventual crescimento ou estagnação da violência interpessoal relativa a cada um dos gêneros e a influência de variáveis sociodemográficas na ocorrência de agressões em homens e mulheres.

A partir da constatação dessas diferenças, sobretudo consultando a literatura que dá sustentação aos resultados observados, percebeu-se que, no que tange à questão de gênero e saúde, há uma fecunda produção relativa às mulheres, porém

se questiona o fato de não se estabelecer um parâmetro, relacionando os achados ao que é constatado para os homens. De modo que Vilela, Monteiro e Vargas (2009) ressaltam a importância de estudos empíricos que apontem diferenças nos perfis de saúde entre homens e mulheres, o que evidencia carência de estudos que contemplem o caráter relacional exigido pelo conceito de gênero.

Assim, esse estudo propõe analisar comparativamente fatores, constatados em vítimas do gênero masculino e feminino que possam ser determinantes para diferenças na ocorrência da violência interpessoal em homens e mulheres, tendo como base o referencial teórico que entende que a opressão de uma categoria social sobre a outra vai além do exercício do poder, acarretar assimetria de tratamento, a qual pode implicar na violência de gênero (SAFFIOTI, 2004).

A condução desse estudo também foi motivada pela necessidade de analisar possibilidades de intervenção no combate à violência de gênero, identificando provável relação com o status da mulher no espaço social, avaliado a partir de sua escolaridade e inclusão no mercado de trabalho, Estudos dessa natureza são apontados por Schraiber, D'Oliveira e Couto (2009) como base para proposta de intervenção sobre atos violentos

Dahlberg e Krug (2007) reforçaram que a compreensão dos fatores relacionados com a violência é um dos passos importantes na abordagem da saúde pública, na medida em que poderá viabilizar o reconhecimento de estratégias viáveis no intuito de reduzir a ocorrência desses eventos, como a incorporação da transversalidade de gênero nas políticas públicas.

O envolvimento das políticas públicas com a transversalidade de gênero implica a inclusão de coletivos em situação de vulnerabilidade social (PEREIRA et al., 2010), tendo como premissa aproximá-los aos espaços de que são excluídos, no caso das mulheres espaços tradicionalmente deliberados aos homens, corrigindo assim assimetrias de acesso a níveis de instrução mais avançados e a ferramentas que possibilitem introduzi-la em cargos mais qualificados no mercado de trabalho.

Com esse engajamento, acredita-se contribuir para o reconhecimento de potenciais diferenças que representem uma maior vulnerabilidade, dando indícios do

que pode ser feito para corrigir iniquidades e alcançar a justiça social de que carece grupos historicamente negligenciados a exemplo da mulher.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Violência interpessoal e a questão de gênero: um desafio para o campo da saúde

Seja em espaços públicos ou privados, até mesmo em ambiente escolar, a violência tem recebido destaque na sociedade atual. A origem do problema é controversa. O fundamento que trata a violência como sendo da natureza humana já foi utilizado, inclusive, para elaboração de estatutos jurídicos, figurando no código penal brasileiro como atenuante da pena de homicídio dada a motivação por violenta emoção.

§ 1º Se o agente comete o crime impelido por motivo de relevante valor social ou moral, ou sob o domínio de **violenta emoção**, logo em seguida a injusta provocação da vítima, o juiz pode reduzir a pena de um sexto a um terço (Art. 121, CPB **grifo nosso**).

Nesse dispositivo, “o domínio de violenta emoção” relaciona a emoção ao comprometimento da racionalidade, visto que a irracionalidade é motivo de isenção de pena. Isso certamente porque é considerado o argumento biológico de que a violência é produto da conduta humana impulsionada pelo instinto, de modo que a violência pode ser compreendida como irracional. Assim, é comum dizer que alguém cometeu violência movido por um ódio ou raiva incontrolável, deixando implícito que irracional é idêntico a emocional, emotivo é igual a instintivo. Entretanto, o comportamento emocional não é destituído de razão e, exceto pelos casos patológicos, nenhuma conduta humana é irracional, isto é, a violência não é necessariamente irracional, e necessariamente não resulta de um descontrole emocional (CUNHA, 2001).

Minayo e Souza (1998) ao discutirem o conceito polissêmico da violência, citam quatro vertentes teóricas. Um desses grupos de teorias compreende a violência como natural e inevitável. Nesse caso, a agressividade é tida como parte do instinto de sobrevivência diante de certas condições e situações. Outro grupo trata o problema como tendo raízes sociais, de modo que a migração interna, favelização, condições precárias de vida, desemprego e acesso reduzido à

escolaridade seriam geradores de comportamentos desviantes. Um terceiro grupo de teorias enxerga como revolta perante a desigualdade e um quarto grupo baseia-se na crença de um estado neutro em benefício dos interesses políticos e econômicos dos que estão à margem das questões de classe.

Em um estudo de revisão sobre os fatores associados ao comportamento agressivo, Mendes et al. (2009) apontam sua natureza multifatorial, envolvendo a interação de fatores biológicos e ambientais, a qual pode ser catalisada por um ambiente hostil, aumentando a chance de comportamentos agressivos. Por outro lado, um ambiente favorável poderá moderar características genéticas desfavoráveis, reduzindo a possibilidade de desenvolvimento de comportamentos agressivos.

Como referido por Dahlberg e Krug (2007), algumas causas da violência são facilmente constatadas, outras estão profundamente enraizadas no tecido social, cultural e econômico da vida humana. Fatores biológicos e individuais são apontados como predisponentes para a agressão. Com frequência, existe a interação com fatores familiares, comunitários e culturais, criando situações em que a violência pode ocorrer.

Fato é que não existe e não haverá um consenso do que mobiliza o homem a praticar atos violentos, dada a complexidade do tema em questão. Apesar de ser um problema originalmente social, passou a integrar a agenda do setor saúde devido ao impacto na qualidade de vida e necessidade de intervenção médico-hospitalar. Desse modo, a partir dos anos 90, a Organização Pan-Americana de Saúde passou a recomendar a inclusão do tema na saúde. Posteriormente, a Organização Mundial da Saúde (OMS) dedicou-lhe prioridade ao publicar em 2002 o informe denominado Relatório Mundial sobre Violência e Saúde, o qual passou a atribuir responsabilidade ao setor saúde em lidar com o problema da violência, levando em consideração as suas consequências na vida, dentro de uma perspectiva intersetorial (MINAYO, 2004).

Conforme esse documento, foi adotado como conceito de violência:

o uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um

grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação de liberdade (DAHLBERG; KRUG, 2002, p.5).

Do ponto de vista epidemiológico, a violência tem alcançado lugar de destaque nas discussões acadêmicas, visto que o trauma aparece em terceiro lugar entre as principais causas de morte em todo mundo (MELLO FILHO; RICZH, 2014).

A violência pode ser caracterizada em três amplas categorias, a saber: a auto infligida, a interpessoal e a coletiva. A categoria violência interpessoal inclui a violência de família e de parceiros íntimos e a violência comunitária, sendo que essa última é caracterizada pela violência cometida entre indivíduos sem relação pessoal ou que não se conhecem (DAHLBERG; KRUG, 2006).

Estima-se que a violência interpessoal é responsável pela perda de 0,2 % de anos de vida ajustados por incapacidade, por acarretar problemas de saúde, deficiência ou morte precoce (WATERS *et al.*, 2004). Em função dos anos de vida ajustados por incapacidade, estudos referem um grande impacto econômico para sociedade (BUSINGER *et al.*, 2012).

Os registros de homicídio apontam uma vitimização maior de homens, com impacto considerável nos custos do setor saúde e redução no rendimento do mercado produtivo. As mulheres são mais acometidas por enfermidades, seja por lesões físicas ou distúrbios mentais, resultantes, na maioria das vezes, de agressão física, principalmente provocada por um parceiro íntimo (LAURENTI; JORGE; GOTLIEB, 2005).

Essas diferenças relativas aos gêneros são alvo de análises recentes que em alguns casos não são sensíveis ao conceito abrangente que se atribui ao termo gênero, pois não têm a preocupação com as relações sociais existentes entre eles, tampouco abordam as diferenças que podem definir papéis e evocar poderes (ARAÚJO; SCHRAIBER; COHEN, 2011)

Essa discussão sobre gênero é tão nova quanto o interesse pelo estudo da violência. O termo gênero surgiu como categoria de análise em substituição “a

mulheres”, anteriormente adotado por estudiosas feministas (SCOTT, 1995, p.77). Essa categoria adquiriu legitimidade acadêmica a partir dos anos 80, quando Scott passa a utilizá-la para designar as relações sociais entre os sexos, uma vez que, segundo a autora, “a informação sobre as mulheres é necessariamente informação sobre os homens, um estudo implica o outro” (SCOTT, 1995, p.80). Sua obra também caracteriza gênero como uma “forma primária de relações de poder” e questiona “a qualidade fixa de oposição binária” sinalizando para “uma historicidade e uma desconstrução genuínas dos termos da diferença sexual” (SCOTT, 1995, p.80 /86).

Essa relação bipolar por muito tempo foi empregada na epidemiologia, de modo que, frequentemente, o termo gênero é utilizado para substituir sexo, sobretudo em estudos sobre agravos à saúde. Nos estudos sobre violência, o gênero é abordado como dispositivo interpretativo ou compreensivo de situações vivenciadas (VILELA; MONTEIRO; VARGAS, 2009).

A abordagem analítica dada ao gênero nos estudos sobre violência dá-se em função do entendimento de que na violência de gênero se legitima a dominação masculina. Tal constatação é produto das reivindicações feministas e dos estudos de gênero, que buscam identificar e corrigir assimetrias entre os sexos que colocam as mulheres em desvantagem em relação aos homens. Assim concebida, a violência de gênero envolve relações entre gênero e poder (ARAÚJO, 2008), cujos determinantes são os valores apregoados pela cultura patriarcal que naturaliza e legitima a supremacia masculina e a subordinação da mulher.

Saffioti (2004), em seu livro gênero, patriarcado e violência, defende que é sobre o patriarcado que devem ser feitas as análises de violência de gênero. Conforme a autora, as pessoas são socializadas para manter o pensamento andrógino, machista, classista e sexista estabelecido pelo patriarcado como poder político organizado e legitimado pelo aparato estatal por meio da naturalização das diferenças sexuais.

Isso pode ser constatado a partir da percepção dos saberes comuns sobre homens e mulheres, os quais constituem representações sociais que se alimentam dos valores, crenças e ideologias dominantes e que adquirem sentido através da objetivação das diferenças entre os sexos (AMÂNCIO 1993, p.135).

Até este ponto buscou-se apenas uma tentativa de aproximação a temas tão complexos como a violência e a questão de gênero. Schraiber, Oliveira e Couto (2009) atribuem essa complexidade na análise da violência de gênero a três pontos cruciais: a necessidade de combinar as abordagens quantitativas e qualitativas, requerendo lidar com tradições científicas diversas; a introdução da questão tecnológica nesse campo, ou seja, a produção de conhecimento que seja traduzido em procedimentos de assistência individual e de saúde pública; por fim, também exige cuidados metodológicos especiais dada a natureza ética implicada em estudos que abordem questões de foro íntimo, como é o caso da violência de gênero.

Haja vista a recente tomada da violência como competência da saúde, não tem sido fácil construir um conhecimento interdisciplinar, sobretudo articulando-o ao campo das práticas, uma vez que ainda persiste o reducionismo biomédico que atribui à atuação da saúde apenas os danos físicos e mentais, consequentes da violência, constituindo-se um desafio reconhecer a violência não apenas como uma questão de saúde, mas também como um fenômeno sociocultural (SCHRAIBER *et al.*, 2009).

O processo de legitimação do tema no âmbito da saúde parte da concepção reduzida, por meio dos conceitos de acidentes, lesões e trauma, seguido da incorporação de direitos, período de entrada da observação e notificação de violência contra as crianças, mulheres e idosos até a adoção da visão ampliada, reconhecendo a necessidade de intervenção em vários setores (MINAYO, 2007). Entretanto, historicamente, os serviços de saúde não estão habituados a intervir no enfrentamento desse problema com ênfase nos determinantes sociais e na produção e reprodução dos modos de viver e adoecer (MINAYO, 2006; D'OLIVEIRA *et al.*, 2009).

Particularmente relacionado à violência contra a mulher, a atenção à saúde ganhou significado com o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), a partir da discussão sobre o aborto legal em casos de estupro. Atualmente, a atenção à mulher vítima de violência dá-se em rede, partindo-se da atenção primária, dispondo também de casas de amparo, atendimento hospitalar e

acompanhamento na sequência do tratamento. Contudo, traduz o que é previsto pelo modelo assistencial (BRASIL, 2004).

Apesar dessas iniciativas, as políticas públicas envolvidas na questão da violência contra a mulher, por abrangerem uma conjuntura intersetorial, requerem o compromisso entre os atores e setores envolvidos para o controle da violência e redução das desigualdades sociais (PAIM; COSTA; VILAS BÔAS, 2009). Além disso, é preciso combater “a medicalização da violência, redirecionando-se demandas que se esgotavam no interior dos serviços para alternativas para fora destes” (D’OLIVEIRA et al., 2009, p.1049).

2.2 Iniquidades sociais, vulnerabilidades de gênero e a política de transversalidade de gênero no enfrentamento da violência contra as mulheres

Em geral, a violência ocorre em contextos sociais que reúnem situações de vulnerabilidade, as quais definem cenários em que iniquidades sociais estão presentes. No que diz respeito às mulheres, a presença ou ameaça real de violência mostra como a opressão e a desigualdade as colocam em posição de vulnerabilidade decorrente da dominação de gênero (SAGOT, 2009).

Palma e Mattos (2003) relacionaram o conceito de vulnerabilidade social aos processos de exclusão, discriminação ou enfraquecimento dos grupos sociais e sua capacidade de reação. Assim, a vulnerabilidade feminina está mais relacionada com a situação de discriminação na sociedade do que a fatores biológicos, uma vez que a violência no âmbito da relação conjugal assim como na violência traduzida em discriminação em relações de trabalho e a falta de poder de decisão sobre seu corpo são apenas exemplos da realidade de muitas mulheres, influenciando sobremaneira sua saúde (GUEDES; SILVA; FONSECA, 2009).

Desse modo, o modelo de vulnerabilidade por interligar aspectos individuais, sociais e programáticos reconhece a determinação social da doença e propõe novas práticas de saúde, envolvendo diferentes setores da sociedade, pois leva em consideração como os fatores estruturais estão vinculados ao processo saúde-doença (MUÑHOZ; SÁNCHEZ; BERTOLOZZI, 2007).

Os Determinantes Sociais da Saúde são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população, os quais estão relacionados à existência de iniquidades em saúde (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Conforme definição de Margareth Whitehead (1991), iniquidades em saúde são desigualdades de saúde que além de sistemáticas e relevantes são também evitáveis, injustas e desnecessárias. Os principais determinantes dessas iniquidades estão relacionados às formas como se organiza a vida social (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Mediante o conceito supracitado, Whitehead, Vieira-da-Silva e Almeida Filho (2009) analisam a dimensão de justiça presente na descrição “desigualdades injustas” adotada por parte dos autores que a citam e expõem a discussão em torno do seu emprego na definição de equidade, perspectiva ainda incipiente nos estudos sobre o tema. Segundo os autores, “equidade” e “iniquidade” correspondem a conceitos relacionados com a prática da justiça e à intencionalidade das políticas sociais e dos sistemas sociais, de modo que desigualdades em saúde podem ser interpretadas como resultado de diferentes formas de tratamento a indivíduos que pertencem a grupos sociais e que equidade em saúde pode ser interpretada como o resultado de políticas que tratam indivíduos que não são iguais de forma diferente.

Nesse sentido, é coerente pensar na noção de vulnerabilidade para definir políticas que evitem a iniquidade, visto que quanto mais vulnerável for um grupo, mais carente ele é de ações que promovam equidade. Partindo-se de que a vulnerabilidade remete a um conjunto de fatores adversos e a capacidade de reação diante de um evento negativo (PALMA; MATTOS, 2003), é possível considerar a subordinação da mulher em meio ao simbólico hegemônico da supremacia masculina como uma forma particular de vulnerabilidade, já que na concepção de gênero há práticas que podem vulnerabilizar homens e mulheres.

Na epidemiologia social, a incorporação de gênero como categoria analítica é fundamental para compreensão das desigualdades sociais e do processo saúde-doença. Há necessidade de conhecer e compreender especificidades da condição

da mulher em seu espaço social. Além da subalternidade em relação ao homem, é preciso reconhecer como é assumida e como se expressa. Essa análise deve ser feita por meio das categorias gênero e da classe social, as quais concretizam as desigualdades existentes entre os sexos (FONSECA, 1997).

O termo “feminização da pobreza”, utilizado para indicar que entre os pobres a mulher representa maioria, ilustra bem a relação entre gênero e classe social, visto que, segundo Brito (2000), 70% dos 1,3 bilhão de pessoas que vivem em condições de pobreza no mundo são mulheres. No Brasil, há um aumento progressivo da responsabilidade das mulheres por seus lares com salários mais baixos que os homens, de modo que as mulheres vêm se tornando, ao longo do tempo, mais pobres do que os homens (NOVELLINO, 2004; LUCAS; HOFF, 2008).

Nesse sentido, a proposta da transversalidade, por visar à correção de condições sociais das mulheres para superação de assimetrias em relação aos homens (BANDEIRA; ALMEIDA, 2015), representa um mecanismo capaz de intervir sobre iniquidades de gênero que podem induzir hierarquias de poder implicadas na violência doméstica e, por conseguinte, as suas repercussões na saúde também poderão ser evitadas.

A transversalidade de gênero surge na década de 1980 como estratégia para concretização de uma política mundial de promoção de igualdade e oportunidade das mulheres, assegurando respostas eficazes das políticas públicas. Desse modo, passou a existir uma expectativa de melhoria do status das mulheres nas esferas econômica, política, cultural e social, incidindo em aspectos como remuneração, segurança social, educação, partilha de responsabilidades e paridade nas decisões (FERREIRA, 2000; BANDEIRA; ALMEIDA, 2015).

Considerando que, conforme Breilh (1996), em situações de violências e acidentes as relações assimétricas de gênero são produtoras de iniquidades, no contexto da violência contra a mulher, a adesão de políticas transversais sob a perspectiva de gênero tem importante papel na prevenção do aumento de ações de violência, principalmente as que acarretam a vitimização feminina (COSTA; PORTO, 2012).

Na saúde, Vieira-da-Silva e Almeida Filho (2009) salientam que a equidade se materializa no processo de formulação de Políticas Públicas intersetoriais que podem ter impacto sobre os determinantes sociais da saúde. Sendo assim, a transversalidade de gênero traduz os princípios da justiça social, uma vez que propõe melhorar a condição de vida das mulheres e promover o acesso às mesmas oportunidades que os homens (PEREIRA, 2010; BANDEIRA; ALMEIDA, 2015).

2.3 Violência interpessoal, fatores sociais e de gênero relacionados à ocorrência do traumatismo maxilofacial

A violência interpessoal pode ser compreendida como um comportamento que causa dano a outro indivíduo, invadindo sua autonomia, integridade física ou psicológica, e que ocorre na maioria das vezes com o uso de força excessiva (SADDIK; SUHAIMI; DAUD, 2010).

A agressividade, determinante para ocorrência desse evento, resulta da combinação de aspectos biológicos e sociais implicados nos tipos de personalidade e subjetividades, sendo o *locus* dessas subjetividades o contexto histórico-social (MINAYO, 2010).

Ao analisar os fatores etiológicos da agressão, Kirstensen et al. (2003) acrescentam que ao procurar compreender o ser humano a partir de uma concepção biopsicossocial, não é possível evitar a análise em mais de um nível, considerando que os fenômenos humanos resultam de múltiplas determinações, as causas próximas relacionadas ao indivíduo e modos de funcionamento e as causas últimas relacionadas a como são os indivíduos em seu conjunto.

Sendo um fenômeno biopsicossocial, a violência interpessoal ainda que não seja originalmente uma enfermidade, pode ser considerada como um problema de saúde, em função dos danos que acarreta (GARBIN, 2008). Assim, pode ser compreendida sobre a lógica da determinação social da saúde.

Os determinantes sociais da saúde são expressos pela distribuição desigual de três tipos de fatores: materiais (habitação, alimentação, trabalho, saneamento e outros), psicossociais/comportamentais e biológicos. Essa desigualdade é traduzida pela estratificação da população em classes sociais (ZIONI; WESTPHAL, 2007).

Dentro do conceito de determinação social do processo saúde-doença está o uso da categoria gênero, já que gênero interage com outras dimensões como classe social, raça/etnia, na medida em que nesses aspectos se configuram as desigualdades entre os gêneros, as quais implicam desigualdade em saúde (VILELA; MONTEIRO; VARGAS, 2009).

Estudos que analisam a relação entre gênero e saúde têm, inclusive, avaliado o impacto da vulnerabilidade decorrente de diferenças de gênero em condições específicas de saúde (VLASSOFF, 2007). A violência de gênero é uma das implicações dessas diferenças, constituindo um fenômeno social que influencia sobremaneira o modo de viver, adoecer e morrer das mulheres (GUEDES; SILVA; FONSECA, 2009).

Como consequência dessa modalidade de violência, podem ser referidas as lesões nas diversas partes do corpo, sendo o sítio principal a cabeça e pescoço, especialmente a face (DESLANDES; GOMES; SILVA, 2000, LE et al., 2001, SCHRAIBER *et al.*, 2002, GARBIN *et al.*, 2006; GARCIA *et al.*, 2008, CHIAPERINI *et al.*, 2009, SADDKI; SUHAIMI; DAUD, 2010, WONG *et al.*, 2014).

Independentemente do padrão que se estabelece culturalmente para a beleza, a face é uma das partes mais valorizadas do corpo, de modo que o dano associado a essa região e o sofrimento dele resultante possuem forte carga simbólica relativa à identidade e autoestima, sendo atribuído ao interesse do agressor, consciente ou inconsciente, minar a autoestima da vítima (SADDKI; SUHAIMI; DAUD, 2010).

De modo geral, estudos de traumatismo buco-maxilofacial apontam que a alta prevalência em homens e mulheres é devida, principalmente, à grande exposição e pouca proteção oferecida à região (MACEDO *et al.*, 2008; CARVALHO *et al.*, 2010).

Uma parte desses estudos relaciona como principal etiologia das lesões a violência interpessoal (WULKAN; PARREIRA JR; BOTTER, 2005, CAMARINI, 2004; MACEDO *et al*, 2007, LAVERICK *et al.*, 2008, CAVALCANTI; LIMA; LEITE, 2009, CARVALHO *et al.*, 2010). Entre os fatores que contribuem para a vitimização crescente por agressão são apontados o consumo abusivo de álcool e de drogas ilícitas, o comportamento agressivo nos centros urbanos, a facilidade de aquisição de armas de fogo e os problemas sociais, como a pobreza (BRASILEIRO; PASSERI, 2006; EGGENSPERGER *et al.*, 2007; LAVERICK *et al.*, 2008; LEE, 2009; LELES *et al.*, 2010, GANDHI *et al.*, 2011; CHALYA *et al.*, 2011 VAN DEN BERGH *et al.*, 2012).

Diferentes grupos sociais e etários são afetados por este problema, acarretando manifestações diversas. Entre homens e mulheres, a distribuição desigual dos traumatismos maxilofaciais sugere uma diferença de vitimização segundo o gênero, que pode ser explicada pelo padrão comportamental específico para ambos (SILVA, 2014).

Vários estudos apontam maior vitimização de homens (CARVALHO *et al.*, 2010, BUSINGER *et al.*, 2012, KISER *et al.*, 2013, SILVA *et al.*, 2014, FERREIRA *et al.*, 2014), com proporção homem/mulher variando de 2:1 a 32:1 (CHRCANOVIC *et al.*, 2012). Esta maior exposição tem sido atribuída a maior susceptibilidade a alterações de comportamento relacionadas a maior agressividade, condução negligente nas estradas, maior relutância ao uso de capacetes e à obediência aos limites de velocidade permitidos, tornando-se vulneráveis à violência interpessoal e aos acidentes de trânsito (BRASILEIRO; PASSERI, 2006; CHRCANOVIC, 2012).

Entretanto, há uma tendência em direção à relação mais igualitária na proporção de homens/mulheres afetados, sendo atribuído esse fato à mudança na força de trabalho, indicando uma participação crescente de mulheres (CHRCANOVIC, 2012). Outra razão para o aumento das lesões maxilofaciais em mulheres está associada à violência doméstica (AROSARENA, 2009; SADDKI *et al.*, 2010).

Os padrões dos mecanismos de agressão também variam de acordo com o gênero, um exemplo claro disso é que agressores do sexo masculino tendem a escolher armas contundentes para agredir outros, mas ao agredir mulheres usam seus punhos, cotovelos, pernas ou pés (BUSINGER *et al.*, 2012; EGGENSPERGER *et al.*, 2007). De modo que há um predomínio de fraturas maxilofaciais no sexo masculino (LELES *et al.*, 2010; ALLAREDDY *et al.*, 2011; CHALYA *et al.*, 2011; GHANDI *et al.*, 2011; SILVA *et al.*, 2011).

O fato da prevalência de fratura ser menor em mulheres é creditado ao seu comportamento mais conservador, envolvendo-se menos em atividades que exponham a acidentes, por exemplo (CHANDRA-SHEKHAR; REDDY, 2008).

Conhecer o padrão das lesões causadas por violência interpessoal viabiliza obter um diagnóstico do problema, que oriente o desenvolvimento de programas de prevenção e a análise de necessidades dos serviços de saúde, auxiliando processos de tomada de decisão quanto às políticas de saúde que visem minimizar a ocorrência deste tipo de violência (FERREIRA *et al.*, 2014).

Kiser *et al.* (2013) chamam atenção para estratégias de prevenção com base nos papéis sexuais, sobretudo quando a questão é a violência doméstica, indicando a necessidade de vários níveis de abordagens relacionadas às contradições de classe social, religião e cultura.

Tais aspectos podem ser considerados como causas subjacentes, negligenciadas para prevenção da violência, as quais podem estar relacionadas a identidades masculina e feminina que impliquem comportamentos de risco. Assim, estratégias de prevenção da violência urbana devem passar pelo reconhecimento da complexidade do tema, melhoria na qualidade das informações e pela elaboração de políticas públicas específicas e direcionadas aos grupos vulneráveis (SILVA *et al.*, 2014).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar série histórica da ocorrência de traumatismos maxilofaciais decorrentes de agressão conforme o gênero e os determinantes das diferenças constatadas, a partir de registros do Núcleo de Medicina e Odontologia Legal de Campina Grande-PB.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar tendências de vitimização conforme o gênero no período de janeiro de 2008 a dezembro de 2011;

Analisar comparativamente dados sociodemográficos constatados em vítimas do gênero masculino e feminino que possam ser determinantes para diferenças na ocorrência da violência interpessoal.

Reconhecer diferenças entre os gêneros na ocorrência de lesões em face decorrentes de violência interpessoal, relacionadas às circunstâncias do evento (violência familiar/comunitária, agressões nuas/instrumentalizadas, severidade das lesões);

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo/ coleta de dados

Trata-se de um estudo transversal retrospectivo, baseado na análise de registros de lesões corporais por agressão, arquivados em um Núcleo de Medicina e Odontologia Legal (NUMOL) situado em Campina Grande, Paraíba.

4.2 Campo de estudo

Conforme o mapa da violência 2012, no Brasil, há uma tendência à interiorização da violência, constatada a partir de finais da década de 90. Conforme esse documento, as grandes metrópoles do país deixaram de ser os motores impulsores da violência, trasladando-se para cidades do interior, de porte médio para baixo (WAISELFISZ, 2012).

Os dados utilizados nessa pesquisa foram coletados em um Núcleo de Medicina e Odontologia Legal situado no município de Campina Grande, o qual se enquadra em tal característica, destacando-se por integrar a unidade da federação cuja capital figura em segundo lugar no ranking nacional em crescimento de homicídios, segundo consta no mapa da violência 2012, o que evidencia um contexto de significativa importância.

O município de Campina Grande é considerado como um dos principais polos de desenvolvimento econômico do interior do país. Apresenta uma população de 379.871 habitantes e índice de desenvolvimento humano (IDH) de 0,72 (IPEADATA, 2014).

A partir da Lei Complementar nº 92 de 11 de dezembro de 2009, foi instituída a região metropolitana de Campina Grande, a qual além de abranger o município de mesmo nome também inclui os municípios de Lagoa Seca, Massaranduba, Alagoa Nova, Boqueirão, Queimadas, Esperança, Barra de Santana, Caturité, Boa Vista, Areial, Montadas, Puxinanã, São Sebastião da Lagoa de Roça, Fagundes, Gado Bravo, Aroeiras, Itatuba, Ingá, Riachão de Bacarmarte, Serra Redonda, Matinhas e Pocinhos (DOE, 2009).

O NUMOL sediado em Campina Grande recebe casos principalmente desses municípios, sendo também referência para outras regiões. É um órgão do Instituto de Polícia Científica, ligado à Secretaria de Segurança Pública e Defesa Social do Estado da Paraíba. Além de Campina Grande, em todo Estado existem outros três núcleos situados em João Pessoa, Guarabira e Patos.

4.3 Coleta de dados

Foram consultados os laudos do período compreendido entre os anos 2008 e 2011. Para coleta sistemática dos dados, foi elaborado um formulário com base nas informações contidas nesses laudos. Essa etapa viabilizou adequar a classificação das variáveis empregadas neste estudo aos registros contidos nesse documento. Três pesquisadores foram treinados previamente para proceder tal coleta, nessa ocasião foram discutidas e compreendidas as classificações adotadas.

Os dados foram extraídos das informações presentes no histórico da ocorrência e na descrição das lesões, ambos contidos no laudo de lesões corporais. A partir do acesso aos laudos, aprofundou-se o conhecimento do perfil das vítimas, analisado por meio dos dados sociodemográficos (idade, escolaridade, ocupação). Quanto ao perfil do agressor, foi possível coletar informações sobre o sexo e seu vínculo com a vítima (Companheiro/Namorado, ex-companheiro/ex namorado, familiar, conhecido, estranho), as quais constam no histórico da ocorrência.

No item circunstâncias da agressão, foram obtidas informações sobre as circunstâncias envolvidas, abrangendo violência intrafamiliar (violência por parceiro íntimo, de gênero, doméstica) e comunitária (assalto, conflitos armados, agressões praticadas por um desconhecido). Os dados da agressão foram consolidados nesses dois grupos em atenção à classificação preconizada pela OMS (2011), a qual define violência comunitária, violência entre indivíduos que não apresentam relação de parentesco e que podem ou não se conhecerem, e violência intrafamiliar, aquela praticada por um parceiro íntimo ou um membro da família.

O mecanismo empregado para produção das lesões foi registrado conforme a classificação utilizada por Rezende et al. (2007), configurando-se em agressões nuas, aquelas efetuadas pelo próprio corpo do agressor (chutes, empurrões, tapas),

e instrumentalizadas, quando houve emprego de arma de fogo, branca, pauladas ou pedradas e outros.

Na descrição dos ferimentos sofridos pelas vítimas, consta a indicação da região do corpo que foi atingida e os efeitos provocados. Para caracterização do tipo de lesão, foi adotada a classificação de Montovani et al. (2006) quando se tratava de fratura. Tal classificação estabelece que as fraturas envolvendo apenas um osso são consideradas como simples quando dois ou mais estavam fraturados caracterizou-e como múltipla. Para definição de tecido mole, foi considerada a classificação de Magnelo-Souza (2006), compreendendo as lacerações, as abrasões e a perda de substância.

4.4 Considerações éticas

A condução desse trabalho levou em consideração as duas determinações do Conselho Nacional de Saúde que vigoraram no período em que o estudo foi executado, as resoluções 196/96 e 466/12, que regulamentou e regulamenta, respectivamente, a ética na pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil. O estudo foi registrado no Sistema Nacional de Informação sobre Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (SISNEP), e submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba, sendo aprovado com o registro CAAE N° 02266.0.133.000-10 (Anexo A).

Considerando a inviabilidade da busca de assinatura dos termos de consentimento das vítimas de agressão, uma vez que muitos já não residem nos endereços dos laudos e outros se sentiriam invadidos na sua privacidade lembrando situações de conflito ocorridas tempos atrás, o projeto desta pesquisa foi encaminhado, junto com um de termo de responsabilidade do pesquisador, ao responsável pela guarda destes documentos, sendo obtida do dirigente da instituição a autorização para coleta e divulgação dos dados.

4.5 Análise estatística

Os dados foram analisados a partir das análises descritiva, bivariada, múltipla e análise de tendência, realizada por meio de modelos de regressão polinomial.

A análise descritiva envolveu a distribuição das variáveis por ano, em cada gênero. Para a análise bivariada, foi aplicado o teste qui-quadrado e o exato de Fisher, (quando as condições para a realização do teste qui-quadrado não fossem satisfeitas), sendo adotada a margem de erro de 5%. Nessa análise, foram selecionados apenas os casos de traumatismo maxilofacial, buscando relacionar diferenças estatisticamente significativas entre as vítimas do gênero masculino e feminino quanto à idade, nível de instrução, estado civil, ocupação, circunstâncias da agressão, gravidade das lesões e instrumento utilizado.

Na análise múltipla, foi adotada como variável dependente a presença ou não de lesão em face, duas modelagens foram produzidas, um modelo foi gerado selecionando-se os casos do gênero masculino e o outro foi produzido com vítimas do gênero feminino. Em cada modelo, partiu-se da estatística bivariada para reconhecer as variáveis a serem incluídas, adotando-se como critério a variável apresentar um $p \leq 0,20$. Os resultados foram analisados comparativamente.

A análise da tendência foi realizada por meio de modelos de regressão polinomial. O modelo polinomial tem como objetivo encontrar a curva que melhor se ajuste aos dados, de modo a descrever a relação entre a variável dependente Y (número de agressões) e a variável independente X (mês de estudo). Em outras palavras, visa encontrar a equação de regressão que melhor descreva a relação existente entre o tempo da ocorrência do evento e o número de agressões.

Foram testados os seguintes modelos de regressão polinomial em que os valores de Y's e do X's são as variáveis dependente e independente respectivamente e β_0 , β_1 , β_2 são os coeficientes de regressão.

a) linear (1a ordem): $Y = \beta_0 + \beta_1 X$

b) 2a ordem: $Y = \beta_0 + \beta_1 X + \beta_2 X^2$

c) exponencial: $Y = \beta_0 * \exp(\beta_1 * X) \Leftrightarrow \ln(y) = \ln(\beta_0) + (\beta_1 X)$

A escolha do melhor modelo foi determinada pela análise do diagrama de dispersão, a partir do valor do coeficiente de determinação R² (conforme se aproxima do valor 1, mais ajustado encontra-se o modelo) e da análise dos resíduos (suposição de homocedasticidade verdadeira).

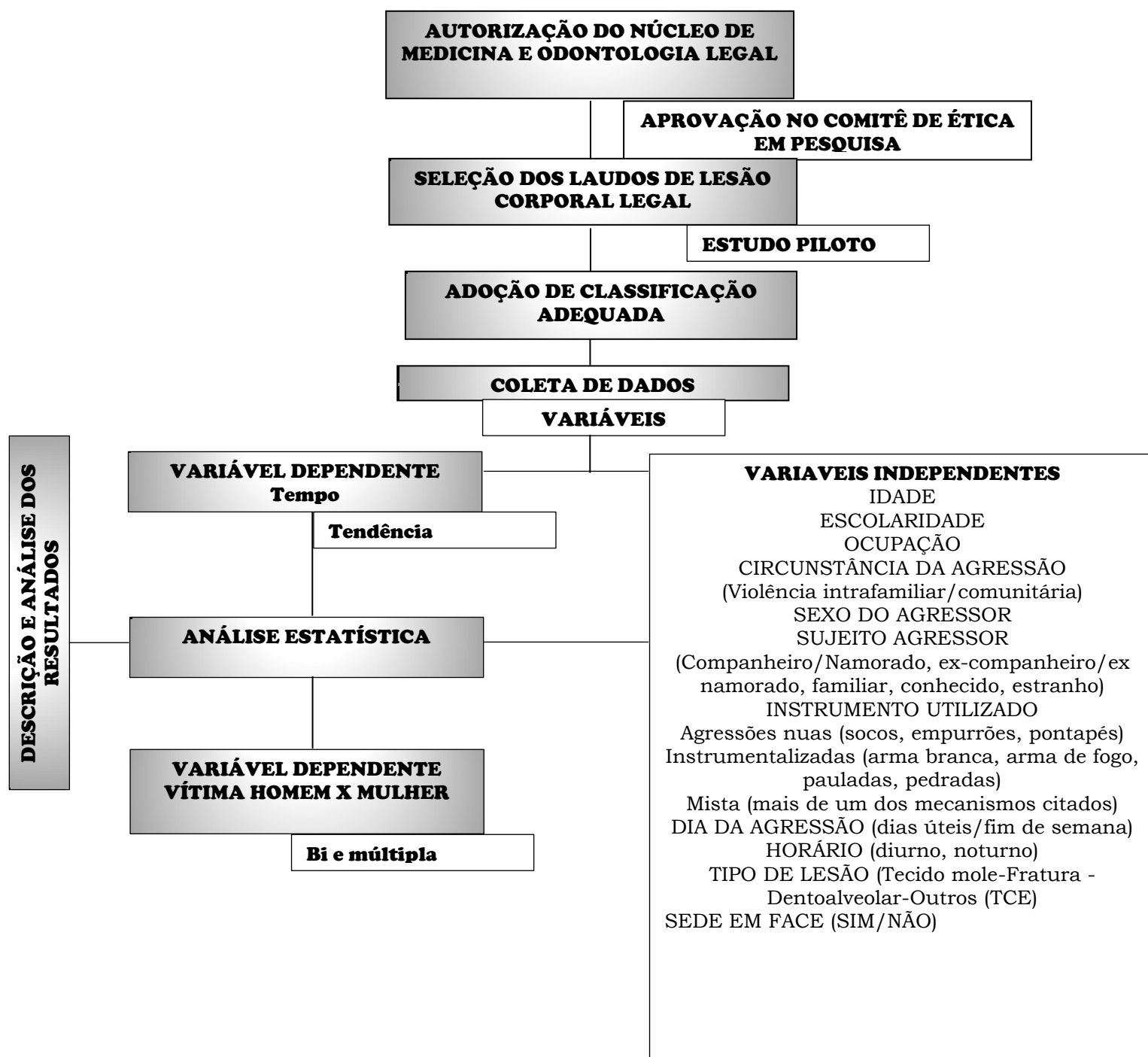
Quando dois modelos eram semelhantes, do ponto de vista estatístico, optou-se pelo modelo mais simples, ou seja, de menor ordem, com a preocupação de se evitar a correlação serial (entre os períodos – mês e mês). Entre os termos da

equação de regressão, decidiu-se não trabalhar com os valores de X e sim com o ponto médio da série histórica. Portanto, para o período compreendido entre janeiro de 2008 e dezembro de 2011, o termo (X – média dos 48 meses) representa a variável centralizada. Por exemplo, para o modelo linear, tem-se:

$$YT = \beta_0 + \beta_1 (X - \text{média})$$

O software utilizado para a análise dos dados foi o Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versão 18.0 (SPSS Inc., Chicago, USA).

4.6 ESQUEMA DO PERCURSO METODOLÓGICO



5 REFERÊNCIAS

Allareddy V, allareddy V, Nalliah RP. Epidemiology of Facial Fracture Injuries. *J Oral Maxillofac Surg.* 2011;69:2613-2618.

Amâncio L. "Gênero: representações e identidades", *Sociologia, Problemas e Práticas.* 1993;14:127-140.

Araujo MF. Diferença e igualdade nas relações de gênero: revisitando o debate. *Psicol. clin.* 2005;17(2):41-52.

Araújo MF. Gênero e violência contra a mulher: o perigoso jogo de poder e dominação. *Psicol. Am. Lat.* 2008;14.

Araujo MF, Schraiber LB, Cohen DD. Penetração da perspectiva de gênero e análise crítica do desenvolvimento do conceito na produção científica da Saúde Coletiva. *Interface (Botucatu).* 2011;15(38).

Arosarena OA et al. Maxillofacial Injuries and Violence Against Women. *Arch Facial Plast Surg.* 2009;11:48-52.

Bandeira L. Brasil: fortalecimento da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres para avançar na transversalização da perspectiva de gênero nas políticas públicas. *A pobreza e as políticas de gênero no Brasil, serie Mujer y desarrollo.* 2005;66.

Bandeira LM, Almeida TMC. A transversalidade de gênero nas políticas públicas. *Revista do Ceam.* 2013;2(1):35-46.

BRASIL. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes. Brasília, 2004.

BRASIL. Lei Maria da Penha. Lei N.º11.340, de 7 de Agosto de 2006.

Brasileiro BF, Passeri LA. Epidemiological analysis of maxillofacial fractures in Brazil: A 5-year prospective study. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.*2006;102:28-34.

Breilh J. El género entre fuegos: inequidad y esperanza. Quito: Centro de Estudios y Asesoría en Salud. 1996.

Brito J. Enfoque de gênero e relação saúde/trabalho no contexto da reestruturação produtiva e precarização da pobreza. *Cadernos de Saúde Pública.* 2004;16:195-20.

Buss PM, Pellegrini Filho A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis.* 2007; 17(1):77-93.

Businger AP et al. Cranio-maxillofacial injuries in victims of interpersonal violence: data from a Swiss university hospital. *The European Journal of Medical Science. Swiss Med Wkly.* 2012,oct 9; 142:w13687.

Caldas IM, Magalhães T, Afonso A, Matos E. The consequences of orofacial trauma resulting from violence: a study in Porto. *Dental Traumatology.* 2010;26:484–489.

Camarini ET et al. Estudo epidemiológico dos traumatismos bucomaxilofaciais na região metropolitana de Maringá-PR entre os anos de 1997 e 2003. *Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-Fac.* 2004;4:131-5.

Carvalho TBO, Cancian LRL, Marques CG, Piatto VB, Maniglia JV, Molina FD. Seis anos de atendimento em trauma facial: análise epidemiológica de 355 casos. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2010;76(5):565-74.

Cavalcanti AL, Lima IJD, Leite RB. Perfil dos Pacientes com Fraturas Maxilo-Faciais. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr.* 2009;9(3):339-345.

Cavalcante GMS. Traumas bucomaxilofaciais por agressão em Campina Grande - PB: o gênero como categoria de análise. 2011. 85 p. Dissertação (Mestrado em odontologia) – Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2011.

Chalya PL et al. Etiological spectrum, injury characteristics and treatment outcome of maxillofacial injuries in a Tanzanian teaching hospital. *J T M O.* 2011;5:7.

Chandra – Shekar BR, Reddy CA. five-year retrospective statistical analysis of maxillofacial injuries in patients admitted and treated at two hospitals of Mysore city. *Indian J Dent Res.* 2008;19:304-8.

Chrcanovic BR. Factors influencing the incidence of maxillofacial fractures. *Oral Maxillofac Surg.* 2012;16:3–17.

Chiaperini A, Bérnago AL, Bregagnolo LA, Bregagnolo J.C, Watanabe MGC, Da Silva RHA. Danos bucomaxilofacias em mulheres: registros do Instituto Médico-Legal de Ribeirão Preto (SP), no período de 1998 a 2002. *Rev. odonto ciênc.* 2009;24(1):71-76.

Costa MMM; Porto RTC. A incorporação da transversalidade nas políticas públicas voltadas a questão de gênero: (re)vindicando o espaço pelo empoderamento e a emancipação social. *Revista Brasileira de Direito.* 2012;8(2).

Cunha DBD. Violência e droga: a dinâmica simbólica do desejo. In: LEAL, C.B. PIEDADE JUNIOR, Heitor. violência e vitimização: a face sombria do cotidiano. Belo Horizonte: Del Rey, 2001.

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

Dahlberg L, Krug E. Violência: um problema Global de saúde pública. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2007;11:1163-1178.

Deslandes SF, Gomes R, Silva CMFP. Caracterização dos casos de violência doméstica contra a mulher atendidos em dois hospitais públicos do Rio de Janeiro. *Cad. Saúde Pública*. 2000;16(1):129-137.

D'oliveira AFPL et al. Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero: uma alternativa para a atenção primária em saúde. *Ciênc. saúde coletiva*. 2009;14(4):1037-1050.

Eggensperger N et al. A 3-year survey of assault-related maxillofacial fractures in central Switzerland. *J Craniomaxillofac Surg*. 2007;35:161–167.

Engels F. (1964). El origen de la familia, de la propiedad privada e del estado. Buenos Aires: Claridad. (Original publicado em 1884).

Ferreira V. A globalização das políticas de igualdade entre os sexos. In: Tavares , Tereza; Ferreira, Virgínia (Org.). Políticas de igualdade. Ex Aequo (Revista da Associação Portuguesa de Estudo sobre as Mulheres),Coimbra, n. 2/3, 2000.

Ferreira MC et al. Pattern of oral–maxillofacial trauma stemming from interpersonal physical violence and determinant factors. *Dent Traumatol*. 2014;30:15-21.

Fonseca RMGS. Espaço e gênero na compreensão do processo saúde-doença da mulher brasileira. *Rev. latino-am. Enfermagem*. 1997;5(1):5-13.

Fonseca RMGS. Equidade de gênero e saúde das mulheres. *Rev. Esc Enferm US*. 2005;9(4):450-459.

Freud S. Totem y tabu. *Obras Completas*. (Vol. II, pp.511-600). Madrid: Nueva, 1967 (Original publicado em 1912)

Gandhi S et al. Pattern of maxillofacial fractures at a tertiary hospital in northern India: a 4-year retrospective study of 718 patients. *Dent Traumatol*. 2007;27:257–262.

Garbin CAS, Garbin AJI, Dossi AP; Dossi MO. Violência doméstica: Análise das lesões em mulheres. *Cad. Saúde Pública*. 2006;22(12):2567-2573.

Garbin CAS et al. A importância da descrição de lesões odontológicas nos laudos médico-legais. *RPG Rev Pós Grad.* 2008;15:59-64.

Garcia MV, Ribeiro LA, Jorge MT, Pereira GR, Resende AP. Caracterização dos casos de violência contra a mulher atendidos em três serviços na cidade de Uberlândia, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2008;24(11):2551-2563.

Guedes RN, Silva ATMC, Fonseca RMGS. A violência de gênero e o processo saúde doença das mulheres. *Esc. Anna Nery.* 2009; 3(3): 625-631.

Kiser M. Sex Differences in Interpersonal Violence in Malawi: Analysis of a hospital-Based Trauma Registry. *World J Surg.* 2013; 37: 2972–2978.

Kristensen CH, Lima JS, Ferlin M, Flores RZ, Hackmann PH. Fatores etiológicos da agressão física: uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia.* 2003; 8(1): 175-184.

Laverick S, Patel N, Jones DC. Maxillofacial trauma and the role of alcohol. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2008; 46: 542-6.

Le BT et al. Maxillofacial injuries associated with domestic violence. *J Oral Maxillofac Surg.* 2001;59: 1277-83.

Lee K. Trends of alcohol involvement in maxillofacial trauma. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2009; 107: e9-e13.

Leles JLR et al. Risk factors for maxillofacial injuries in a Brazilian emergency hospital sample. *J Appl Oral Sci.* 2010; 18: 23-9.

LIMA, D.C.; B, F.; C, D.A. Homens, Gênero e Violência contra a Mulher. *Saúde Soc.* 2008 17(2): 69-81.

Lin S, Levin L, Goldman S, Peleg K. Dento-alveolar and maxillofacial injuries: a 5-year multi-center study. Part 1: General vs facial and dental trauma. *Dental Traumatology.* 2008a; 24: 53–55.

Lin S, Levin L, Goldman S, Sela G. Dento-alveolar and maxillofacial injuries: a 5-year multi-center study. Part 2: Severity and location. *Dental Traumatology.* 2008b; 24: 56–58.

Lucas L, Hoff T. Formas sutis de dominação hierarquizada: Corpo e feminização da pobreza. *Ex aequo.* 2008; (17): 133-154.

Macedo JLS, Camargo LM, Almeida PF, Rosa SC. Mudança etiológica do Trauma de Face de pacientes atendidos no Pronto Socorro de Cirurgia Plástica do Distrito Federal. *Rev. Soc. Bras. Cir. Plást.* 2007; 22(4): 209-12.

Macedo JLS et al. Perfil epidemiológico do trauma de face dos pacientes atendidos no pronto socorro de um Hospital Público. Rev Col Bras Cir. 2008; 35: 9-13.

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

Medrado EGB. HOMENS, Violência de Gênero e Atenção Integral em Saúde. Psicologia & Sociedade. 2009; 21(1): 25-34.

Mello Filho FV, Ricz H. Epidemiological modifications of facial trauma and its implications. Braz J Otorhinolaryngol. 2014; 80(3): 187-188.

Mendes DD, Mari JJ, Singer M, Barros G M, Mello AF. Estudo de revisão dos fatores biológicos, sociais e ambientais associados com o comportamento agressivo. Rev. Bras. Psiquiatr. 2009 Oct; 31(Suppl 2): S77-S85.

Minayo MCS, SOUZA ER. de: 'Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva'. História, Ciências, Saúde— Manguinhos. 1997; 6 (3): 513-531.

Minayo MCS. A difícil e lenta entrada da violência na agenda do setor saúde. Cad. Saúde Pública. 2004; 20(3): 646-647.

Minayo MCS. Laços perigosos entre machismo e violência. Ciência & Saúde Coletiva. 2005; 10 (1): 23-26

Minayo MCS. A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica Ciência & Saúde Coletiva. 2007; 11: 1259-1267.

Minayo MCS. Violência e Saúde. Rio de Janeiro: Editora Fio Cruz, 2010. 132 p.

Montovani JC, Campos LMP, Gomes MA, Moraes VRS, Ferreira FD, Nogueira EA. Etiologia e incidência das fraturas faciais em adultos e crianças: experiência em 513 casos. Rev Bras Otorrinolaringol. 2006; 72(2): 235-41.

Novellino MS. Os Estudos sobre feminização da pobreza e políticas públicas para mulheres, Trabalho apresentado no XIV Encontro Nacional de Estudos Populacionais, set 29-03 out, Caxambu- MG, 2004.

Paim JS, Costa HOG, Vilas Bôas ALQ. Política pública e controle da violência: um estudo de caso na cidade de Salvador, Bahia, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2009;25 (3): 485-494.

Palma A, Mattos UAO. Contribuições da ciência pós-normal à saúde pública e a questão da vulnerabilidade social. Rio de Janeiro: Hist.cienc.saude-manguinhos. 2011; 8(3): 567-590.

Pereira RS, Silva KP, Ciriaco CD, Rambla X. Transversalidade de gênero e políticas sociais no orçamento do estado de Mato Grosso. Rev. Estud. Fem. 2010; 18(2):425-450. ISSN 0104-026X

Peres MFT. Violência e saúde no Brasil. In: Mello M.F; Bressan, R.A; Andreoli S.B; Mari J.J. Transtorno de estresse pós-traumático – diagnóstico e tratamento. Barueri, São Paulo; 2006.

Ramli R, Rahman NA, Rahman RA, Hussaini HM, Hamid ALA. A retrospective study of oral and maxillofacial injuries in Seremban Hospital, Malaysia. Dental Traumatology. 2011; 27:122–126.

Rezende EJC, Araújo TM, Moraes MAS, Santana JSS, Radicchi R. Lesões buco-dentais em mulheres em situação de violência: um estudo piloto de casos periciados no IML de Belo Horizonte, MG. Rev Bras Epidemiol. 2007; 10 (2): 202-14.

Rodríguez MS. Estrategias para enfrentar la violencia contra las mujeres: reflexiones feministas desde América Latina. Athenea Digital: revista de pensamiento e investigación social. 2008; 14: 215-228.

Roselino LMR, Bregagnolo LA, Pardinho MABS et al. Danos buco-maxilo-faciais em homens da região de Ribeirão Preto (SP) entre 1998 e 2002. Odontologia, ciência e Saúde – Revista CROMG. 2009; 10 (2): 71-7.

Saddki N, Suhaimi AA, Daud R. Maxillofacial injuries associated with intimate partner violence in women. BMC Public Health. 2010; 10: 268-73.

Saffioti HIB. Contribuições feministas para o estudo da violência de gênero. Cad. Pagu, 2001; (16): 115-136.

Saffioti HIB. Gênero, patriarcado, violência. 1ªed. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2004, 151p.

Saffioti HIB. Ontogênese e filogênese do gênero: ordem patriarcal de gênero e a violência masculina contra mulheres. Série Estudos e Ensaios / Ciências Sociais / FLACSO-Brasil - junho /2009.

Schraiber LB, D'oliveira AFPL, França-Junior I, Pinho AA. Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. Rev Saúde Pública. 2002;36(4):470-7.

Schraiber LB, D'oliveira AFPL, Couto MT. Violência e saúde: contribuições teóricas, metodológicas e éticas de estudos da violência contra a mulher. *Cad. Saúde Pública* 2009; 25 (Sup 2): S205-S216.

Schraiber LB et al. Violência de gênero no campo da Saúde Coletiva: conquistas e desafios. *Ciênc. saúde coletiva*. 2009;14(4): 1019-1027.

Scott JW. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Revista Educação & Realidade*. 1995; 20(2).

Silva CJP et al. 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*. 2011; 19:33 – 40.

Silva CJP et al. Traumatismos maxilofaciais como marcadores de violência urbana: uma análise comparativa entre gêneros. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2014; 19(1): 127-136.

Souza ER, Lima MLC. Panorama da violência urbana no Brasil e suas capitais. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2007; 11: 1211-1222.

Tham RCA, Calache E, Cassell H. Traumatic orodental injuries and the development of an orodental injury surveillance system: a pilot study in Victoria, Australia. *Dental Traumatology*. 2009; 25: 103–109.

Van Den Bergh B et al. Aetiology and incidence of maxillofacial trauma in Amsterdam: A retrospective analysis of 579 patients. *Journal of Cranio-Maxillo-Facial Surgery*. 2012;40:e165 - e169.

Vieira-Da-Silva LM, Almeida Filho N. Equidade em saúde: uma análise crítica de conceitos. *Cad. Saúde Pública*. 2009; 25 Sup 2:S217-S226.

Vilela W, Monteiro S, Vargas E. A incorporação de novos temas e saberes nos estudos em saúde coletiva: o caso do uso da categoria gênero. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2009; 14 (4): 997-1006.

Vlassoff C. Gender Differences in Determinants and Consequences of Health and Illness. *J Health Popul Nutr*. 2007; 25 (1): 47-61.

Whitehead M. The concept and principles of equity and health. Washington DC: Pan American Health Organization; 1991.

World Health Organization. Word report on violence and health. Geneva: World Health Organization; 2011 [cited 2012 Jan 17]. Available from: http://www.who.int./violence_injury_prevention/violence/word_report/en/.

Wong JYH, Choi AW, Fong DY, Wong JK, Lau C, Kam C. Patterns, aetiology and risk factors of intimate partner violence-related injuries to head, neck and face in Chinese women. *BMC Women's Health*. 2014;14(1): 1-9.

Wulkan M, Parreira JRJG, Botter DA. Epidemiologia do trauma facial. *Rev Assoc Med Bras*. 2005; 51(5): 290-5.

Zioni F, Westphal MF. O enfoque dos determinantes sociais de saúde sob o ponto de vista da teoria social. *Saude soc*. 2007;16(3): 26-34.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este capítulo apresenta os resultados e a discussão da tese em formato de artigo científico, de acordo com as normas de submissão dos periódicos escolhidos. Em anexo são apresentadas as normas de submissão de cada periódico.

Artigo 1:

“Victimization trends according to gender in interpersonal violence registered at a Brazilian forensic institute” -

Artigo 2:

“Violência interpessoal e a transversalidade de gênero: análise dos determinantes sociais envolvidos na vitimização por agressão” - Revista Saúde e Sociedade.

Artigo 3:

“Lesões faciais e a questão de gênero: expressões da violência no nordeste brasileiro” - Revista Brasileira de Epidemiologia

ARTIGO 3

**Violence Against women
(NORMA ANEXO C)**

Violence Against Women

Victimization trends according to gender in interpersonal violence registered at a Brazilian forensic institute

Journal:	<i>Violence Against Women</i>
Manuscript ID:	VAW-15-05-0003
Manuscript Type:	Research Article
Keywords:	violence, gender, trends

SCHOLARONE™
Manuscripts

**VICTIMIZATION TRENDS ACCORDING TO GENDER IN
INTERPERSONAL VIOLENCE REGISTERED AT A BRAZILIAN FORENSIC
INSTITUTE**

ABSTRACT

The aim of the present study was to analyze victimization trends in interpersonal violence between 2008 and 2011. A retrospective study was conducted with the records of 4795 of non-lethal injuries stemming from acts of aggression registered at a forensic medicine and dentistry institute. The data were analyzed using a polynomial regression model. A better fit of the quadratic model was found. An increase of 0.001 per month, was statistically significant only for the female gender ($p = 0.004$). The increased risk of violence against women underscores the need for more effective protection policies that address social inequities.

Keywords: Violence, Aggression, Injury, Epidemiology.

INTRODUCTION

Throughout the world, more than five million individuals die due to accidental and intentional injuries from external causes every year. It is estimated that 1.6 million of these injuries stem from acts of intentional violence (Holder, Peden, Krug, Lund, Gururaj, & Kobusingye, 2001). Besides being one of the major causes of death among individuals aged 15 to 44 years, acts of violence also result in millions of non-lethal injuries (WHO, 2010; Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi, & Lozano, 2002). Indeed, violence is considered a priority issue for vulnerable groups, such as women, children and the poor (Mercy, Butchart, Rosenberg, Dahlberg, & Harvey, 2008).

The vulnerability of the female gender is closely related to socially imposed inequalities that determine differences in access to education and health care, labor

Violence Against women

1
2
3
4 opportunities, income and political representation (WHO, 2009). Understanding gender-
5
6 based violence goes beyond differences between the sexes and involves the way aspects
7
8 of gender exert an influence on violence practiced against women and men (Russo &
9
10 Pirlott, 2006)

11
12 With regard to interpersonal violence, there is a scarcity of data on non-fatal
13
14 outcomes. This has led to the use of estimates to evaluate the problem, which indicate
15
16 the loss of 0.2% of disability-adjusted life years due to acts of aggression (WHO, 2010;
17
18 Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi, & Lozano, 2002; Waters, Hyder, Rajkotia, Basu, Butchart,
19
20 2005). Studies on violence are often based on cases of hospitalization (Estrada, 2006).
21
22 However, injuries that are not life threatening and do not require internment are not
23
24 identified in this fashion (Gulliver, Langley, & Cryer, 2013). Records of bodily injuries
25
26 caused by intentional acts of aggression constitute an important source of information
27
28 for gauging the extent of the problem (Aebi et al., 2010).
29
30
31

32
33 The aim of the present study was to identify trends in interpersonal violence
34
35 based on records of bodily injuries caused by acts of aggression practiced against men
36
37 and women registered at a Brazilian forensic institute between 2008 and 2011.
38
39
40

41 METHODS

42
43 A retrospective study was conducted with the records of 386
44
45 of injuries
46
47 stemming from acts of aggression registered at a forensic medicine and dentistry
48
49 institute in northeastern Brazil between January 2008 and December 2011. The study
50
51 area was the micro-region of Campina Grande in the state of Paraíba, which has a
52
53 moderate level of violence that has increased with the growth in the population. In
54
55 2010, the state of Paraíba was sixth in the ranking of most violent Brazilian states and
56
57 its capital (João Pessoa) was ranked as the second most violent in the country. The
58
59
60

Violence Against women

1
2
3
4 recent increase in homicide rates in instate regions (8% annually) and decrease in
5
6 capital cities and metropolitan regions demonstrate a strong tendency toward the
7
8 movement of violence to regions such as the study area of the present investigation
9
10 (Waiselfisz, 2012a).
11

12
13 The data employed in this study correspond to information on bodily injuries
14
15 registered at a forensic institute. A chart was designed specifically to ensure the
16
17 systematic inclusion of the data contained in these documents. The figures on the
18
19 victimization of males and females were corrected based on population estimates
20
21 produced annually by the Brazilian Institute of Geography and Statistics.
22

23
24 Trend analysis was used to evaluate the data, with the creation of polynomial
25
26 regression models, the aim of which is to find the curve that best fits the data and
27
28 describes the relationship between number of aggressions (dependent variable) and
29
30 month of the study (independent variable). Such analysis allows determining the
31
32 regression equation that best describes the relationship between the time of occurrence
33
34 of an event and the aggression coefficient. The following polynomial regression models
35
36 were tested, in which Y and X are respectively the dependent and independent variables
37
38 and β_0 , β_1 and β_2 are the regression coefficients:
39

40
41 a) linear (1st order): $Y = \beta_0 + \beta_1 X$
42

43
44 b) 2nd order: $Y = \beta_0 + \beta_1 X + \beta_2 X^2$
45

46
47 c) exponential: $Y = \beta_0 * \exp(\beta_1 * X) \Leftrightarrow \ln(y) =$
48
49 $\ln(\beta_0) + (\beta_1 X)$
50
51

52
53 The choice of the best model was determined by the analysis of the dispersion
54
55 plot based on the coefficient of determination (R^2), for which values closer to one
56
57 indicate better goodness of fit, and the analysis of residuals (supposition of true
58
59 homocedasticity). When two models were similar from the statistical standpoint, the
60

Violence Against women

1
2
3
4 simpler model (lower order) was chosen to avoid a serial correlation between periods
5
6 (months). Moreover, the decision was made not to work with X values, but rather the
7
8 midpoint of the historical series. Therefore, for the period between January 2008 and
9
10 December 2010, the X term (mean: 48 months) represents a centralized variable. For
11
12 example, we have the following for the linear model:
13

$$14 \quad YT = \beta_0 + \beta_1 (X - \text{mean})$$

15
16
17
18 The Statistical Package for Social Sciences (SPSS, version 18.0 SPSS Inc.,
19
20 Chicago, USA) was used for the data analysis.
21

RESULTS

22
23
24
25 The curve of cases of aggression in the period analyzed indicates similar
26
27 victimization between men and women. However, greater variation was found for the
28
29 figures regarding the female gender (Figure 1). Table 1 displays the number of cases
30
31 registered each month and the respective coefficient for each gender.
32

33
34 A decrease in mean figures occurred in 2009 in comparison to 2008, with a
35
36 subsequent increase in 2010 and higher figures in 2011 than at the beginning of the time
37
38 series. The mean figures were higher for the female gender, with the greatest gender
39
40 difference occurring in 2009 (Table 2).
41

42
43 Based on the dispersion diagram (Figure 2) and the coefficient of determination,
44
45 a better fit of the quadratic model was found, especially with regard to victimization of
46
47 the female gender, explaining 23% of the variation in the aggression coefficient among
48
49 women. The analysis of the aggression coefficient trend revealed an increase of 0.001
50
51 per month, which was statistically significant only for the female gender ($p =$
52
53 0.004), although not constant (Table 3).
54
55
56
57
58
59
60

DISCUSSION

In Brazil, gender differences are more accentuated with regard to violence than other aspects of morbidity, as measured by the demand for healthcare services and population surveys (Laurenti, Jorge, & Gotlieb, 2005). In contrast to the present findings, a previous study on non-lethal violence based on hospitalizations stemming from acts of aggression found that males accounted for the vast majority of cases (84.5%) (Souza, 2005). Gender differences are also found in estimates from the World Health Organization, which reports that twice as many males are victims of homicides in comparison to females (WHO, 2005).

Although data from a study by the Brazilian Institute of Geography and Statistics entitled “Characteristics of Victimization and Justice in Brazil 2009” demonstrate that acts of physical aggression were more frequently practiced against males than females (1.8 and 1.3%, respectively), an increase in the victimization of women is evident when comparing the data to the survey conducted in 1998 (Brasil, 2010). The present findings are in agreement with this trend, demonstrating a significant increase in violence against women, whereas violence against men has remained relatively stable.

A study on trends in interpersonal violence conducted in Denmark based on hospitalizations found no evidence of an increase in incidence between 1991 and 2002 and the annual incidence of violence against males was three times higher than violence against females (9.9 and 3.4 per 100 thousand inhabitants/year, respectively). Nonetheless, the authors found no significant change in the incidence of violence against males in different age groups, whereas the annual incidence of violence against

Violence Against women

1
2
3
4 females increased, especially among those aged 15 to 24 years (Faergemann, Lauritsen,
5
6 Brink, & Skov, 2007).

7
8 In Switzerland, no significant increase in hospitalizations due to interpersonal
9
10 violence occurred between 2000 and 2010 and most victims were male (92%) (Clément
11
12 et al, 2012). A tendency toward stability was also found in a study conducted in
13
14 Scandinavia, where 90,000 occurrences were recorded from 1974 to 2002, with
15
16 hospitalizations due to violence more numerous in the 1970s and 90s and less numerous
17
18 in the 1980s (Estrada, 2006). In England and Wales, the annual injury rate was
19
20 estimated at 6.5 per 1000 inhabitants, with a 3% annual reduction in violence against
21
22 both genders between 2005 and 2009 (Sivarajasingam, Page, Morgan, Matthews,
23
24 Moore, & Shepherd, 2014).
25
26
27

28 In high-income countries, mortality rates are available, whereas data on non-
29
30 fatal acts of interpersonal violence are scarce (Krug, Dahlberg, Mercy, & Zwi, 2002). In
31
32 the United States, the rate of registered homicides diminished drastically from 9.3 per
33
34 100 thousand inhabitants in 1992 to 4.8/100.000 in 2010, with male homicides going
35
36 from 16.1 per 100 thousand inhabitants in 1991 to 8.5/100.000 in 2008 and female
37
38 homicides going from 4.5 to 2.3/100.000 (Fox & Zawitz, 2010). A retrospective study
39
40 based on data from a forensic unit on the eastern coast of Norway reports a reduction in
41
42 the homicide rate from 0.99 in 1990 to 0.68 in 2009, with males accounting for two out
43
44 of every three victims between 1985 and 1994, whereas the number of male victims
45
46 began to decrease beginning in 1995, while the number of female victims increased
47
48 until reaching more equal rates (Kristoffersen, Lilleng, Mæhle, & Morild, 2014). A
49
50 greater percentage of female victims of considering homicides and suicides has also
51
52 been reported for Italy, using data from large newspapers in the country between 1985
53
54 and 2008 (Roma, Spacca, Pompili, Lester, Tatarelli, Girardi, & Ferracuti, 2014).
55
56
57
58
59
60

Violence Against women

1
2
3
4 In Brazil, the homicide rate went from 11.7/100 thousand inhabitants in 1980 to
5
6 26.2 in 2010, which is an increase of 124% in the period (2.7% per year). Up to 2003,
7
8 the rate increased to 4.4% per year, with a general decrease of 1.4% per year between
9
10 2003 and 2010, including significant reductions between 2004 and 2005 and fluctuating
11
12 figures throughout the rest of the period. At the turn of the century, the homicide rate
13
14 were nearly the same as in 2010 (26 homicides per 100 thousand inhabitants),
15
16 demonstrating stagnation, but continued high, worrisome figures (Waiselfisz, 2012a).
17
18

19 A previous study conducted in Brazil reports that the risk of death by homicide
20
21 is 12-fold greater for males than females (Soares Filho et al, 2007). There was a
22
23 decreasing trend of homicides practiced against women soon after the introduction of
24
25 Law 11.340/06, denominated the Maria da Penha Law, the principal aim of which is to
26
27 combat domestic violence through the punishment of aggressors (Brasil, 2006).
28
29 However, a rapid increase in figures occurred in the following years, reaching
30
31 4.6/100.000 in 2010 (Waiselfisz, 2012b). The greater prevalence rate of female victims
32
33 in Italy and the increase in homicides practiced against females in Norway and Brazil
34
35 are in agreement with the increasing trend in acts of aggression against women reported
36
37 in the present investigation. This demonstrates the ineffectiveness of the Maria da Penha
38
39 Law when taken separately from structural issues that reproduce or amplify
40
41 asymmetries between the genders.
42
43
44
45

46 Around the world, women's movements directed at gaining better living
47
48 conditions and access to the same opportunities as men have demanded more decisive
49
50 actions, with commitments on the parts of governments pledged at successive
51
52 conferences related to women's human rights, such as the Convention for the
53
54 Elimination of All Forms of Discrimination Against Women (1979), the World
55
56 Conference on Women in Nairobi (1985), the Beijing Conference (1995) and Beijing +5
57
58
59
60

Violence Against women

1
2
3
4 (2000). However, this commitment has not been fulfilled, especially with regard to
5
6 gender mainstreaming, which is understood as the commitment to overcome gender
7
8 asymmetries and establish more democratic, inclusive governability for women (Brasil,
9
10 2005). Women remain an evident disadvantaged group with regard to job markets, court
11
12 decisions, vulnerability to domestic violence and the accumulation of non-paid activities
13
14 (Lovell, 2000). Considering the high mortality rate of women due to acts of aggression,
15
16 it is necessary to take steps to diminish structural abuse in order to protect the female
17
18 gender from violence (Meneghel & Hirakata, 2011).
19
20

21
22 The follow up of women in situations of violence should go beyond biological
23
24 issues to encompass social, economic, cultural, psychological and environmental
25
26 aspects. This new vision should be directed at breaking from the conservative
27
28 standpoint that reinforces socially established roles and employing subjective
29
30 approaches that are based on dialog and the establishment of healthy ties (Signorelli,
31
32 Auad, & Pereira, 2013). Dutra, Prates, Nakamura and Villela (2013) addressed the latter
33
34 issue in a study that identified the restricted social network of women in situations of
35
36 violence. The majority of women recognized that their social network did not represent
37
38 a threat to their partners' power and, due to its fragility, did not offer support when
39
40 needed. As situations of violence are part of a culture that reproduces relationships of
41
42 subordination, the actions of women and other actors involved in their social networks
43
44 should be taken into consideration during the formulation of public policies directed at
45
46 this issue.
47
48
49

50
51 Although gender equality and the empowerment of women seem to be
52
53 unquestionable goals for international development agencies, further studies are needed
54
55 to analyze the impact of gender hierarchies and structural inequality around the world
56
57 (Parpart, 2014). There is an evident gap between promises and actions. Considering its
58
59
60

Violence Against women

1
2
3
4 importance to empowerment and overcoming poverty, gender mainstreaming should be
5
6 implemented so that social inequities related to gender can be overcome and male
7
8 supremacy can be minimized. This is the only way to ensure that gender equality is an
9
10 achievable goal and social justice is applicable to both men and women.
11

12
13 The present study has limitations due to its retrospective design and the use of
14
15 secondary data. Under-notification is a real possibility in studies of this nature and
16
17 incomplete records compromise the full understanding of cases, leading to the loss of
18
19 information and difficulties in the consolidation of the findings. With regard to the
20
21 gender issue, even when epidemiological findings are imbued with meaning, a more in-
22
23 depth study is needed to gain a better understanding of the factors implied in gender
24
25 differences. Nonetheless, the present data can be used for a quantitative evaluation of
26
27 the current situation of violence that both men and women face.
28
29
30
31

REFERENCES

32
33
34
35
36

- 37
38 1. Aebi, M.F., Aubusson de Cavarlay, B., Barclay, G., Gruszczyńska, B.,
39 Harrendorf, S., Heiskanen, M., Vasilika, H., Jaquier, V., Jehle, J.M., Killias, M.,
40 Shostko, Smit P., & Þórisdóttir. (2010). European Sourcebook of Crime and
41 Criminal Justice Statistics (Fourth Edition). (The Hague: Bibliothek WODC).
42
- 43 2. Brasil. (2010). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional
44 por Amostra de Domicílios. Características da vitimização e do acesso à justiça
45 no Brasil. [internet]. Rio de Janeiro: [cited 2014 April 15]. Available from:
46 [http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/monografias/GEBIS%20-
47 %20RJ/pnadvitimizacao.pdf](http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/monografias/GEBIS%20-%20RJ/pnadvitimizacao.pdf)
48
49
- 50 3. Brasil. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as
51 Mulheres. Política Nacional de enfrentamento à Violência contra a mulher.
52 [Internet]. Brasília: [cited 2014 dec 22]. Available from:
53 http://www.campanhaponfinal.com.br/download/informativo_03.pdf
54
55
- 56 4. Brasil. (2005). Fortalecimento da Secretaria Especial de Políticas para as
57 Mulheres avançar na transversalidade da perspectiva de gênero nas Políticas
58 Públicas. [internet]. Brasília: [cited 2014 Dec 02]. Available from:
59
60

Violence Against women

http://portal.mte.gov.br/data/files/FF8080812BAFFE3B012BCB0932095E3A/integra_public_lourdes_bandeira.pdf.

5. Clément, N., Businger, A., Lindner, G., Müller, W.P., Hüsler, J., Zimmermann H., & Exadaktylos, A.K. (2012). Temporal factors in violence related injuries— An 11 year trend analysis of violence-related injuries from a Swiss Emergency Department. *Wien Klin Wochenschr*, 124:830–833.
6. Dutra, M.L., Prates, P.L., Nakamura, E., Villela, W.V. (2013). The configuration of the social network of women living in domestic violence situations. *Ciênc. saúde coletiva*, 18: 1293-1304.
7. Estrada, F. (2006). Trends in violence in Scandinavia according to different indicators. *British journal of criminology*, 46: 486-504.
8. Faergemann, C., Lauritsen, J.M., Brink, O., & Skov, O. (2007). Trends in deliberate interpersonal violence in the Odense Municipality, Denmark 1991–2002. The Odense study on deliberate interpersonal violence. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 14: 20–26.
9. Fox, J.A., & Zawitz, M.W. (2010). *Homicide trends in the United States*. Bureau of Justice Statistics.
10. Gulliver, P., Langley, J., & Cryer, C. (2013). Monitoring Trends in Violence: A Delayed Response to Estrada. *J Interpers Violence*, 28: 3129.
11. Holder, Y., Peden, M., Krug, E., Lund, J., Gururaj, G., & Kobusingye, O. (2001) Injury surveillance guidelines. Geneva: World Health Organization.
12. Kristoffersen, S., Lilleng, P.K., Mæhle, B.O., & Morild, I. (2014). Homicides in Western Norway, 1985–2009, time trends, age and gender differences. *Forensic Science International*, 238: 1–8.
13. Krug, E.G., Dahlberg, L.L., Mercy, J.A., Zwi, A.B., & Lozano, R., editors. (2002). *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization.
14. Laurenti, R., Jorge, M.H.P.M., & Gotlieb, S.L.D. (2005). Epidemiological profile of men: morbidity and mortality. *Ciênc. saúde coletiva*, 10: 35-46.
15. Lovell, P.A. (2000). Gender, Race, and the Struggle for Social Justice in Brazil. *Latin American Perspectives*. 27: 85-102.
16. Meneghel, S.N., & Hirakata V.N. (2011). Femicides: female homicide in Brazil. *Rev Saude Publica*, 45: 564-74

<http://mc.manuscriptcentral.com/vaw>

Violence Against women

17. Mercy, J., Butchart, A., & Rosenberg, M. et al. (2008). Preventing violence in developing countries: a framework for action. *Int J Inj Contr Saf Promot*, 15:197–208.
18. Parpart, J. (2014). Exploring the transformational potential of gender mainstreaming in international development institutions. *Journal of International Development*, 26: 382–395.
19. Roma, P., Spacca, A., Pompili, M., Lester, D., Tatarelli, R., Girardi, P., & Ferracuti, S. (2012). The epidemiology of homicide–suicide in Italy: A newspaper study from 1985 to 2008. *Forensic Science International*, 214: e1–e5.
20. Russo, N.F., & Pirlott, A. (2006). Gender-Based Violence - Concepts, Methods, and Findings. *Ann. N.Y. Acad. Sci.*, 1087: 178–205.
21. Signorelli, M.C., Auad, D., & Pereira, P.P.G. (2013). Domestic violence against women and professional intervention in primary healthcare: an ethnographic study in Matinhos, Paraná State, Brazil. *Cad. Saude Publica*, 29: 1230-1240.
22. Sivarajasingam, V., Page, N., Morgan, P., Matthews, K., Moore, S., & Shepherd, J. (2014). Trends in community violence in England and Wales. *Injury* 2005–2009, 45: 592–598.
23. Soares Filho, A.M., Souza, M.F.M., Gazal-Carvalho, C., Malta, D.C., Alencar A.P., Silva M.M.A., & Morais Neto O.L. (2007). Analysis of homicide mortality in Brazil. *Epidemiol. Serv. Saúde*, 16: 7-18.
24. Souza, E.R. (2005). Masculinity and violence in Brazil: contributes to reflection in health field. *Ciênc. saúde coletiva*, 10: 59-70.
25. Waiselfisz, J.J. (2011). *Mapa da violência 2012: os novos padrões da violência homicida no Brasil*. São Paulo: Instituto Sangari.
26. Waiselfisz, J.J. (2012). *Mapa da violência 2012: Atualização: Homicídios de mulheres no Brasil*. Centro Brasileiro de Estudos Latino-americanos.
27. Waters, H.R., Hyder, A.A., Rajkotia, Y., Basu, S., & Butchart, A. (2005). The costs of interpersonal violence – an international review. *Health Policy*, 73: 303–15.
28. World Health Organization. (2010). *Injuries and violence: the facts*. Geneva: WHO.

Violence Against women

- 1
2
3
4 29. World Health Organization. (2009). *Promoting gender equality to prevent*
5 *violence against women*. Geneva: WHO.
6
7
8 30. World Health Organization. (2005). *Multi-country study on women's health and*
9 *domestic violence against women: summary report of initial results on*
10 *prevalence, health outcomes and women's responses*. Geneva: WHO.
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

<http://mc.manuscriptcentral.com/vaw>

Violence Against women

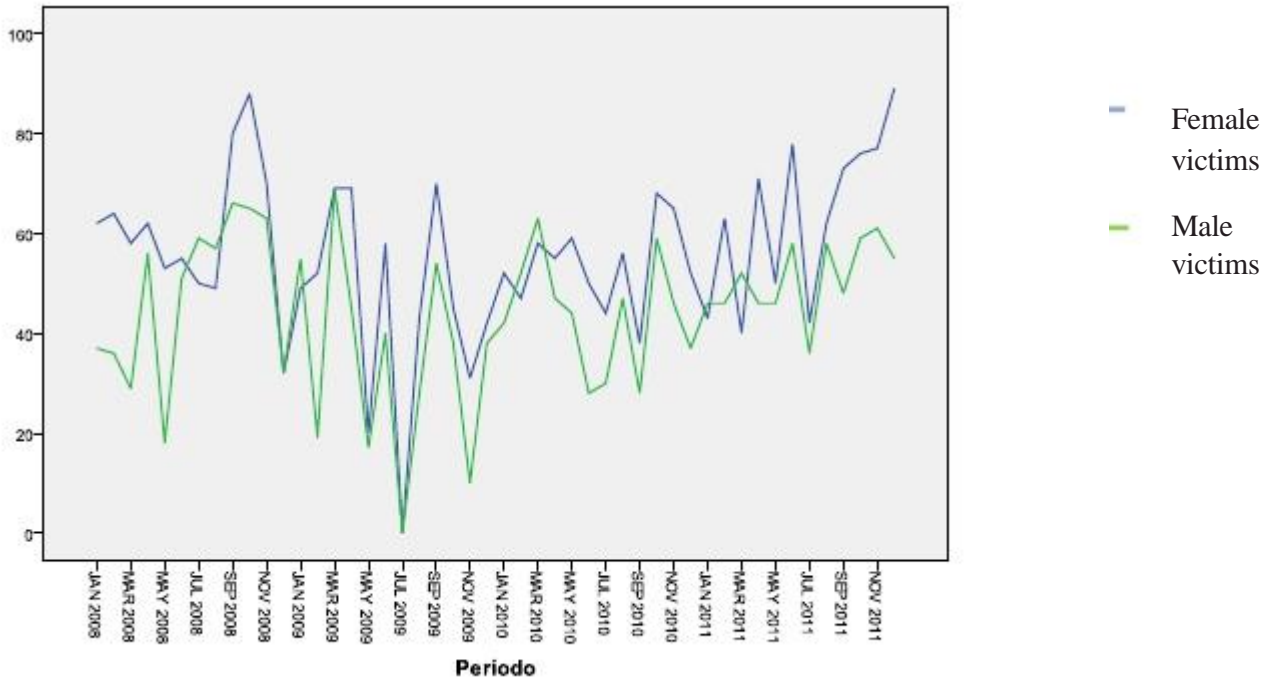


Figure 1: Victimization by gender recorded at a Brazilian forensic institute between January 2008 and December 2011

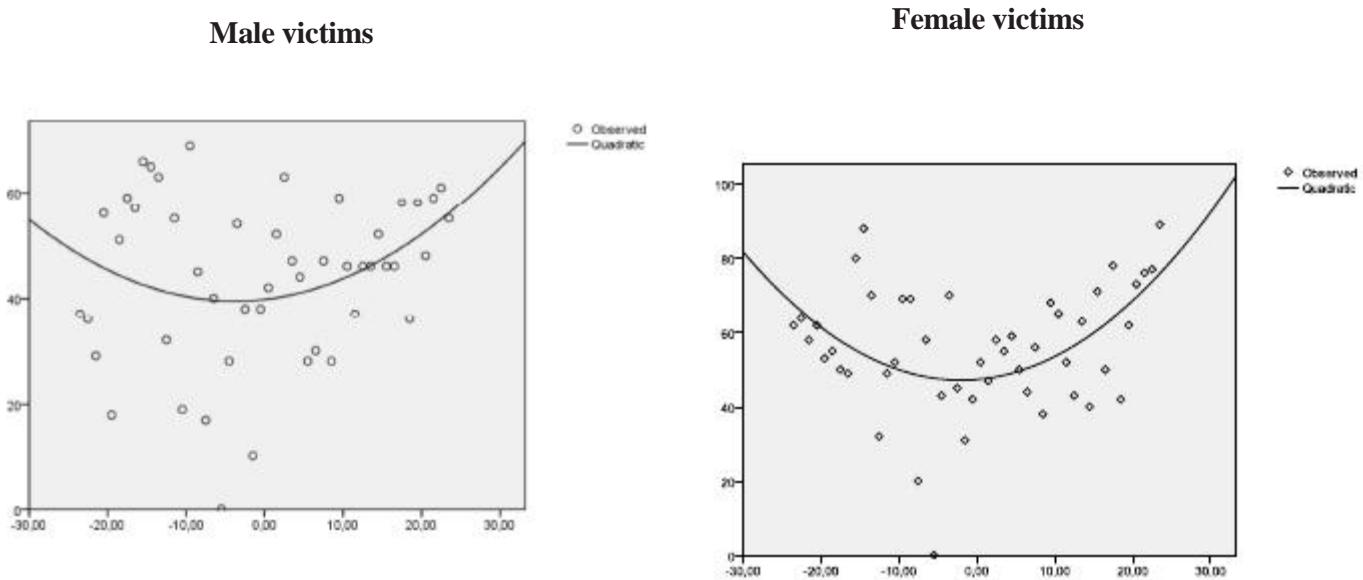


Figure 2: Trends in cases of aggression according to gender, Brazilian forensic institute, 2008-2011

Violence Against women

Table 1: Total number of cases of bodily injuries stemming from acts of aggression and respective coefficients per month according to gender, Brazilian forensic institute, 2008-2011

	<i>Female</i>		<i>Male</i>	
	<i>N</i>	<i>Rate</i>	<i>N</i>	<i>Rate</i>
JAN 2008	62	3.10	37	2.04
FEB 2008	64	3.20	36	1.98
MAR 2008	58	2.90	29	1.60
APR 2008	62	3.10	56	3.09
MAY 2008	53	2.65	18	0.99
JUN 2008	55	2.75	51	2.81
JUL 2008	50	2.50	59	3.25
AUG 2008	49	2.45	57	3.14
SEP 2008	80	4.00	66	3.64
OCT 2008	88	4.40	65	3.58
NOV 2008	70	3.50	63	3.47
DEC 2008	32	1.60	32	1.76
TOTAL	723		569	
JAN 2009	49	2.44	55	3.01
FEB 2009	52	2.59	19	1.04
MAR 2009	69	3.43	69	3.78
APR 2009	69	3.43	45	2.46
MAY 2009	20	0.99	17	0.93
JUN 2009	58	2.88	40	2.19
JUL 2009	0	0.0	0	0.0
AUG 2009	43	2.14	28	1.53
SEP 2009	70	3.48	54	2.96
OCT 2009	45	2.24	38	2.08
NOV 2009	31	1.54	10	0.55
DEC 2009	42	2.09	38	2.08
TOTAL	548		413	
JAN 2010	52	2.56	42	2.31
FEB 2010	47	2.32	52	2.85
MAR 2010	58	2.86	63	3.46
APR 2010	55	2.71	47	2.58
MAY 2010	59	2.91	44	2.41
JUN 2010	50	2.46	28	1.54
JUL 2010	44	2.17	30	1.65
AUG 2010	56	2.76	47	2.58
SEP 2010	38	1.87	28	1.54
OCT 2010	68	3.35	59	3.24
NOV 2010	65	3.20	46	2.52
DEC 2010	52	2.56	37	2.03
TOTAL	644		523	
JAN 2011	43	2.11	46	2.51
FEB 2011	63	3.08	46	2.51
MAR 2011	40	1.96	52	2.84
APR 2011	71	3.48	46	2.51
MAY 2011	50	2.45	46	2.51
JUN 2011	78	3.82	58	3.16
JUL 2011	42	2.06	36	1.96
AUG 2011	62	3.04	58	3.16
SEP 2011	73	3.57	48	2.62
OCT 2011	76	3.72	59	3.22
NOV 2011	77	3.77	61	3.33
DEC 2011	89	4.36	55	3.00
TOTAL	764		611	

Violence Against women

Table 2: Mean aggression coefficients per year according to gender, Brazilian forensic institute, 2008-2011

	<i>Female</i>	<i>Male</i>	<i>Ratio between coefficients</i>
2008	3.0130	2.6131	1.2831
2009	2.2708	1.8842	1.4045
2010	2.6436	2.3920	1.1478
2011	3.1174	2.7769	1.1203

Table 3: Analysis of trends in standardized aggression coefficients* according to gender, Brazilian forensic institute, 2008-2011

<i>Gender</i>	<i>Model</i>	<i>R²</i>	<i>p-value</i>
<i>Female</i>	Y=2.34 + 0.01.period + 0.01.(period) ²	0.229	0.004
<i>Male</i>	2.18 + 0.009. period + 0.01.(period) ²	0.08	0.149

*corrected for population in each year

Artigo 2:

“Violência interpessoal e a questão de gênero: discutindo iniquidades sociais na vitimização por agressão”

Submetido à Revista Saúde e Sociedade (normas no Anexo D)

Resumo: O objetivo desse estudo foi avaliar a influência de aspectos sociais na vitimização por agressão entre os gêneros, a partir da análise de registros de lesões corporais por agressão física, ocorridas entre os anos 2008 e 2011 em uma região do nordeste brasileiro. Trata-se de um estudo transversal em que foram examinados 3.830 laudos registrados em um Núcleo de Medicina e Odontologia Legal. A análise dos dados envolveu estatísticas descritivas e múltipla por regressão logística. A maioria das vítimas eram jovens (57,4%), do gênero feminino (56,4%), com o ensino fundamental (60,5%) e empregadas (69,6%). A análise identificou diferenças significativas relacionadas às características sociodemográficas das vítimas, características do agressor e da dinâmica da agressão, indicando como típico da vitimização feminina o desemprego, ser agredida por um companheiro/namorado por meio de tapas, socos, empurrões. Quando houve violência intrafamiliar a chance da vítima ser mulher chegou a ser 3,51 vezes maior em relação à violência comunitária. O percentual de casos ajustados corretamente foi 78,0%. Tais resultados apontam uma considerável vitimização de mulheres por violência familiar ou por parceiro íntimo, sobretudo mulheres em situação de vulnerabilidade social, sinalizando a necessidade de políticas transversais para superação iniquidades sociais.

Palavras chave: Violência. Identidade de Gênero. Fatores socioeconômicos

Abstract: The aim of this study was to evaluate the influence of socioeconomic aspects in the aggression victimization between genders from the analysis of records of personal injuries by physical aggression occurred between years 2008 and 2011 in northeastern Brazil. This cross-sectional study assessed 3,830 reports registered at a Center of Forensic Medicine and Dentistry. Data analysis involved descriptive statistics and multivariate logistic regression. Most of the victims were young (57.4%), female (56.4%), with basic education (60.5%) and employed (69.6%). The analysis identified significant differences related to socio-demographic characteristics of victims, aggressor's characteristics and aggression dynamics, indicating as typical of female victimization the victim being unemployed and attacked by a

partner/boyfriend through slaps, punches and pushes. Considering domestic violence, the likelihood of the victim to be a woman came to be 3.51 times higher when compared to community violence. The percentage of cases correctly adjusted was 78.0%. These results showed a considerable victimization of women by domestic violence or intimate partner, particularly women in socially vulnerability, indicating the need for cross-sectional policies to overcome social inequities.

Keywords: violence; gender, gender mainstreaming

Introdução

Atualmente, apesar de haver uma progressiva melhora das condições das mulheres, persiste uma hegemonia masculina que produz, entre outras consequências, a falta de poder de decisão, a divisão injusta de trabalho e a violência de gênero (CSDH, 2008).

Ocorre que as constantes reivindicações por uma maior igualdade de direitos entre mulheres e homens, encontra resistências na cultura patriarcal, que naturaliza a opressão às mulheres, a partir de um processo sutil e complexo pelo qual valores, crenças e ideologias são reforçados para legitimar uma masculinidade dominante (Oliveira; Cavalcante, 2007; Araújo, 2008; Scott-Samuel, 2009).

Guedes e col. (2009) destacaram que a vulnerabilidade feminina está mais relacionada com a situação de discriminação na sociedade do que a fatores biológicos. A própria construção histórica e social das relações de gênero tem imputado às mulheres condições de vida precárias como subvalorização do trabalho feminino, salários inferiores aos dos homens e sobrecarga de jornada de trabalho, processos destrutivos que apresentam estreita relação com suas necessidades de saúde (Fonseca, 2005).

Desse modo, essa assimetria de acesso aos recursos sociais e econômicos entre os gêneros passou a influenciar a experiência de saúde e doença, repercutindo também em diferenças nos resultados da violência (Vlassoff, 2007, CSDH, 2008; Scott-Samuel, 2009).

Sendo assim, a compreensão plena da violência baseada no gênero vai além de um foco em diferenças de sexo, envolve o modo como os vários aspectos de gênero influenciam os resultados da violência para mulheres e homens (Russo; Pirlot, 2006).

Wolf e col. (2014) apontam que apesar da importância da violência para os resultados de saúde, os determinantes sociais e econômicos da violência precisam de maiores

esclarecimentos. Diante disso, o objetivo desse estudo foi conhecer a influência relativa dos fatores socioeconômicos na ocorrência de violência interpessoal em homens e mulheres.

Metodologia

Foi realizado um estudo transversal baseado na análise de laudos de lesão corporal resultante de agressão. Tais laudos encontravam-se arquivados no Núcleo de Medicina e Odontologia Legal (NUMOL) de Campina Grande, cidade situada no estado da Paraíba. Este Núcleo é um centro de referência para 23 cidades, abrangendo uma população de 687.545 habitantes, cuja sede fica localizada em Campina Grande, um dos principais polos de desenvolvimento econômico do interior do país, com população de 379.871 habitantes e Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,72 (IPEADATA, 2014).

Considerando que no Brasil observa-se uma tendência de interiorização da violência, trasladando-se para cidades do interior, de porte médio para baixo e que Campina Grande integra o estado brasileiro cuja capital figura em segundo lugar no ranking nacional em crescimento de homicídios, evidencia-se um contexto de significativa importância (Waiselfisz, 2011).

Os laudos foram submetidos à avaliação, por meio de um formulário elaborado a partir da consulta inicial dos laudos, utilizados como fonte dos dados. Foram coletados dados de eventos ocorridos entre os anos 2008 e 2011.

Foram adotados como variáveis os dados sociodemográficos das vítimas (gênero, faixa etária, escolaridade e ocupação), dados do agressor (sexo e envolvimento com a vítima), especificações quanto às ocorrências, incluindo dados relativos à dinâmica da agressão (circunstâncias e instrumento utilizado) e ao momento em que ocorreu (dia, horário).

Considerou-se como circunstância da agressão a classificação da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2011) que considera como violência comunitária a violência entre indivíduos que não apresentam relação de parentesco e que podem ou não se conhecerem e violência intrafamiliar como a praticada por um parceiro íntimo ou um membro da família.

Quanto ao instrumento utilizado considerou-se agressões não instrumentalizadas aquelas efetuadas pelo próprio corpo do agressor (chutes, empurrões, tapas) e instrumentalizadas, as que envolveram o emprego de arma de fogo, branca, pauladas ou pedradas (Rezende, 2007).

Nos laudos em que foram detectadas ausência de preenchimento de informação para determinada variável, registrou-se como sem informação. As perdas para cada variável não

chegaram a 20% dos casos. Para efeito da apresentação e análise dos dados optou-se pela remoção dos casos não informados (missing).

Os dados foram analisados por meio do teste qui-quadrado/ exato de Fisher, seguido de regressão logística. Foi considerada como variável dependente a vítima ser do gênero feminino/masculino. O software estatístico utilizado foi o SPSS, versão 20.

Resultados

Foram examinados 4,795 laudos de lesões corporais, dos quais 3,830 foram considerados válidos por não apresentarem perda para nenhuma das variáveis analisadas. A idade das 3,830 vítimas analisadas teve média de 29,60 anos, desvio padrão de 12,90 anos e mediana de 27 anos. Prevaleram entre as vítimas indivíduos do gênero feminino (56,4%), com até 08 anos de estudo (60,5%) e empregados (69,6%) (Tabela 1).

Maior percentual de vítimas foi observado para eventos relacionados à violência comunitária (n=2639, 68,9%), agressores do gênero masculino (n=2776, 72,5%) e conhecido da vítima (n=1714, 44,8%). As agressões ocorreram predominantemente por meio de agressões não instrumentalizadas (n=2921, 76,3%), em dias úteis (n=2494, 65,1%) e à noite (n= 1934, 50,5%). Maior frequência das lesões não tiveram como sítio a face (n=2126, 55,5%) (Tabela 2).

Diferenças significativas ao nível de 5% foram constatadas para as variáveis socioeconômicas, faixa etária, escolaridade e ocupação (Tabela 1). Na avaliação dos dados relacionados à agressão, as variáveis relacionadas às circunstâncias, ao meio de produção das lesões e às características do agressor mostraram-se estatisticamente significativas (Tabela 2).

Na análise múltipla, foram incluídas as variáveis faixa etária, escolaridade, ocupação, circunstância da agressão, sexo do agressor, sujeito agressor, instrumento utilizado, dia da agressão e horário da agressão. Dessas variáveis foram mantidas no modelo: faixa etária, ocupação, sexo do agressor, sujeito agressor e instrumento utilizado. Com exceção de faixa etária todas as demais variáveis foram significativas a 5,0% (Tabela 3).

Entre as variáveis significativas a chance da vítima ser mulher foram maiores entre as que: não trabalhavam em relação às aposentadas; foram agredidas por uma outra mulher em relação às agredidas por homens; sofreram agressões por meio de socos, puxões, ponta pés em relação às agressões instrumentalizadas e agredidas por companheiro/namorado em relação aos estranhos. A estatística do modelo foi Hosmer and Lemeshow 0,78 (Tabela 3).

Tabela 1. Distribuição total e por gênero das vítimas de violência interpessoal segundo faixa etária, escolaridade e ocupação. Campina Grande, PB (2011).

Variável	Gênero				Grupo Total		Valor de p	OR (IC à 95%)
	Feminino		Masculino		n	%		
	N	%	n	%	n	%		
TOTAL	2161	56,4	1669	43,6	3830	100,0		
• Faixa etária							p ⁽¹⁾ < 0,001*	
Até 29	1276	58,0	924	42,0	2200	57,4		1,89 (1,48 a 2,42)
30 a 40	761	56,9	575	43,1	1336	34,9		1,81 (1,41 a 2,34)
50 ou mais	124	42,2	170	57,8	294	7,7		1,00
• Escolaridade							p ⁽¹⁾ < 0,001*	
Não alfabetizado	106	43,1	140	56,9	246	6,4		1,00
Ate 08 anos de estudo	1328	57,3	989	42,7	2317	60,5		1,77 (1,36 a 2,31)
Ate 11 anos de estudo	509	58	368	42,0	877	22,9		1,83 (1,37 a 2,43)
Mais de 11 anos de estudo	218	55,8	172	44,2	390	10,2		1,67 (1,21 a 2,31)
• Ocupação							p ⁽¹⁾ < 0,001*	
Empregado/ Autônomo	1418	53,2	1248	46,8	2666	69,6		2,29 (1,38 a 3,60)
Desempregada	717	65,9	370	34,1	1087	28,4		3,38 (2,33 a 6,20)
Aposentado	26	33,8	51	66,2	77	2,0		1,00

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

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

Tabela 2. Distribuição total e por gênero das vítimas de violência interpessoal segundo dos dados relacionados à agressão. Campina Grande, PB (2011).

Variável	Gênero				Grupo Total		Valor de p	OR (IC à 95%)
	Feminino		Masculino		n	%		
TOTAL	n	%	n	%	n	%		
TOTAL	2161	56,4	1669	43,6	3830	100,0		
• Circunstância da agressão							$p^{(1)} < 0,001^*$	
Violência familiar	906	76,1	285	23,9	1191	31,1		3,51 (3,01 a 4,09)
Violência comunitária	1255	47,5	1384	52,5	2639	68,9		1,00
• Sexo do agressor							$p^{(1)} < 0,001^*$	
Ambos	69	67,6	33	32,4	102	2,7		2,16 (1,41 a 3,29)
Feminino	725	76,2	227	23,8	952	24,9		3,29 (2,88 a 3,89)
Masculino	1367	49,2	1409	50,8	2776	72,5		1,00
• Sujeito agressor							$p^{(1)} < 0,001^*$	
Companheiro(a)/ Namorado(a)	486	87,1	72	12,9	558	14,6		29,96 (21,83 a 41,11)
Ex-companheiro(a)/ Ex-namorado(a)	329	82,2	71	17,8	400	10,4		20,56 (14,88 a 28,42)
Familiar	320	64	180	36	500	13,1		7,89 (6,03 a 10,32)
Conhecido(a)	905	52,8	809	47,2	1714	44,8		4,96 (3,99 a 6,18)
Estranho(a)	121	18,4	537	81,6	658	17,2		1,00
• Instrumento utilizado							$p^{(1)} < 0,001^*$	
Instrumentalizada	287	37,3	482	62,7	769	20,1		1,00
Não instrumentalizada	1800	61,7	1121	38,3	2921	76,3		2,70 (2,29 a 3,18)
Mista	74	52,8	66	47,2	140	3,7		1,88 (1,31 a 2,71)
• Dia da agressão							$p^{(1)} = 0,198$	
Dias úteis	1426	57,2	1068	42,8	2494	65,1		1,09 (0,96 a 1,25)
Finais de semana	735	55,1	601	44,9	1336	34,9		1,00
• Horário da agressão							$p^{(1)} = 0,066$	
Diurno	1098	57,9	798	42,1	1896	49,5		1,13 (0,99 a 1,28)
Noturno	1063	54,9	871	45,1	1934	50,5		1,00
• Ocorrência de lesão na face							$p^{(1)} = 0,919$	
Sim	963	56,5	741	43,5	1704	44,5		1,00
Não	1198	56,3	928	43,7	2126	55,5		1,01 (0,89 a 1,14)

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

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

Tabela 3. Modelo multivariado das variáveis associadas ao gênero de vítimas de violência interpessoal. Campina Grande, PB (2011)

Table 3. Multivariate model of variables associated to the gender victims of interpersonal violence. Campina Grande, PB (2011)

Variável	Resultados da bivariada		Resultados do ajuste multivariado	
	OR (IC 95%)	Valor p	OR (IC 95%)	Valor p
• Faixa etária		< 0,001*		0,180
Até 29	1,89 (1,48 a 2,42)		1,25 (0,91 a 1,72)	0,166
30 a 40	1,81 (1,41 a 2,34)		1,34 (0,98 a 1,85)	0,068
50 ou mais	1,00		1,00	
• Ocupação		< 0,001*		< 0,001*
Empregado/ Autônomo	2,29 (1,38 a 3,60)		1,60 (0,91 a 2,81)	< 0,001*
Desempregada	3,38 (2,33 a 6,20)		2,87 (1,59 a 5,18)	< 0,001*
Aposentado	1,00		1,00	
• Sexo do agressor		< 0,001*		< 0,001*
Ambos	2,16 (1,41 a 3,29)		2,95 (1,86 a 4,66)	< 0,001*
Feminino	3,29 (2,88 a 3,89)		3,35 (2,78 a 4,03)	< 0,001*
Masculino	1,00		1,00	
• Sujeito agressor		< 0,001*		< 0,001*
Companheiro(a)/ Namorado(a)	29,96 (21,83 a 41,11)		31,85 (23,00 a 44,10)	< 0,001*
Ex-companheiro (a)/ Ex-namorado(a)	20,56 (14,88 a 28,42)		20,10 (14,42 a 28,02)	< 0,001*
Familiar	7,89 (6,03 a 10,32)		5,98 (4,50 a 7,95)	< 0,001*
Conhecido	4,96 (3,99 a 6,18)		3,79 (3,00 a 4,79)	< 0,001*
Estranho	1,00		1,00	
• Instrumento utilizado		< 0,001*		< 0,001*
Instrumentalizada	1,00		1,00	
Não instrumentalizada	2,70 (2,29 a 3,18)		2,26 (1,87 a 2,73)	< 0,001*
Mista	1,88 (1,31 a 2,71)		1,26 (0,83 a 1,93)	0,282

Discussão

As distinções na ocorrência de agressão observadas nesse estudo, indicando predomínio de casos do gênero feminino, sobretudo entre as mulheres em posição de relativa desvantagem quando comparadas às vítimas do gênero masculino, coloca em evidência privilégios de determinado gênero em detrimento do outro. Tal constatação vai ao encontro da abordagem estruturalista para compreensão da violência contra a mulher, a qual entende que esse tipo de violência vai além do âmbito privado, tratando-se de uma questão pública, já que se estabelece em meio a supremacia do gênero masculino sobre o feminino (Bowman; Schneider, 1998).

A violência estrutural descreve o modo como arranjos sociais colocam em posição de desvantagem grupos cujo status nega-lhes o acesso aos benefícios do progresso social. De modo que tem sido discutido em estudos anteriores como estruturas sociais podem

sistematicamente prejudicar certos grupos de indivíduos por meio de fatores como a discriminação, a pobreza e a desigualdade socioeconômica (Farmer, 2004).

No que diz respeito ao gênero, em muitas culturas, as meninas são mais propensas do que os meninos a enfrentar uma série de desvantagens associadas à discriminação e à violência, deparando-se com essas normas sociais e regras culturais com maior intensidade na idade adulta (Rafferty, 2013). Desse modo, há certa coerência com os resultados desse estudo, considerando-se que quando as vítimas eram do gênero feminino as chances de serem agredidas foram maiores em jovens, com baixa escolaridade e desempregadas.

No relatório “Promoting gender equality to prevent violence against women”(WHO, 2009), é apontada a estreita relação entre vulnerabilidade feminina e desigualdades socialmente impostas entre os gêneros, as quais impõem diferenças no acesso à educação e aos cuidados em saúde, oportunidade de emprego, melhores rendimentos e representação política.

Os diferenciais de gênero também foram observados entre os dados relativos à faixa etária, dando conta de que quando as vítimas eram do gênero feminino constatou-se maiores chances de ocorrência de agressão entre as que apresentam idade inferior a 29 anos. Os dados também apontam que entre as vítimas do gênero feminino as chances de se envolver em violência intrafamiliar ou por parceiro íntimo foi 3,51 vezes maior em relação à violência comunitária. Nos Estados Unidos, resultado similar foi constatado, identificando entre as vítimas de violência por parceiro maior associação com mulheres em idade entre 16 e 24 anos (Rennison, 2001)

Em relação à escolaridade, para as mulheres, os resultados apontaram maiores chances de vitimização quando apresentavam o ensino secundário, o que corrobora com dados de estudo sobre a prevalência global de violência por parceiro íntimo (VPI) em que foi constatada associação da educação secundária com altos níveis de VPI (Devries e col., 2013)

No Brasil, estudo sobre os fatores associados à violência por parceiro íntimo, parte do WHO Multi-country Study on Women’s Health and Domestic Violence against women, não obteve associação positiva entre idade e VPI. Quanto à escolaridade, foi constatada associação com o nível de instrução, indicando associação entre VPI e nível elementar de educação (Ludermir e col., 2009).

Entre as condições que caracterizam as vítimas do gênero feminino, a ocupação permaneceu no modelo final, assim como o vínculo do agressor com a vítima. Conforme observado, a chance da vítima ser do gênero feminino quando desempregada é 2,87 vezes a

chance da vítima ser aposentada. Coincidentemente essa categoria de referência, por tratar-se de indivíduos que vivem em condições de relativa estabilidade, contrapõe-se a uma parcela de mulheres que estão em idade economicamente ativa, mas fora do mercado produtivo, em provável relação de dependência de um companheiro. Essa relação de dependência pode condicionar a manutenção de relações conflituosas, o que corrobora com outro achado desse estudo, em que constatou-se maior chance da vítima ser mulher quando agredida pelo marido ou namorado (31,85 vezes a chance de ser agredida por um estranho), o que evidencia a estreita relação da mulher com o espaço privado.

Segundo Vyas e Watts (2008), mulheres economicamente dependentes de seus parceiros podem apresentar maior risco de VPI por não terem uma fonte de renda que lhes permita deixar o relacionamento abusivo. Por outro lado, para parceiros mais conservadores, a independência feminina pode implicar em risco aumentado de violência, uma vez que as mulheres tornam-se menos dispostas à obedecer normas patriarcais.

Estudo similar realizado no Brasil obteve resultados diversos nas duas regiões analisadas. Em uma delas constatou-se que a autonomia financeira foi um fator de risco para VPI, não sendo identificado o mesmo para a outra região. Os autores chamam a atenção para a necessidade de analisar o problema como sendo uma questão contexto-específica, visto que na região cuja autonomia feminina é aceitável a mulher trabalha há mais tempo fora de casa e é valorizada por participar da composição de renda familiar, ao passo que na outra em que a autonomia foi considerada como fator de risco, a mulher ser independente pode representar ameaça à dominação do marido, um esquema cultural que alimenta a ideologia da hegemonia masculina (Ludermir e col., 2009).

Corroborando com esses achados, em alguns estudos, a baixa escolaridade e a pobreza, apesar de terem sido apontadas como preditores de violência, apresentaram força e direção da associação variando de acordo com o local de estudo. Assim, variáveis como renda, desemprego masculino, nível de escolaridade das mulheres, educação dos homens, nível educacional do casal, disparidades financeiras e pobreza, embora possam apresentar associação positiva, não estão associados em todos os locais analisados, reforçando a necessidade de compreender o problema como contexto específico (Vyas; Watts, 2008; Jewkes; Levin; Penn-Kekana, 2002; Kishor; Johnson, 2006).

Essa questão contextual também foi constatada em estudo com base em resultados de 169 países, o qual constatou relação entre fatores socioeconômicos e violência em países de baixa e média renda.

Entre outras teorias, a de gênero considera as desvantagens sociais um fator contextual que influencia o comportamento individual, reforçando estruturas simbólicas tradicionais de dominação masculina e, portanto, podem motivar o comportamento violento entre os homens (Courtenay, 2000; Jewkes, 2002)

Análises por Heymann e col. (2006), com base em inquéritos populacionais por amostra de domicílio representativas no Botswana, Brasil, México, Rússia, África do Sul, Estados Unidos e Vietnã encontraram, de forma consistente, que as mulheres são menos agraciadas que os homens com a proteção e os benefícios fornecidos pelo trabalho. Corroborando com esse achado, relatório da Organização Mundial de Saúde aponta que as mulheres ganham menos do que os homens, mesmo para trabalho igual; meninas e mulheres ficam para trás em educação e oportunidades de emprego (CSDH, 2008).

Papéis do gênero masculino também têm sido associados a um aumento na probabilidade de perpetração da violência por parceiro íntimo (Santana e col., 2006; Oringher; Samuelson, 2011), tratando-se, portanto, de uma forma opressiva de masculinidade (Hearn; Morrell, 2012)

No que diz respeito ao sexo do agressor, há uma particularidade nesse estudo, visto que quando a vítima era do gênero feminino a chance de ser agredida por agressor do gênero feminino ou por ambos os gêneros foi maior que a chance de ser agredida por homens. Ocorre que o percentual de homens agredindo-se mutuamente é bem maior que o percentual de agressão frente ao gênero feminino. Em contrapartida são poucas as mulheres que agredem homens, sendo que a grande maioria perpetram violência no seu próprio grupo. Há uma tipificação para caracterizar as mulheres da região em estudo como forte/resistente, atributos geralmente dispensados aos homens. Nos versos “Paraíba masculina, mulher macho sim senhor” essa caracterização é ilustrada, reproduzindo um arquétipo da mulher guerreira, viril, o que pode justificar esse achado incomum (Silva, 2008). Outras pesquisas encontraram apoio para uma ligação entre a feminilidade, delinquência e crime (Nofziger, 2010).

Para as mulheres, as agressões sem uso de instrumento (agressões nuas) foi o meio mais frequentemente utilizado, resultando em lesões proporcionalmente menos nocivas comparativamente ao produzido nos homens. Truman (2010) também constatou que os homens são mais propensos do que as mulheres a ser violentamente vitimados.

Mediante os resultados obtidos, fica evidente como as concepções de gênero podem resultar em uma forma particular de vulnerabilidade, uma vez que as relações assimétricas de gênero são produtoras de iniquidades, no contexto da violência contra a mulher (Breilh, 1996).

Por visar à correção de condições sociais das mulheres para superação de assimetrias em relação aos homens, a proposta da transversalidade de gênero, representa um mecanismo capaz de intervir sobre iniquidades de gênero que podem induzir hierarquias de poder implicadas na violência doméstica e, por conseguinte, as suas repercussões na saúde também poderão ser evitadas (Bandeira; Almeida, 2013).

Encarada como estratégia para concretização de uma política mundial de promoção de igualdade e oportunidade das mulheres, a transversalidade de gênero surge na década de 1980 com a expectativa de assegurar respostas eficazes das políticas públicas, por meio da melhoria do status das mulheres, incidindo em aspectos como remuneração, segurança social, educação, partilha de responsabilidades e paridade nas decisões (Ferreira, 2000; Bandeira; Almeida, 2013).

Assim sendo, a adesão de políticas transversais sob a perspectiva de gênero tem importante papel na prevenção do aumento de ações de violência, principalmente as que acarretam a vitimização feminina (Costa; Porto, 2012). Entretanto, por abranger uma conjuntura intersetorial, requer o compromisso entre os atores e setores envolvidos (Paim; Costa; Vilas Bôas, 2009), constituindo um desafio para o setor saúde superar “a medicalização da violência, redirecionando-se demandas que se esgotavam no interior dos serviços para alternativas para fora destes” (D’oliveira et al., 2009, p.1049).

Não obstante o fato da equidade gênero representar melhoria de vida de milhões mulheres, este apoio ainda não se materializa na realidade, de modo que políticas transversais para o fortalecimento da integração entre os gêneros, investimento na educação formal e profissional devem ser consideradas para que o preconceito de gênero seja desconstruído das estruturas da sociedade.

Agradecimentos

Este estudo teve apoio da CAPES/CNPq, Fundação de apoio à pesquisa do estado da Paraíba (FAPESQ) e do Núcleo de Medicina e Odontologia Legal do Estado da Paraíba (NUMOL-PB).

Conflito de interesse

Os autores declaram a inexistência de conflito de interesses em relação ao presente artigo.

Referencias

1. ARAÚJO, M.F. Gênero e violência contra a mulher: o perigoso jogo de poder e dominação. *Psicol. Am. Lat.*, Puebla, n.14, p. 0-0, 2008.
2. BANDEIRA, L.M.; Almeida, T.M.C. A transversalidade de gênero nas políticas públicas. *Revista do Ceam*, v. 2, n. 1, jan./jun. 2013 p 35-46.
3. BOWMAN, C.G.; SCHNEIDER, E.M. 'Feminist Legal Theory, Feminist Lawmaking, and the Legal Profession'. *Fordham Law Review*, New York, v. 67, p. 249, 1998.
4. BREILH J. El género entre fuegos: inequidad y esperanza. Quito: Centro de Estudios y Asesoría en Salud; 1996.
5. COSTA, Marli M. M. da; PORTO, Rosane T. Carvalho. A incorporação da transversalidade nas políticas públicas voltadas a questão de gênero: (re)vindicando o espaço pelo empoderamento e a emancipação social. *Revista Brasileira de Direito*, IMED, v. 8, n. 2, jul-dez, 2012
6. COMMISSION ON SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH. Closing the Gap in a Generation: Health equity through action on the Social Determinants of Health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health. World Health Organization, Geneva, p. 247, 2008.
7. COURTENAY, W. Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Social Science & Medicine*, New York, v. 50, p. 1385-1401, 2000.
8. DEVRIES K.M.; MAK J.Y.; GARCÍA-MORENO C; PETZOLD M; CHILD J.C.; FALDER G; LIM S; BACCHUS L.J.; ENGELL R.E.; ROSENFELD L; PALLITTO C; VOS T; ABRAHAMS N, WATTS C.H. Global Health.The global prevalence of intimate partner violence against women. *Science*, v. 340, p. 1527-1528, 2013.
9. D'OLIVEIRA, A.F.P.L. et al . Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero: uma alternativa para a atenção primária em saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro , v. 14, n. 4, Aug. 2009.
10. FERREIRA, V. A globalização das políticas de igualdade entre os sexos.In: Tavares , Tereza; Ferreira, Virgínia (Org.). Políticas de igualdade. *Ex Aequo* (Revista da Associação Portuguesa de Estudo sobre as Mulheres),Coimbra, n. 2/3, 2000.
11. FARMER P; BOURGOIS P; SCHEPERHUGHES N; FASSIN D; GREEN L; HEGGENHOUGEN H. An anthropology of structural violence 1. *Current Anthropology*, v. 45, p. 305–325, 2004.
12. FONSECA, R.M.G.S. Equidade de gênero e saúde das mulheres. *Rev. Esc Enferm USP*, São Paulo, v. 9, supl 4, p. 450-459, 2005.
13. GUEDES, R.N.; SILVA, A.T.M.C; FONSECA, R.M.G.S. A violência de gênero e o processo saúde doença das mulheres. *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 3, n.3, p. 625-631, 2009.
14. HEARN, J; MORRELL, R. 'Reviewing Hegemonic Masculinities and Men in Sweden and South Africa'. *Men and Masculinities*, v. 151, p. 3-10, 2012.
15. HEYMANN J. *Forgotten families: ending the growing crisis confronting children and working parents in the global economy*. 2006 Oxford, Oxford University Press.
16. IPEADATA. *Desenvolvimento humano dos municípios brasileiros*. (Disponível em ipeadata.gov.br; acesso em 22 de outubro de 2014).
17. JEWKES, R. Intimate partner violence: causes and prevention. *Lancet*, London, v. 359, p. 1423-1429, 2002.

18. JEWKES, R; LEVIN, J; PENN-KEKANA, L. Risk factors for domestic violence: findings from a South African cross-sectional study. *Social Science & Medicine*, New York, v. 55, p. 1603-1617, 2002.
19. KISHOR, S; JOHNSON, K. Reproductive health and domestic violence: are the poorest women uniquely disadvantaged. *Demography*, Washington, v. 43, p. 293-307, 2006.
20. LUDERMIR, A. B.; PORTELLA, A. P; DINIZ, C. S; COUTO, M. T; VALENÇA, O. Fatores associados à violência por parceiro íntimo em mulheres brasileiras. *Rev saúde pública*, São Paulo, v. 43, p. 299-310, 2009.
21. NOFZIGER, S. A gendered perspective on the relationship between self-control and deviance. *Feminist Criminology*, v. 5, p. 29-50, 2010.
22. OLIVEIRA, A. P.; CAVALCANTE, V. R. S. VIOLÊNCIA DOMÉSTICA NA PERSPECTIVA DE GÊNERO E POLÍTICAS PÚBLICAS. *Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum.*, V. 17, N.1, p.:39-51, 2007
- 23.
24. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2002). Word report on violence and health. Disponível em: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/word_report/en/. Acesso em 10 de novembro de 2010.
25. ORINGHER, J; SAMUELSON, K. W. Intimate partner violence and the role of masculinity in male same-sex relationships. *Traumatology*, v. 17, p. 68-74, 2011.
26. PAIM, J.S.; COSTA, H.O.G.; VILAS BÔAS, A.L.Q. Política pública e controle da violência: um estudo de caso na cidade de Salvador, Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 485-494, 2009.
27. RAFFERTY, Y. "International dimensions of discrimination and violence against girls: A human rights perspective." *Journal of International Women's Studies*, v. 14, n.1, p. 1-23, 2013.
28. RENNISON, C. M. Intimate Partner Violence and Age of Victim, 1993-1999. Bureau of Justice Statistics Special Report. Washington DC: U.S. Department of Justice. NCJ #187635. 2001. Estimates are provided from the National Crime Victimization Survey, which defines an intimate partner as a current or former spouse, girlfriend, or boyfriend. Violent acts include murder, rape, sexual assault, robbery, aggravated assault, and simple assault (<http://www.bjs.gov/content/pub/pdf/ipva99.pdf>).
29. REZENDE E.J.C.; ARAÚJO T.M; MORAES M.A.S; SANTANA J.S.S; RADICCHI, R. Mouth-dental injuries in women violence victims: a pilot study of registered cases in the Legal Medical Institute of Belo Horizonte, MG. *Rev Bras Epidemiol*, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 202-14, 2007.
30. RUSSO, N. F.; PIRLOTT, A. Gender-Based Violence: Concepts, Methods, and Findings. *Ann. N.Y. Acad. Sci.*, New York, v. 1087, p. 178-205, 2006.
31. SANTANA, M. C.; RAJ, A.; DECKER, M. R.; LA MARCHE, A.; SILVERMAN, J. G. Masculine gender roles associated with increased sexual risk and intimate partner violence perpetration among young adult men. *Journal of Urban Health*, v. 83, p. 575-585, 2006.
32. SCOTT-SAMUEL, A. Patriarchy, masculinities, and health inequalities. *Gaceta Sanitaria*, Barcelona, v. 23, p. 159-160, 2009.
33. SILVA, A.A. Paraíba mulher-macho: tessituras de gênero, desafios da história (Paraíba século XX). Tese (Doutorado), pós-graduação em história, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2008.
34. TRUMAN, J. National Crime Victimization Survey: Criminal victimization, 2010 (NCJ 235508). Washington, DC: Bureau of Justice Statistics Bulletin.

35. VLASSOFF, C. Gender Differences in Determinants and Consequences of Health and Illness. *J health popul nutr, Dhaka*, v. 25, p. 47-61, 2007.
36. VYAS, S; WATTS, C. How does economic empowerment affect women's risk of intimate partner violence in low and middle income countries? A systematic review of published evidence. *Journal of International Development*, v. 20, p. 1-28, 2008.
37. WAISELFISZ, J.J. Mapa da violência 2012: os novos padrões da violência homicida no Brasil. [monograph on the Internet]. Rio de Janeiro: Centro Brasileiro de Estudos Latino-americanos; 2012. [cited 2014 Jun 9]. Available from: http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2012/MapaViolencia2012_Criancas_e_Adolescentes.pdf.
- 38.
39. WOLF, A; GRAY, R; FAZEL, S. Violence as a public health problem: an ecological study of 169 countries. *Social Science & Medicine, New York*, v. 104, p. 220 - 227, 2014.
40. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Promoting gender equality to prevent violence against women. 2009.

Artigo 3:

“Lesões faciais e a questão de gênero: expressões da violência interpessoal no nordeste brasileiro”

Submetido à Revista Brasileira de Epidemiologia (Normas no Anexo E)

RESUMO: No estudo da violência interpessoal, é imprescindível o entendimento das diferenças de gênero no intuito de reconhecer os papéis, masculino e feminino, implicados na adoção de comportamentos agressivos. Entretanto, dados homogêneos e confiáveis sobre os traumas maxilofaciais com base nas diferenças de gênero são pouco abordados. Objetivo: O objetivo do estudo foi analisar as diferenças entre os gêneros na expressão da violência interpessoal, em vítimas de lesões em face examinadas em um Núcleo de Medicina e Odontologia Legal da região nordeste do Brasil. Material e métodos: Foram coletados os dados sociodemográficos das vítimas, as circunstâncias da agressão, o sexo do agressor e vínculo com a vítima, gravidade da lesão e hove o não emprego de algum. Os dados foram analisados por meio da análise bivariada, utilizando o teste qui-quadrado de Pearson, com nível de significância de 5%. Resultados: Predominaram as vítimas do gênero feminino, solteiras, com ensino fundamental incompleto. O agressor, na maioria dos casos, era do gênero masculino e conhecido da vítima. Constatou-se diferença significativa entre os gêneros apontando que as mulheres comparadas aos homens têm maior envolvimento em violência intrafamiliar ($p < 0,001$), agressões praticadas por mulheres ou ambos os gêneros ($p < 0,001$), lesões em tecido mole ($p < 0,001$), e agressões nuas ($p < 0,001$). Conclusão: A expressão da violência interpessoal reflete o modelo hegemônico de papéis atribuídos aos gêneros, sendo determinante na vitimização e mecanismo da agressão em face.

Palavras-chave: Violência; Agressão; Identidade de gênero; Gênero e saúde; Fatores socioeconômicos; Violência contra a mulher.

ABSTRACT

Introduction: The study of interpersonal violence requires understanding gender differences for the recognition of male and female roles implied in aggressive behavior. However, few investigations have addressed consistent, reliable data on maxillofacial trauma based on such differences. **Objective:** The aim of the present study was to analyze gender differences in the expression of interpersonal violence among victims of facial injuries examined as a center for forensic medicine and dentistry in northeastern Brazil. **Materials and Methods:** Information was gathered on socio-demographic data of the victim, circumstances of the act of aggression, gender of the perpetrator, relationship between perpetrator and victim, severity of the injury and instrument used. The data were submitted to bivariate analysis using Pearson's chi-square test, with the level of significance set to 5% ($p < 0.05$). Victims were predominantly female and single, with an incomplete elementary education. In most cases, the aggressors were males and knew the victim. Significant differences between genders were found regarding the circumstances of the aggression ($p < 0.001$), characteristics of the perpetrator ($p < 0.001$), severity of the injury ($p < 0.001$) and instrument used ($p < 0.001$). **Conclusion:** The expression of interpersonal violence reflects the hegemonic model of roles attributed to the genders, which is a determinant of victimization and the mechanism of aggression to the face.

Keywords: Violence. Gender and Health. Maxillofacial Injuries.

INTRODUÇÃO

A violência é um dos graves problemas da sociedade contemporânea¹. Sua expressão atinge a população de modo desigual, com riscos diferenciados em função de gênero, raça/cor, idade e espaço social².

A expressão diferenciada em função do gênero pode ser constatada a partir dos indicadores de morbimortalidade, que apontam situações desfavoráveis para os homens relacionadas à mortalidade, ao passo que os referentes à morbidade, medidos pela demanda aos serviços e por inquéritos populacionais, destacam maior frequência para as mulheres³.

A luz do modelo hegemônico de masculinidade, construído a partir de valores patriarcais e machistas, prevalece a noção de associação entre masculinidade viril, competição e violência, gerando comportamentos danosos à saúde e, conseqüentemente, um fator de risco de adoecimento^{4,5}. Esse modelo também evidencia uma sobreposição do masculino sobre o feminino, de modo que as desigualdades vividas pelas mulheres são os efeitos das vantagens dadas aos homens, tendo na violência doméstica um meio de preservar os poderes atribuídos coletiva e individualmente aos homens à custa das mulheres⁶.

A partir da constatação dessas diferenças, sobretudo consultando a literatura que dá sustentação aos resultados observados, percebeu-se que, no que tange à questão de gênero e saúde, há uma fecunda produção relativa às mulheres, porém se questiona o fato de não se estabelecer um parâmetro, relacionando os achados ao que é constatado para os homens. De modo que Vilela, Monteiro e Vargas⁷ ressaltam a importância de estudos empíricos que apontem diferenças nos perfis de saúde entre homens e mulheres visando identificar possíveis variações relativas ao gênero na compreensão dos fenômenos de saúde-doença, o que evidencia carência de estudos que contemplem o caráter relacional exigido pelo conceito de gênero.

É importante ressaltar que além da escassez de estudos que adotem o conceito de gênero, ainda persiste uma incoerência na aplicação do conceito, sobretudo reduzindo-o a sexo ou atribuindo-lhe sentido parcial, sendo trabalhado de modo pouco preciso e inferior ao seu potencial analítico⁸.

Assim sendo, embora gênero seja categoria fundamental, na literatura há escassez de artigos que abordem a perspectiva diretamente relacional da violência, de modo que as evidências de diferenciações entre poder e violência nas relações de gênero são esparsas.⁹ Em relação aos traumas maxilofaciais, enquanto expressão da violência, não é diferente, faz-se necessário o reconhecimento da estratificação dos gêneros, com enfoque na construção do ser masculino e feminino, explicada a partir das condições históricas e sociais, gerando atributos, posições e expectativas diversas para os sexos em relação à sexualidade, inserção no núcleo familiar, trabalho e espaço público, engendrando formas de violências específicas.¹⁰

Diante do exposto, o presente estudo abordou a temática da violência na perspectiva da diferença entre os gêneros, buscando identificar entre as vítimas de agressão física que apresentaram lesões em face, as circunstâncias, mecanismos, tipo de lesão e características do agressor mais associadas ao gênero masculino e ao feminino. Sendo assim, o gênero foi tratado como categoria descritiva, no momento em que o conceito foi associado ao estudo da violência relativa às mulheres e aos homens, dentro de uma perspectiva comparativa. Apesar de não ser proposta desse estudo romper com a cultura sintetizada, buscou-se discutir sua natureza analítica, sendo apontados aspectos socioculturais que podem representar construções de poder sobre a diferença sexual.

METODOLOGIA

O estudo, do tipo transversal, foi realizado na região metropolitana de Campina Grande, região do Nordeste Brasileiro considerada como um dos principais polos de desenvolvimento econômico do interior do país. Apresenta uma população de 379.871 habitantes e índice de desenvolvimento humano de 0,72¹¹. Situa-se no estado da Paraíba, cuja capital figura em segundo lugar no ranking nacional das cidades com maior crescimento da violência, conforme o mapa da violência, o qual aponta que a partir da década de 90 as grandes metrópoles brasileiras deixaram de ser os motores impulsores da violência, trasladando-se para cidades do interior, de porte médio para baixo¹², o que evidencia um contexto de significativa importância.

Após aprovação no Comitê de Ética (CAAE N° 02266.0.133.000-10), foram coletados os dados, a partir dos 1.704 laudos de lesão corporal por agressão do Núcleo de Medicina e Odontologia Legal (NUMOL), registrados no ano de 2010, dos quais foram inclusos nesse estudo 762 registros, em que se constatou a ocorrência do trauma maxilofacial, correspondendo a um censo desses dados.

Procedeu-se a coleta de dados no setor de arquivo do NUMOL, com o emprego de formulário especificamente elaborado para a pesquisa com base nas informações disponíveis no laudo, as quais abrangiam os dados sociodemográficos das vítimas e as questões relativas às circunstâncias, mecanismo de agressão, tipo de lesões e sexo do agressor e vínculo com a vítima. Três pesquisadores realizaram a coleta após um treinamento, ocasião em que foram discutidas e compreendidas as classificações adotadas.

Para investigação das circunstâncias da agressão, foi considerada a classificação da violência como comunitária e intrafamiliar, segundo a Organização Mundial de Saúde¹³, que define como violência comunitária a violência entre indivíduos que não apresentam relação de

parentesco e que podem ou não se conhecerem e violência intrafamiliar como a praticada por um parceiro íntimo ou um membro da família.

O mecanismo empregado na agressão correspondeu ao uso não de instrumentos aplicados pelo agressor contra a vítima, classificados conforme descrição de Rezende¹⁴, em agressões nuas, sendo consideradas aquelas efetuadas pelo próprio corpo do agressor (chutes, empurrões, tapas) e instrumentalizadas, em que houve emprego de arma de fogo, arma branca, pauladas ou pedradas. A caracterização do agressor consistiu no gênero e vínculo com a vítima.

Quanto ao tipo de lesão foi adotada a classificação de Montovani et al.¹⁵ para a caracterização da fratura, sendo consideradas simples quando havia apenas um osso envolvido e múltiplas quando dois ou mais ossos estavam fraturados, como também a definição de tecido mole de Magnelo-Souza¹⁶, compreendendo as lacerações, abrasões e perda de substância.

A análise dos dados envolveu a estatística descritiva e bivariada. Para o teste qui-quadrado de Person, foi adotado o nível de significância de 5%. O teste Exato de Fisher foi utilizado quando as condições para o teste Qui-quadrado não foram verificadas. O software utilizado foi o SPSS, versão 18.0.

Esse estudo é isento de qualquer conflito de interesse.

RESULTADOS

Foram analisados 762 registros em que as vítimas foram atingidas na face. Desse total, 409 (53,7%) laudos eram do gênero feminino e 353 (46,3%) do gênero masculino.

A média de idade das vítimas foi de 29 anos, (± 13 , 1-90), com maior percentual (57,9%) entre os mais jovens (20-39 anos). A diferença observada entre os gêneros sinaliza maior chance de vitimização feminina após a terceira, segunda e primeira década de vida. Em relação aos demais dados sociodemográficos, 476 (62,5%) casos envolveram vítimas solteiras/viúvas/separadas e 291 (38,2%) com ensino fundamental incompleto, sem distinção estatisticamente significativa entre os gêneros (Tabela 1).

Na tabela 2, observa-se maior frequência de violência comunitária (74,8%, n=570). Entre os gêneros, foi constatada diferença significativa na ocorrência de violência intrafamiliar, com maior percentual de vítimas do gênero feminino (31,5%) quando comparadas às vítimas do gênero masculino (9,9%), apontando uma chance 4,18 (2,78 a 6,29) vezes maior das vítimas serem do gênero feminino quando há esse tipo de conflito em relação à ocorrência de violência comunitária.

De modo geral, os agressores foram predominantemente homens (69%, n=526). Porém, os resultados apontam um achado particular em relação à vitimização feminina, visto que apesar de serem, majoritariamente, agredidas por homens, uma expressiva proporção de mulheres sofre agressões praticadas por mulheres. Os dados apontam que a chance da vítima ser do gênero feminino quando o agressor é mulher foi 4,81 vezes a chance quando o agressor é do sexo masculino.

O agressor, incluindo homens e mulheres, foi mais frequentemente um conhecido da vítima (40,2%, n=306). Entre os gêneros essa categoria apresentou valores percentuais

próximos (40,8 e 39,6% feminino e masculino, respectivamente). A maior diferença entre os gêneros foi constatada em agressões realizadas por companheiros. Nesses casos, o percentual de mulheres agredidas (23,1%) superou o percentual de vítimas do gênero masculino (4,0%). A mesma diferença pode ser observada com relação à agressão por ex-companheiros (15,9 e 2,0%, respectivamente). Os homens foram mais agredidos por estranhos, quando comparados com as mulheres (40,2 versus 6,8%).

Quanto ao instrumento utilizado, prevaleceram as agressões nuas (socos, empurrões e pontapés), para as quais quando a vítima era do gênero feminino a chance de ser agredida por esse meio foi 2,47 vezes maior que a chance de ser agredida com uso de instrumentos (agressão instrumentalizada).

O trauma de tecidos moles foi a lesão que apresentou maior frequência no total das agressões, sendo maiores as chances das mulheres apresentarem esse tipo de lesão em relação às fraturas simples. A chance de ocorrência de trauma alveolar em mulheres também foi maior (1,28 vezes).

DISCUSSÃO

O traumatismo facial pode ser considerado como uma das agressões mais significativas devido à possibilidade de deformidade e às suas consequências emocionais¹⁷.

Entre homens e mulheres, apresenta-se de forma diferenciada, sugerindo que características comportamentais podem impor um padrão específico para ambos¹⁸. Os estudos têm constatado maior vitimização de homens^{18, 19, 20, 21}, sendo apontada uma variação na proporção homem/mulher de 2:1 a 32:1²².

Contrariando esses resultados, na amostra estudada constatou-se maior prevalência de mulheres com trauma maxilofacial por agressão. Esse resultado pode ser explicado pelos relatos de acréscimo na prevalência de trauma no gênero feminino, principalmente abaixo de 40 anos de idade¹⁵. Tal achado foi atribuído às mudanças no comportamento social das mulheres, ao maior envolvimento em trabalhos que não são domésticos, a maior atividade social e a participação no trânsito.

Em estudo mais amplo com base em lesões corporais sediadas em qualquer região do corpo, em que foram considerados dados de agressões e acidentes, também foi constatada a distinção entre os gêneros, evidenciando ocorrência relativamente maior de agressão em mulheres, uma vez que por meio da análise de correspondência foi possível identificar três grupos que caracterizavam a vitimização em mulheres agredidas em face nos finais de semana com lesões em tecido mole, homens adultos que sofreram acidentes automobilísticos nos dias úteis e idosos, viúvos que sofreram atropelamento²³.

Similarmente, em estudo recente de revisão sobre os fatores que influenciam a incidência do trauma maxilofacial foi apontada uma tendência em direção à relação mais igualitária na proporção de homens/mulheres afetados, atribuindo esse fato à mudança na força de trabalho, indicando uma participação crescente de mulheres²².

Zaluar²⁴ em pesquisa realizada no Rio de Janeiro, sobre as agressões físicas sofridas por pessoas de 15 ou mais anos de idade, constatou que as mulheres foram mais agredidas que os homens, tanto nos últimos 12 meses (2,6% versus 1,2%), quanto ao longo da vida (9,4% versus 8%). O que corrobora com achados da amostra analisada.

Dados da última pesquisa do IBGE, *características da vitimização e do acesso à justiça no Brasil*²⁵, mostram que apesar das agressões físicas no gênero masculino superarem o feminino, os resultados comparados com o levantamento realizado em 1998, apontam o aumento da participação de mulheres como vítimas de agressão física.

Apesar disso, no que diz respeito à violência não letal ainda prevalece a vitimização masculina. Baseando-se em dados de internação hospitalar por agressão, Souza⁴ constatou uma maior vitimização do gênero masculino, representando 84,5% destas internações. Conforme se depreende desses dados, a autora considera que a vulnerabilidade e os riscos dos homens continuam sendo maiores quando comparados às mulheres.

No tocante à faixa etária, assim como nesse estudo, a maior exposição de jovens é reiterada na literatura, com maior percentual de casos entre os 16 e 29 anos^{17, 20, 25, 26}. O fato de haver maior chance de vitimização feminina na segunda e terceira década de vida, quando comparada às vítimas idosas, corrobora com os resultados de um estudo realizado na mesma região com base em dados hospitalares, em que foi constatada maior vitimização feminina por violência nessa faixa etária, sendo a queda da própria altura mais expressiva em crianças e idosas²⁷.

Em função dos anos de vida ajustados por incapacidade, estudos referem um grande impacto econômico para sociedade²⁰, sendo estimado que a violência interpessoal é responsável pela perda de 0,2 % de anos de vida ajustados por incapacidade, o que indica o número de anos perdidos devido a problemas de saúde, deficiência ou morte precoce²⁸.

Embora não tenha sido constatada diferença entre os gêneros, a maior frequência de vítimas de agressão com baixa escolaridade identificada nos registros analisados é comum nos estudos de violência de gênero^{10, 29, 30}. Isso ocorre em função da estreita relação do nível de instrução com a situação empregatícia, de modo que o menor nível de instrução desfavorece a aquisição de melhor qualificação profissional, gerando, em algumas situações, o desemprego e assim há maiores chances da mulher exercer atividade laborativa desqualificada e tornar-se dependente financeiramente do cônjuge ou até do ex-cônjuge, o que contribui para o não rompimento da relação conflituosa e violenta²⁹.

Percebe-se um sentido para essa relação entre agressão física e baixa escolaridade: os crimes contra a integridade física, a exemplo da agressão, apresentam uma tendência oposta aos crimes contra o patrimônio, afetando “mais pobres que ricos” e os de menor escolaridade²⁴.

No que se refere à situação conjugal, Zaluar²⁴ salienta a necessidade de agregar esse aspecto em estudos de violência, visto que em uma das teorias mais acionadas para discutir o risco de vitimização, a teoria da desorganização social, são contemplados os padrões familiares, requerendo para a sua análise o reconhecimento da situação conjugal. Em seu estudo o teste de qui quadrado revelou que a diferença de risco por estado civil é altamente significativa ($p=0,0000$), sugerindo que o casamento diminui o risco de ser agredido, ou seja, os rituais jurídicos e religiosos envolvidos no casamento podem vir a significar uma probabilidade menor de ser agredido fisicamente. Isso pode explicar a frequência maior para solteiros (mulheres e homens) encontrada nesse estudo. Na literatura também há registro de que mulheres solteiras são mais agredidas¹⁴.

Na China, estudo sobre o perfil, etiologia e fatores de risco da violência por parceiro íntimo com lesões em cabeça, pescoço e face aponta que a relação das mulheres com o agressor é um fator associado a múltiplas lesões, de modo que as mulheres em concubinato ou

união estável apresentaram um risco 3.3 vezes maior de ter lesões múltiplas que as mulheres casadas³¹.

Em relação às características do agressor o predomínio de casos em que o agressor era do gênero masculino, observado nos registros consultados, segue uma tendência em que segundo Hong³², de um modo geral, os homens são os maiores perpetradores da violência interpessoal, seja nos homicídios ou nas agressões físicas e sexuais.

Quando comparadas às vítimas do gênero masculino, a chance de vitimização feminina foi maior quando o agressor era do gênero feminino, seguida de agressões envolvendo ambos os gêneros. Assim, a idealização da maternidade, o tabu social em relação à violência feminina e sua conseqüente negação, possivelmente, têm minimizado a preocupação com o fenômeno da violência perpetrada por mulheres³³.

Considerando que no arquétipo nordestino a masculinidade é parte essencial de uma identidade regional, a própria mulher passa a incorporar traços masculinos, de modo que assim como há simbologias que associam o masculino à virilidade, força e violência e o feminino à submissão e seriedade, há também associação da figura feminina à “mulher macho”, vista como forte³⁴.

O jargão “mulher macho sim senhor” expresso na letra da música Paraíba de Luiz Gonzaga e Humberto Teixeira transita em algumas direções que podem trazer luz aos achados peculiares dessa pesquisa. Conforme Silva³⁵ a composição foi elaborada para animar a Política de 1950 da Paraíba, utilizando elementos alusivos aos conflitos vivenciados na região em 1930, o que atribuía corporeidade masculina para o estado, uma vez que o ideário de uma revolução evoca a construção identitária baseada na honra e na virilidade. Outra dimensão dada ao termo “mulher macho” é a conotação traduzida em matrizes literárias regionais que alimentam imagens de mulheres guerreiras, fruto de uma terra cujo ecossistema impõe dificuldades, por extensão a imagem de resistência e virilidade torna-se um duplo: masculino

e feminino, de modo que mediante uma cultura determinista, sendo o feminino frágil a natureza o transforma, o faz másculo, por conseguinte condiciona a imagem de mulher bravia.

Quanto ao vínculo com o agressor, apesar de para ambos os gêneros prevalecer agressões perpetradas por conhecidos, os valores mais discrepantes, quando comparadas vítimas do gênero masculino às do gênero feminino, apontam para o gênero masculino percentuais relativamente maiores relacionados aos indivíduos estranhos, sem proximidade com a vítima e para o gênero feminino, diferença percentual relativamente maior relacionando aos companheiros ou namorados. Nesse sentido, as mulheres são diferenciadas quanto aos agressores, uma vez que são as principais vítimas de violência doméstica¹⁷.

Assim sendo, a agressão física tem um padrão muito peculiar, obedece a motivações e circunstâncias específicas, relacionadas com as interações e emoções entre as pessoas e ao poder e reconhecimento simbólico do agressor²⁵.

Os mecanismos empregados para agressão observados neste estudo, envolveram majoritariamente socos, empurrões, chutes, ou seja, agressões nuas, assim como constatado em outro estudo²⁶. As mulheres foram mais expostas à agressão sem uso de instrumentos, e as vítimas do gênero masculino estiveram mais associadas às agressões instrumentalizadas, com emprego de pauladas, pedradas, armas brancas e armas de fogo, similarmente à tendência observada entre os gêneros. Entre os homens, o uso de instrumentos no mecanismo da agressão tem forte ligação com os valores culturais estabelecidos para o masculino. Símbolos como armas, carro, esportes radicais, o espaço público, dentre outros, fazem parte deste universo⁵.

Em ambos os gêneros, maior número de lesões afetaram apenas tecido mole, coincidindo com achados de outros estudos^{17, 18, 21, 22, 36}. Sendo que, o gênero feminino é proporcionalmente mais afetado por lesões em tecido mole que fratura simples quando comparado ao gênero masculino.

O maior percentual de fraturas entre as vítimas do gênero masculino, em relação às vítimas do gênero feminino, também foi verificado no estudo conduzido por Brink³⁷. O autor estabelece um paralelo entre o mecanismo de produção da lesão e o meio empregado, segundo ele o uso mais frequente de armas nos homens pode explicar a maior frequência de contusões, ao passo que nas mulheres o maior percentual de equimoses como comprometimento tecidual deu-se em função do emprego de meios menos nocivos, como as próprias mãos, através do soco.

As diferenças sexuais em vítimas de agressão chama atenção para estratégia de prevenção com base nos papéis sexuais, sobretudo quando a questão é a violência doméstica, indicando a necessidade de vários níveis de abordagens relacionadas às contradições de classe social, religião e cultura ²¹.

Diante desse quadro, para que possa ser percebida uma redução nos índices de violência interpessoal é preciso reconhecer identidades masculina e feminina que representem risco e que políticas públicas transversais sejam adotadas tendo em vista minimizar as iniquidades entre os gêneros que perpetuem condições de vulnerabilidade.

CONCLUSÕES

Neste estudo, a maior vitimização feminina pode apontar mudanças no perfil da violência interpessoal, visto que ao longo dos anos a agressão tem sido mais frequente em homens.

Os resultados sinalizam maior vulnerabilidade das mulheres para os conflitos envolvendo vínculos afetivos ou laços consanguíneos, dando indícios de que a expressão da violência interpessoal reflete o modelo hegemônico tipicamente patriarcal, de subordinação da mulher e dominação masculina.

Os papéis e símbolos atribuídos ao gênero podem explicar as diferenças encontradas quanto à gravidade das lesões e o mecanismo empregado para agressão em face.

AGRADECIMENTOS:

Ao MS/CNPq/Fapesq, Edital 02/2009 - PPSUS e CNPq Edital MCT/CNPq N ° 14/2010, ao NUMOL-PB.

REFERÊNCIAS

1. Minayo MCS. A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica. *Ciênc Saúde Coletiva* 2006; 11 (suppl.1): 1259-1267.
2. Souza, ER, Lima MLC. Panorama da violência urbana no Brasil e suas capitais. *Ciênc Saúde Coletiva* 2007; 11(Sup.0): 1211-22.
3. Laurenti R, Jorge MHPM, Gotlieb SLD. Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina. *Ciênc Saúde Coletiva* 2005; 10: 35-46.
4. Souza ER. Masculinidade e violência no Brasil: contribuições para a reflexão no campo da saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* 2005; 10: 59-70.
5. Schraiber LB, Gomes R, Couto MT. Homens na pauta da saúde coletiva. *Ciênc Saúde Coletiva* 2005; 10 (Supl 1): 7-17.
6. Welzer-lang, D. A construção do masculino: dominação das mulheres e homofobia. *Estudos feministas* 2001; 9: 460-482.
7. Vilela W, Monteiro S, Vargas E. A incorporação de novos temas e Saberes nos estudos em saúde coletiva: o caso do uso da categoria gênero. *Ciênc Saúde Coletiva* 2009; 14 (4): 997-1006.
8. Araújo MF, Schraiber LB, Cohen, DD. Penetration of the gender perspective and critical analysis on the development of this concept within scientific production on public health. *Interface comun. saúde educ.* 2011; 15(38):805-818.
9. Araújo MF. Gênero e violência contra a mulher: o perigoso jogo de poder e dominação. *Psicol. Am. Lat.* 2008; 14.
10. Garcia, MV, Ribeiro, LA, Jorge MT, Pereira GR, Resende AP. Caracterização dos casos de violência contra a mulher atendidos em três serviços na cidade de Uberlândia, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2008; 24: 2551-2563.

11. IPEADATA. [Desenvolvimento humano dos municípios brasileiros](http://ipeadata.gov.br). (disponível em ipeadata.gov.br; acesso em 22 de outubro de 2011).
12. Waiselfisz JJ. Mapa da violência 2012: os novos padrões da violência homicida no Brasil. Centro Brasileiro de Estudos Latino-americanos, 2012.
13. Organização Mundial de Saúde (2002). Word report on violence and health. Disponível em: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/word_report/en/. Acesso em 10 de novembro de 2010.
14. Rezende EJC, Araújo TM, Moraes MAS, Santana JSS, Radicchi R. Lesões buco-dentais em mulheres em situação de violência: um estudo piloto de casos periciados no IML de Belo Horizonte, MG. Rev Bras Epidemiol 2007; 10: 202-14.
15. Montovani JC, Campos LMP, Gomes MA, Moraes VRS, Ferreira FD, Nogueira EA. Etiologia e incidência das fraturas faciais em adultos e crianças: experiência em 513 casos. Rev Bras Otorrinolaringol 2006; 72: 235-41.
16. Manganello-Souza LC. Trauma de partes moles: princípios de tratamento dos ferimentos cutâneos. In: Manganello-Souza, LC, Luz, JGC. Tratamento cirúrgico do trauma bucomaxilofacial. 3ª ed. São Paulo: Roca, 2006; 75-85 p.
17. Wulkan M, Parreira JR JG, Botter, DA. Epidemiologia do trauma facial. Rev Assoc Med Bras 2005; 51: 290-5.
18. Silva CJ, Ferreira RC, Paula LP, Haddad JP, Moura AC, Naves MD, Ferreira EF. [Maxillofacial injuries as markers of urban violence]. Cien Saude Coletiva 2014 Jan;19(1):127-36.
19. Carvalho TBO, Cancian LRL, Marques CG, Piatto VB, Maniglia JV, Molina FD. Six years of facial trauma care: an epidemiological analysis of 355 cases. Braz J Otorhinolaryngol 2010;76 (5): 565-74.

20. Businger AP, Krebs J, Schaller B, Zimmermann H, Exadaktylos AK. Cranio-maxillofacial injuries in victims of interpersonal violence. *Swiss Med Wkly* 2012 Oct 9;142: 1-6.
21. Kiser M, Escamilla V, Samuel J, Eichelberger K, Mkwaila J, Cairns B, Charles A. Sex differences in interpersonal violence in Malawi: analysis of a hospital-based trauma registry. *World J Surg* 2013 Dec; 37 (12): 2972-8.
22. Chrcanovic BR, Abreu MH, Freire-Maia B, Souza LN. 1,454 Mandibular fractures: a 3-year study in a hospital in Belo Horizonte, Brazil. *J Craniomaxillofac Surg* 2012 Feb; 40(2):116-23. doi: 10.1016/j.jcms.2011.03.012.
23. d'Avila S, Campos AC, Cavalcante GMS, Silva, CJP, Nobrega LM, Ferreira EFF. Morbidade em vítimas de causas externas: Um estudo em Campina Grande PB. *Ciência e Saúde Coletiva* 2015; 20: 9-16.
24. Zaluar A. Agressão física e gênero na cidade do Rio de Janeiro. *RBCS* 2009; 24: 10-24.
25. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Características da vitimização e do acesso à justiça no Brasil, Rio de Janeiro, 2010.
26. Gulinelli JL, Saito CTMH, Garcia-Júnior IR, Panzarini SR., Poi WR, Sonoda CK et al. Occurrence of tooth injuries in patients treated in hospital environment in the region of Araçatuba, Brazil during a 6-year period. *Dent. traumatol* 2008; 24:640–644.
27. Costa MCF, Cavalcante GMS, Nóbrega LM, Oliveira PAP, Cavalcante JR, d'Avila Sergio. Traumatismos faciais em mulheres por mecanismos violentos e não violentos. *Braz. j. otorhinolaryngol.* 2014; 80 (3): 196-201.
28. Waters H, Hyder A, Rajkotia Y, Basu S, Rehwinkel JA, Butchart A. *The Economic Dimensions of Interpersonal Violence*. Geneva: World Health Organization; 2004.

29. Mota JCDA, Vasconcelos AGG, Assis SG. Análise de correspondência como estratégia para descrição do perfil da mulher vítima do parceiro atendida em serviço especializado. *Ciênc Saúde Coletiva* 2007; 12: 799-809.
30. Silva MA, Falbo N, Gilliatt H, Figueiroa JN, Cabral Filho JE. Violence against women: prevalence and associated factors in patients attending a public healthcare service in the Northeast of Brazil. *Cad Saúde Pública* 2010; 26: 264-272.
31. Wong JY, Choi AW, Fong DY, Wong JK, Lau CL, Kam CW. Patterns, aetiology and risk factors of intimate partner violence-related injuries to head, neck and face in Chinese women. *BMC Womens Health* 2014 Jan 10;14(1):6.
32. Hong L. Toward a transformed approach to prevention: breaking the link between masculinity and violence. *Journal of American College Health* 2000; 48: 269-279.
33. Weizmann-Henelius G, Viemero V, Eronen M. The violent female perpetrator and her victim. *Forensic Science International, Limerick* 2003; 133: 197-203.
34. Silva, Sâmea Damásio da Mota. A virilidade do sertanejo pintada por Alencar sob as imagens de Peri. *Miguilim – Revista Eletrônica do Netlli* 2014; 3 (2): 32-46. 2014.
35. Silva, A.A. Paraíba mulher-macho: tessituras de gênero, desafios da história (Paraíba século XX). Tese (Doutorado), pós-graduação em história, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2008.
36. Ramli R, Rahman NA, Rahman RA, Hussaini HM, Hamid ALA. A retrospective study of oral and maxillofacial injuries in Seremban Hospital, Malaysia. *Dent. traumatol* 2011; 27:122–6.
37. Brink O. When Violence Strikes The Head, Neck, and Face. *The Journal of Trauma Injury, Infection, and Critical Care* 2009; 67:147-151.

Tabela 1 – Análise da associação entre gênero das vítimas de Traumatismo maxilofacial por agressão (faixa etária, situação conjugal e escolaridade). Campina Grande-PB, 2010.

Variável	Gênero				Total	p-valor	OR (95% CI)
	Feminino		Masculino				
	n	%	n	%	n	%	
• Faixa etária							
0 a 9	8	2,0	7	2,0	15	2,0	p ⁽¹⁾ = 0,044
10 a 19	77	18,8	64	18,2	141	18,5	
20 a 29	163	39,9	127	36,0	290	38,1	
30 a 39	91	22,2	60	17,0	151	19,8	
40 a 49	49	12,0	45	12,7	94	12,3	
50 a 59	11	2,6	21	5,9	32	4,2	
60 ou mais	8	2,0	17	4,8	25	3,3	
Sem informação	2	0,5	12	3,4	14	1,8	1,00
TOTAL	409	100,0	353	100,0	762	100,0	
• Situação conjugal							
Solteiro/viúvo/separado	266	65,0	210	59,5	476	62,5	p ⁽¹⁾ = 0,356
Casado/união estável	138	33,8	126	35,7	264	34,6	
Sem informação	5	1,2	17	4,8	22	2,9	
TOTAL	403	100,0	353	100,0	762	100,0	
• Escolaridade							
Não alfabetizado	20	4,9	26	7,4	46	6,0	p ⁽¹⁾ = 0,305
Fundamental incompleto	164	40,1	127	36,0	291	38,2	
Fundamental	57	13,9	55	15,6	112	14,7	
Médio	59	14,4	61	17,2	120	15,7	
Superior	15	3,7	19	5,4	34	4,5	
Sem informação	94	23	65	18,4	159	20,9	
TOTAL	409	100,0	353	100,0	762	100,0	

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

Tabela 2 – Análise da associação entre gênero das vítimas de traumatismo maxilofacial por agressão e circunstância da agressão, sexo do agressor, sujeito agressor, instrumento utilizado e comprometimento tecidual. Campina Grande-PB, 2010.

Variável	Gênero				Total		p-valor	OR (95% CI)
	Feminino		Masculino		n	%		
	n	%	n	%	n	%		
• Circunstância da agressão								
Violência familiar	129	31,5	35	9,9	164	21,5	p ⁽¹⁾ < 0,001*	4,18 (2,78 a 6,29) 1,00
Violência comunitária	268	65,5	302	85,6	570	74,8		
Sem informação	12	3,0	16	4,5	28	3,7		
TOTAL	409	100,0	353	100,0	762	100,0		
• Gênero do agressor								
Mulher	145	35,5	37	10,5	182	23,9	p ⁽¹⁾ < 0,001*	4,81 (3,23 a 7,18) 0,49 (0,17 a 1,36) 1,00
Ambos	10	2,4	6	1,7	16	2,1		
Homem	237	57,9	289	81,9	526	69,0		
Sem informação	17	4,2	21	5,9	38	5,0		
TOTAL	409	100,0	353	100,0	762	100,0		
• Sujeito agressor								
Companheiro/ Namorado	94	23,1	14	4,0	108	14,2	p ⁽¹⁾ < 0,001*	47,09 (19,56 a 113,39) 34,05 (17,04 a 68,06) 8,97 (4,78 a 16,83) 5,63 (3,54 a 8,95) 1,00
Ex-companheiro/ Ex-namorado	65	15,9	7	2,0	72	9,4		
Familiar	46	11,2	26	7,4	72	9,4		
Conhecido	162	39,6	144	40,8	306	40,2		
Estranho	28	6,8	142	40,2	170	22,3		
Sem informação	14	3,4	20	5,6	34	4,5		
TOTAL	409	100,0	353	100,0	762	100,0		
• Mecanismo da agressão								
Agressão nua	363	88,8	272	77,1	635	83,3	p ⁽¹⁾ < 0,001*	2,47 (1,55 a 3,96) 0,78 (0,32 a 1,89) 1,00
Mista	11	2,7	16	4,5	27	3,5		
Agressão instrumentalizada	30	7,3	56	15,9	86	11,4		
Sem informação	5	1,2	9	2,5	14	1,8		
TOTAL	409	100,0	353	100,0	762	100,0		
Tipo de Traumatismo								
Tecido mole	393	96,3	315	89,0	708	92,9	p ⁽²⁾ < 0,001*	3,43 (1,50 a 7,81) ** 1,28 (0,43 a 3,60) ** 1,0
Fratura múltipla	-	-	2	0,6	2	0,3		
Trauma alveolar	7	1,7	7	2,0	14	1,8		
Outros	-	-	8	2,3	8	1,0		
Fratura simples	8	2,0	22	6,2	30	3,9		
Não informado	-	-	-	-	-	-		
TOTAL	408	100,0	354	100,0	762	100,0		

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

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

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

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atenção dada pela mídia retrata um crescimento vertiginoso dos eventos agressivos, muitas vezes de uma crueldade chocante. Notadamente, as agressões em face revestem-se de um caráter simbólico, relacionado à intenção de afetar a auto-estima e a autonomia da vítima.

Uma das correntes que buscam explicar a ocorrência de eventos agressivos atribuem a origem do problema aos aspectos estruturais. Sobretudo na violência cometida contra as mulheres, em que a vulnerabilidade feminina frente a certos agravos guarda estreita relação com a situação de discriminação na sociedade, influenciando sobremaneira a sua saúde.

Por meio dessa tese, buscou-se identificar se disparidades entre os gêneros exercem influência na ocorrência de eventos agressivos, sendo determinantes para diferenças de vitimização em homens e mulheres ou se afetam a ambos com a mesma intensidade.

Os resultados apontados referem-se a uma parte da complexa teia em que a violência se contextualiza. Foi possível obter algumas respostas, como a confirmação da existência de iniquidades sociais, que dão conta de uma maior vitimização de mulheres em situação de vulnerabilidade social, quando comparadas aos homens. Assim, esta pesquisa traz ao debate uma questão negligenciada pelo poder público, a transversalidade de gênero, uma vez que a este compete reunir esforços para a correção de iniquidades e o bem-estar social.

8 ATIVIDADES DESENVOLVIDAS DURANTE O CURSO DE DOUTORADO

8.1 ARTIGOS PUBLICADOS

DÁVILA, S, OLIVEIRA, P.AP., CAVALCANTE, G.M.S., SOUZA, E.H.A., CALDAS JR., A.F. Influência da idade do paciente no processo de tomada de decisão de extrair ou preservar o dente. **RGO**. V. 60, N. 2, p. 221-227, 2012.

MAIA, E.G., CAVALCANTE, G.M.S., GRANVILLE-GARCIA A.F., LUCAS R.S.C.C., CAVALCANTI, A.L., D'AVILA S. Condição de saúde bucal em trabalhadores atendidos no Núcleo de Saúde Ocupacional de Campina Grande-PB. **Arq Odontol**, Belo Horizonte, V. 48, N. 1, p. 32-39, jan/mar 2012.

BARBOSA K.G.N., DIAS J.N., CAVALCANTE G.M.S., NÓBREGA L.M., GRANVILLE-GARCIA A.F., D'ÁVILA S. Formação e perspectiva do mercado de trabalho sob o olhar de alunos de Odontologia. **Pesquisa Brasileira de Odontopediatria e clínica Integrada**. V.13, N. 1, p. 89-94, 2013.

COSTA, M.C.F., CAVALCANTE, G.M.S, NOBREGA, L.M, OLIVEIRA, P.AP., CAVALCANTE, J.R., DÁVILA, S. Traumatismos faciais em mulheres por mecanismos violentos e não violentos. **Braz. j. otorhinolaryngol.**, São Paulo, v. 80, n. 3, p. 196-201, 2014 .

NOBREGA, L.M, CAVALCANTE, G.M.S, LIMA, M.M.S.M., MADRUGA, R.C.R, RAMOS-JORGE, M.L., DÁVILA, S. Prevalence of facial trauma and associated factors in victims of road traffic acidentes. **The American Journal of Emergency Medicine**. V. 32, N. 11, p. 1382–1386, 2014.

D AVILA S., NÓBREGA L.M., CAVALCANTE G.M.S., CAMPOS, A.C., SILVA, C.J.P., FERREIRA, E.F. Morbidity in victims of external causes: a study in Campina Grande – PB. **Ciência e saúde coletiva**

8.2 ARTIGOS ACEITOS PARA PUBLICAÇÃO

D AVILA S., VILAR S.M., NÓBREGA L.M., CAVALCANTE G.M.S., MASSONI, A.C.L.T., FERREIRA, E.F. Violence against women: analysis recorded in the Special Police Stations for Women Assistance. **Emergency Medicine**

8.3 ARTIGOS ENVIADOS PARA PUBLICAÇÃO

D' AVILA S, CAMPOS A.C, CAVALCANTE G.M.S, NÓBREGA L.M., BENTO P.M., FERREIRA E.F. Interpersonal aggression: cross-sectional study identifying characteristics of offenders and victims – submetido ao **Journal of Forensic and Legal Medicine**.

CAVALCANTE G.M.S, NÓBREGA L.M., Barbosa, K.G., FERREIRA, R.C., FERREIRA, E.F., D' AVILA S. Tendência de vitimização conforme os gêneros por lesões não letais registradas em Instituto Forense brasileiro - submetido ao periódico Violence against Women.

8.4 ARTIGOS EM DESENVOLVIMENTO

- ✓ Dimensões macro e micro contextuais implicadas na ocorrência de agressão entre os gêneros– em fase de análise estatística.

8.5 RESUMOS PUBLICADOS

CAVALCANTE, G.M.S, SILVA, C.J.P., NOBREGA, L.M., LUCAS, R.S.C.C., BENTO,P.M., FERREIRA, E.F., DÁVILA, S. Traumas Bucomaxilofaciais e Violência Contra Mulher: estudo dos laudos do Núcleo de Medicina e Odontologia Legal de Campina Grande-PB. 28ª Reunião Anual da Sociedade Brasileira de Pesquisa Odontológica. Águas de Lindóia, São Paulo, 2011.

SILVA, C.J.P., CAVALCANTE, G.M.S, L.P.P, NAVES, DÁVILA, S., LACERDA, J.C.T., FERREIRA, E.F. Violência urbana e gênero: um olhar sobre os traumas maxilofaciais. Arq. Odontol.: Belo Horizonte. V.47 supl.1 , Mai, 2011.

SANTOS, A.M.S., LIMA, M.M.S.M., CAVALCANTE, G.M.S, NOBREGA, L.M, FERREIRA, E.F., DÁVILA, S. Vitimização e trauma maxilofacial por acidentes de trânsito em Campina Grande – PB. XIII Reunião da Sociedade Norte-Nordeste de Pesquisa Odontológica. Teresina, PI, 2011.

SANTOS, H.B.P., COSTA, M.C.F., CAVALCANTE, G.M.S, NOBREGA, L.M, FERREIRA, E.F., DÁVILA, S. Violência Interpessoal e traumas maxilofaciais em Campina Grande- PB. XIII Reunião da Sociedade Norte-Nordeste de Pesquisa Odontológica. Teresina, PI, 2011.

SILVA, G.C.B COSTA, M.C.F., CAVALCANTE, G.M.S, NOBREGA, L.M, FERREIRA, E.F., DÁVILA, S. Etiologia e distribuição das fraturas de face em vítimas de violência urbana, Campina Grande- PB. XIII Reunião da Sociedade Norte-Nordeste de Pesquisa Odontológica. Teresina, PI, 2011.

CAVALCANTE, G.M.S.; NÓBREGA, L.M.; COSTA, M.C.F.; SILVA, C.J.P.; D'ÁVILA, S.; FERREIRA, E.F. Diferença de gênero na expressão do trauma maxilofacial por agressão em uma cidade do nordeste brasileiro. XXI ENATESPO - Encontro Nacional de Administradores e Técnicos do Serviço Público Odontológico. Belo Horizonte/MG, 2012.

NOBREGA, L.M., BARBOSA, K.G.N., CAVALCANTE, G.M.S, FERREIRA, E.F., DÁVILA, S. Violência, perfil do agressor e da vítima. XVI Congresso Internacional de Odontologia da Bahia. Salvador, Bahia, 2012.

NOBREGA, L.M., CAVALCANTE, G.M.S, BARBOSA, K.G.N., COSTA, M.C.F., FERREIRA, E.F., DÁVILA, S. Caracterização das lesões faciais de mulheres vítimas de violência. XIV Reunião da Sociedade Norte-Nordeste de Pesquisa Odontológica. Belém, PA, 2012.

NOBREGA, L.M., CAVALCANTE, G.M.S, COSTA, M.C.F., CAVALCANTE, J.R, OLIVEIRA, P.AP., DÁVILA, S. Trauma facial em mulheres atendidas em hospital do nordeste brasileiro. XIV Reunião da Sociedade Norte-Nordeste de Pesquisa Odontológica. Belém, PA, 2012.

CAVALCANTE, G.M.S, NOBREGA, L.M., COSTA, M.C.F., FERREIRA, E.F., DÁVILA, S. Trauma maxilofacial e violência: uma análise a partir do gênero em um município da região nordeste. 10º Congresso brasileiro de Saúde Coletiva. Porto Alegre/RS, 2012.

BARBOSA, K.G.N., NOBREGA, L.M., LIMA, M.M.S.M, PORTO, B.V., BERNADINO, I.M., CAVALCANTE, G.M.S, COSTA, M.C.F., DÁVILA, S. Incidência de trauma maxilofacial: análise de 950 casos registrados no IML. 30ª Reunião Anual da Sociedade Brasileira de Pesquisa Odontológica. Águas de Lindóia, São Paulo, 2013.

BARBOSA, K.G.N., DÁVILA, S., CAVALCANTE, J.R., COSTA, M.C.F., CAVALCANTE, G.M.S, LIMA, M.M.S.M Traumatismos faciais em mulheres por mecanismos violentos e não violentos: análise comparativa por faixa etária. 30ª Reunião Anual da Sociedade Brasileira de Pesquisa Odontológica. Águas de Lindóia, São Paulo, 2013.

FERREIRA, A.V.P., BERNARDINO, I.M., CAVALCANTE G.M.S., NÓBREGA L.M., SÉRGIO D' ÁVILA, FERREIRA, E.F. Análise do trauma maxilofacial entre os gêneros por agressão em uma cidade do nordeste do Brasil. XV Reunião da Sociedade Norte-Nordeste de Pesquisa Odontológica. Aracaju, SE, 2013.

BERNARDINO, I.M., NÓBREGA L.M., VASCONCELOS, B.B.P., CALVALCANTE G.M.S., RAMOS-JORGE M.L., D' AVILA S. Trauma facial em vítimas de acidentes de transporte terrestre: análise dos atendimentos em um serviço forense. XV Reunião da Sociedade Norte-Nordeste de Pesquisa Odontológica. Aracaju, SE, 2013.

LIMA, MMSM; NÓBREGA, LM; BARBOSA, KGN; CAVALCANTE, GMS; D'AVILA, S Violência por causas externas: um estudo em um município do nordeste brasileiro. Premiado em 2º lugar na categoria PAINEL - PESQUISA CIENTÍFICA IX Jornada Paraibana de Odontologia. Campina Grande-PB, 2013.

LIMA, M.M.S.M., ARAÚJO, Z.H.F.M., BARBOSA, K.G.N., CAVALCANTE, G.M.S, NOBREGA, L.M, DÁVILA, S. Trauma faciais em crianças e adolescentes vítimas de

violência no trânsito: um estudo de prevalência. 31ª Reunião Anual da Sociedade Brasileira de Pesquisa Odontológica. Águas de Lindóia, São Paulo, 2014.

8.6 CURSOS

Curso Vigilância da Saúde Bucal. Faculdade de Saúde Pública, USP- Universidade de São Paulo, 2011.


8.7 PERSPECTIVAS FUTURAS

Considerando que a ocorrência de eventos violentos analisados nesse estudo, sobretudo relacionados às mulheres, mostrou-se relacionada com as condições socioeconômicas, pretende-se futuramente estudar se as políticas públicas voltadas para prevenção da violência contra a mulher contemplam a transversalidade de gênero, compreendida como iniciativa do poder público de correção de assimetrias de tratamento para os gêneros, para superar iniquidades sociais traduzidas a partir de diferenças no acesso à elevado grau de instrução e recursos que proporcionem igualdade de oportunidade à níveis qualificados de emprego.

APÊNDICE A
FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS

U F <i>m</i> G UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS DOUTORADO EM ODONTOLOGIA				FICHA Nº _____		
Mês: _____ Ano: _____ Laudo Nº _____ Iniciais: _____ Bairro: _____				Remetido: _____		
INFORMAÇÕES GERAIS						
1-Idade 1- Até 9 anos 2- 10 a 19 anos 3- 20 a 29 anos 4- 30 a 39 anos 5- 40 a 49 anos <input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/>		2- Gênero 1- Feminino 2- Masculino 999- Não registrado <input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/>		3- Região 1- Campina Grande 2- Região Metropolitana 3- Outras cidades 999- Não registrado <input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/>		
4-SITUAÇÃO CONJUGAL		5-ESCOLARIDADE		6- OCUPAÇÃO		
1- Solteiro(a) 2- Viúvo(a) 3- Separado(a) 4- Casado(a) 5- União estável 999- Não registrado <input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/>		1- Não alfabetizado 2- Ensino fundamental incompleto 3- Ensino fundamental completo 4- Ensino médio incompleto 5- Ensino médio completo 6- Ensino superior incompleto 7- Ensino superior completo 999- Não registrado <input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/>		<input style="width: 100%; height: 40px;" type="text"/>		
7-CIRCUNSTANCIA DA AGRESSÃO		8-SEXO DO AGRESSOR	9-SUJEITO AGRESSOR		10-INSTRUMENTO UTILIZADO	11-TRAUMA
1- Violência intrafamiliar 2- Violência comunitária 999- Não registrado <input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/>		1- Feminino 2- Masculino 999- Não registrado <input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/>	1- Companheiro/Namorado 2- Ex-companheiro/Ex namorado 3- Familiar 4- Conhecido 5- Estranho 999- Não registrado <input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/>		1- Agressões nuas 2- Instrumentalizada 4- Outros/ Quais 5- Mista 999- Não registrado <input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/>	1- Tecido mole 2- Fratura simples 3- Fratura múltipla 4- Dentoalveolar 5- Fratura óssea + Dentoalveolar 6- Outros 999- Não registrado <input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/>
12-DIA DA OCORRÊNCIA		13-HORÁRIO DO EVENTO		14-SEDE EM FACE		
1- Segunda 2- Terça 3- Quarta 4- Quinta 5- Sexta 6- Sábado 7- Domingo 999- Não registrado <input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/> Dia: ___/___/___		1- 00:00-05:59 2- 06:00-11:59 3- 12:00-17:59 4- 18:00-23:59 999- Não registrado <input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/>		1 Sim 2 Não <input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/>		

ANEXO A
AUTORIZAÇÃO DO NÚCLEO DE MEDICINA E ODONTOLOGIA LEGAL

	<p style="text-align: center;">GOVERNO DA PARAÍBA</p>	<p style="text-align: center;">SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA NÚCLEO DE ODONTOLOGIA E MEDICINA LEGAL DE CAMPINA GRANDE/PB Rua João Machado, 456- Bairro Prata Cep. 58101-300- tel. 3310-6729</p>
---	---	---

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

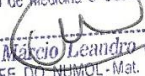
Campina Grande, 21 de junho de 2011



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

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

Atenciosamente,

Instituto de Polícia Científica
Núcleo de Medicina e Odontologia Legal

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

Dr. Márcio Leandro da Silva
Chefe da NUMOL

Ao Prof. Dr.
Sérgio D'Ávila Lins Bezerra Cavalcanti,
Programa de pós-graduação em Odontologia.

ANEXO B

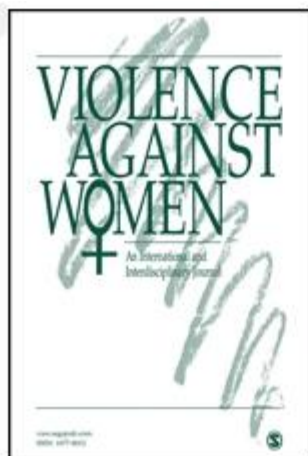
APROVAÇÃO NO COMITÊ DE ÉTICA

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](#)

ANEXO C

NORMAS PARA PUBLICAÇÃO NA REVISTA VIOLENCE AGAINST WOMEN



Violence Against Women

Editor:
[Claire Renzetti](#)

University of Kentucky

 Tweet 0

 Like 5

SHARE

DOWNLOAD FLYER

[About the Title](#)
[Manuscript Submission](#)
[Aims & Scope](#)
[Editorial Board](#)
[Abstracting/Indexing](#)
[Subscribe](#)

Manuscripts should be submitted electronically to <http://mc.manuscriptcentral.com/vaw>. Articles should be typewritten, double-spaced, with footnotes, references, tables, and charts on separate pages, and should follow the Publication Manual of the American Psychological Association (5th edition). Manuscripts will be sent out anonymously for editorial evaluation. Each article should begin with an abstract of about 100 words. The page limit is 35 double-spaced pages, inclusive of notes, references, tables, etc.

Obtaining permission for any quoted or reprinted material that requires permission, and paying any and all associated fees, is the responsibility of the author. Submission of a manuscript implies commitment to publish in the journal. Authors submitting manuscripts to the journal should not simultaneously submit them to another journal, nor should manuscripts have been published elsewhere in substantially similar form or with substantially similar content. Authors in doubt about what constitutes prior publication should consult the Editor claire.renzetti@uky.edu.

English language editing services

Authors seeking assistance with English language editing, translation, or figure and manuscript formatting to fit the journal's specifications should consider using the services offered by SAGE Language Services. Visit [SAGE Language Services](#) on our [Journal Author Gateway](#) for further information.

ANEXO D

NORMAS PARA PUBLICAÇÃO NA REVISTA SAUDE E SOCIEDADE



ISSN 0104-1290 versão impressa
ISSN 1984-0470 versão on-line

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

- [Escopo e política](#)
- [Forma e preparação de manuscritos](#)
- [Envio de manuscritos](#)

Escopo e política

Política editorial: Veicular produção científica de caráter crítico e reflexivo em torno do campo da saúde pública/coletiva de modo a socializar novas formas de abordar o objeto. Igualmente, veicular produção de técnicos de diversos órgãos, tais como secretarias estaduais e municipais de saúde, que divulgam resultados de seus trabalhos, com contribuições importantes e que não devem ficar restritas a relatórios de circulação interna, contribuindo para o avanço do debate e da troca de ideias sobre temas desafiantes, cujas raízes encontram-se na própria natureza multidisciplinar da área.

São particularmente valorizados artigos que façam interface da saúde com as ciências sociais e humanas.

Áreas de interesse: Desde sua criação, em 1992, **Saúde e Sociedade** tem publicado trabalhos de diferentes áreas do saber que se relacionam ou tenham como objeto de preocupação a saúde pública/coletiva. Nesse sentido, abarca a produção de diferentes ramos das ciências humanas e sociais e da ciência ambiental, incorporando a produção científica, teórica e aquela mais especificamente relacionada às propostas de intervenção e prática institucional.

Tipos de artigos:

Publica matéria inédita de natureza reflexiva, de pesquisa e atualização do conhecimento, sob a forma de:

- a) artigos de pesquisas originais;
- b) análise de grandes temas de interesse da área;
- c) ensaios de natureza teórica, metodológica ou técnica, que estimulem a polêmica ou o tratamento de temas específicos sob diferentes enfoques;
- d) dossiês - textos ensaísticos ou analíticos resultantes de estudos ou pesquisas originais sobre tema indicado pelos editores e a convite deles.
- e) relatos de experiências nas áreas de pesquisa, do ensino e da prestação de serviços de saúde;
- f) cartas à redação com comentários sobre ideias expressas em matéria já publicada pela revista, tendo em vista fomentar uma reflexão crítica acerca de temas da área;

Do ineditismo do material

O conteúdo dos artigos enviados para publicação não pode ter sido publicado anteriormente ou encaminhado simultaneamente a outro periódico. Os artigos publicados na *Saúde e Sociedade*, para serem publicados em outros locais, ainda que parcialmente, necessitam de aprovação por escrito por parte dos Editores.

Da autoria

As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados; redação do artigo ou a sua revisão crítica; e aprovação da versão a ser publicada.

No final do texto devem ser especificadas as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

Da seleção de artigos e revisão por pareceristas

Na seleção de artigos para publicação, avalia-se o mérito científico do trabalho e sua adequação às normas editoriais adotadas pela revista. Nos trabalhos de investigação envolvendo seres humanos deve ser explicitada a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição onde foi realizada a pesquisa.

Saúde e Sociedade submete todos os originais à apreciação da Comissão Editorial apoiada por consultores *ad hoc*, que recomendam sua aceitação ou rejeição, podendo apresentar aos autores sugestões de alterações. Cada trabalho será apreciado por, no mínimo, dois relatores, cujos nomes serão mantidos em sigilo, omitindo-se também o(s) nome(s) do(s) autor(es) perante os relatores.

a e preparação de manuscritos

Formato

Papel tamanho A4, margens de 2,5 cm, espaço 1,5, letra Times New Roman 12. Número máximo de páginas: 20 (incluindo ilustrações e referências bibliográficas).

Estrutura

Título: Conciso e informativo. Na língua original e em inglês. Incluir como nota de rodapé a fonte de financiamento da pesquisa.

Nome(s) do(s) autor(es): todos devem informar a afiliação institucional (em ordem decrescente, por exemplo: Universidade, Faculdade e Departamento) e e-mail. O autor responsável pela correspondência também deve informar seu endereço completo (rua, cidade, CEP, estado, país).

Resumos: Devem refletir os aspectos fundamentais dos trabalhos, com no mínimo 150 palavras e no máximo 250, incluindo objetivos, procedimentos metodológicos e resultados. Devem preceder o texto e estar na língua do texto e em inglês (abstract).

Palavras-chave: De 3 a 6, na língua do texto e em inglês, apresentados após o resumo.

Gráficos e tabelas: Os gráficos e tabelas devem ser apresentados em seus programas originais (por exemplo, em Excel: arquivo.xls), devidamente identificados, em escala de cinza.

Imagens: As imagens (figuras e fotografias) devem ser fornecidas em alta resolução (300 dpi), em JPG ou TIF, com no mínimo 8 cm de largura.

Citações no texto: Devem ser feitas pelo sobrenome do autor (letra minúscula), ano de publicação e número de página quando a citação for literal, correspondendo às respectivas referências bibliográficas. Quando houver mais de dois autores, deve ser citado o primeiro, seguido de e "col.". Exemplo: Martins e colaboradores (2014) ou (Martins e col., 2014).

Referências

Será aceito no máximo 40 referências por artigo com exceção dos artigos de revisão bibliográfica. Os autores são responsáveis pela exatidão das referências bibliográficas citadas no texto. As referências deverão seguir as normas da ABNT NBR 6023, serem apresentadas ao final do trabalho e ordenadas alfabeticamente pelo sobrenome do primeiro autor. A seguir alguns exemplos:

- **Livro**

FORTES, P. A. de C.; RIBEIRO, H. (Org.). *Saúde global*. São Paulo: Manole, 2014.

- **Capítulo de Livro**

GOTLIEB, S. L. D.; LAURENTI, R.; MELLO JORGE, M. H. P. Crianças, adolescentes e jovens do Brasil no fim do século XX. In: WESTPHAL, M. F. *Violência e criança*. São Paulo: EDUSP, 2002. p. 45-72.

- **Artigo de Periódico**

BASTOS, W. et al. Epidemia de *fitness*. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 485-496, 2013.

- **Tese**

SANTOS, A. L. D. dos. *Histórias de jovens que vivenciaram a maternidade na adolescência menor: uma reflexão sobre as con vulnerabilidade*. 2006. Tese (Doutorado em Saúde Materno-Infantil)-Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2006.

- **Documento on-line**

WHO GLOBAL MALARIA PROGRAMME. World malaria report: 2010. Geneva: WHO, 2010. Disponível em: <http://www.who.int/malaria/world_malaria_report_2010/worldmalariaeport2010.pdf>. Acesso em: 7 mar. 2011.

- **Legislação (Lei, Portaria etc.)**

- **Versão impressa**

BRASIL. Lei nº 9887, de 7 de dezembro de 1999. Altera a legislação tributária federal. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 8 dez. 1996. Seção 1, p. 13.

- **Versão eletrônica**

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria nº 485, de 11 de novembro de 2005. Aprova a Norma Regulamentadora n (Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Saúde). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, nov. 2005. Disponível em: <http://www.mte.gov.br/legislacao/portarias/2005/p_20051111_485.pdf>. Acesso em: 17 jan. 200

- **Artigo ou matéria de jornal**

CUPANI, G. População sedentária preocupa médicos reunidos em simpósio. Folha de S. Paulo, São Paulo, 15 out. 2010. Equilíbrio e Saúde, p. 14.

- **Trabalho apresentado em evento (congresso, simpósio, seminário etc.)**

- **Versão impressa**

COUTO, M. T.; SOTT, R. P. Ética, diversidade e saúde reprodutiva. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS EM SAÚDE, 2., 1999, São Paulo. *Livro de resumos...* São Paulo: Abrasco: Unifesp, 1999, p. 100.

- **Versão eletrônica**

CARVALHO, C. A. Religião e aids: segredos e silêncios. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE PREVENÇÃO EM DST/AIDS, 4., 2001, Cuiabá. *Anais...* Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001, p. 71-72. Disponível em: <<http://www.portalsaudebrasil.com/artigozppob/public007.pdf>>. Acesso em: 18 ago.2006.

material

<http://submission.scielo.br/index.php/sausoc/login>

ANEXO E

NORMAS PARA PUBLICAÇÃO NA REVISTA BRASILEIRA DE EPIDEMIOLOGIA

revista brasileira de
epidemiologia

ISSN 1980-5497 versão on-line

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

- [Escopo e política](#)
- [Apresentação do manuscrito](#)
- [Envio de manuscritos](#)

Escopo e política

A **Revista Brasileira de Epidemiologia** tem por finalidade publicar Artigos Originais e inéditos, inclusive de revisão crítica sobre um tema específico, que contribuam para o conhecimento e desenvolvimento da Epidemiologia e ciências afins (máximo de 25 p., incluindo tabelas e gráficos). Publica também artigos para as seções: Debate destinada a discutir diferentes visões sobre um mesmo tema que poderá ser apresentado sob a forma de consenso/dissenso, artigo original seguido do comentário de outros autores, reprodução de mesas redondas e outras formas assemelhadas; Notas e Informações - notas prévias de trabalhos de investigação, bem como relatos breves de aspectos novos da epidemiologia além de notícias relativas a eventos da área, lançamentos de livros e outros (máximo de 5 p.); Cartas ao Editor - comentários de leitores sobre trabalhos publicados na Revista Brasileira de Epidemiologia (máximo de 3 p.).

Os manuscritos apresentados devem destinar-se exclusivamente à **Revista Brasileira de Epidemiologia**, não sendo permitida sua apresentação simultânea a outro periódico. Para tanto, o(s) autor(es) deverá(ão) assinar declaração de acordo com modelo fornecido pela Revista. Os conceitos emitidos, em qualquer das seções da Revista, são de inteira responsabilidade do(s) autor(es).

Cada manuscrito é apreciado por no mínimo dois relatores, indicados por um dos Editores Associados, a quem caberá elaborar um relatório final conclusivo a ser submetido ao Editor Científico. Os manuscritos não aceitos ficam à disposição do(s) autor(es) por um ano.

Os manuscritos publicados são de responsabilidade da Revista, sendo vedadas tanto a reprodução, mesmo que parcial, em outros periódicos, como a tradução para outro idioma sem a autorização do Conselho de Editores. Assim, todos os trabalhos, quando submetidos a publicação, deverão ser acompanhados de documento de transferência de direitos autorais, contendo assinatura do(s) autor(es), conforme modelo fornecido pela Revista.

Apresentação do manuscrito

Os artigos são aceitos em português, espanhol ou inglês. Os artigos em português e espanhol podem ser acompanhados, além dos resumos (no idioma original do artigo e em inglês), e respectivo número do processo.

Ilustrações

As tabelas e figuras (gráficos e desenhos) deverão ser enviadas em páginas separadas; devem ser suficientemente claras para permitir sua reprodução de forma reduzida, quando necessário.

Palavras-chave

Os autores deverão apresentar no mínimo 3 e no máximo 10 palavras-chave que considerem como descritores do conteúdo de seus trabalhos, no idioma em que o artigo foi apresentado e em inglês para os artigos submetidos em português e espanhol, estando os mesmos sujeitos a alterações de acordo com o "Medical Subject Headings" da NML.

Abreviaturas

Deve ser utilizada a forma padronizada; quando citadas pela primeira vez, devem ser por extenso. Não devem ser utilizadas abreviaturas no título e no resumo.

Referências

Numeração consecutiva de acordo com a primeira menção no texto, utilizando algarismos arábicos em sobrescrito. A listagem final deve seguir a ordem numérica do texto, ignorando a ordem alfabética de autores. Não devem ser abreviados títulos de livros, editoras ou outros. Os títulos de periódicos seguirão as abreviaturas do Index Medicus/Medline. Devem constar os nomes dos 6 primeiros autores; quando ultrapassar este número utilize a expressão et al. Comunicações pessoais, trabalhos inéditos ou em andamento poderão ser citados quando absolutamente necessários, mas não devem ser incluídos na lista de referências, somente citadas no texto ou em nota de rodapé. Quando um artigo estiver em via de publicação, deverá ser indicado: título do periódico, ano e outros dados disponíveis, seguidos da expressão, entre parênteses "no prelo". As publicações não convencionais, de difícil acesso, podem ser citadas desde que o(s) autor(es) do manuscrito indique(m) ao leitor onde localizá-las.

A exatidão das referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

EXEMPLOS DE REFERÊNCIAS**Artigo de periódico**

Szko M. Estrogen replacement therapy and cognitive functioning in the Atherosclerosis Risk in Communities (ARIC) Study. *Am J Epidemiol* 1996; 144: 1048-57.

Livros e outras monografias

Lilienfeld DE, Stolley PD. *Foundations of epidemiology*. New York: Oxford University Press; 1994.

Capítulo de livro

Laurenti R. Medida das doenças. In: Forattini OP. *Ecologia, epidemiologia e sociedade*. São Paulo: Artes Médicas; 1992. p. 369-98.

Tese e Dissertação

Bertolozzi MR. Pacientes com tuberculose pulmonar no Município de Taboão da Serra: perfil e representações sobre a assistência prestada nas unidades básicas de saúde [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 1991.

Trabalho de congresso ou similar (publicado)

Mendes Gonçalves RB. Contribuição à discussão sobre as relações entre teoria, objeto e método em epidemiologia. In: *Anais do 1º Congresso Brasileiro de Epidemiologia*; 1990 set 2-6; Campinas (Br). Rio de Janeiro: ABRASCO; 1990. p. 347-61.

Relatório da OMS

World Health Organization. Expert Committee on Drug Dependence. 29th Report. Geneva; 1995. (WHO - Technical Report Series, 856).

Documentos eletrônicos

Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics. [computer program]. Version 2.2. Orlando (FL): Computerized Systems; 1993.

OBSERVAÇÃO

A Revista Brasileira de Epidemiologia adota as normas do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (estilo Vancouver), publicadas no New England Journal of Medicine 1997; 336: 309 e na Revista Panamericana de Salud Publica 1998; 3: 188-96, cuja cópia poderá ser solicitada à Secretaria da Revista.

Envio de manuscritos

Os manuscritos são submetidos online, através da plataforma Scielo:
<http://submission.scielo.br/index.php/rbepid/editor/submitmission/11821>

As declarações devem ser endereçadas ao Editor Científico, no seguinte endereço:
Av. Dr. Arnaldo, 715 subsolo - sala S28
01246-904 São Paulo, SP - Brasil
fone/fax (011) 3085 5411
e-mail: revbrepi@edu.usp.br