

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LESÕES DE VIOLÊNCIA FÍSICA CONTRA MULHERES: ESTUDO PROSPECTIVO

ANDRESSA DA SILVA ARDUIM¹; TANIA IZABEL BIGHETTI³; LENISE MENEZES SEEERIG³

¹Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Pelotas – dessa_arduim@hotmail.com

³Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Pelotas – taniabighetti@hotmail.com

³Fundação de Atendimento Socioeducativo - RS– leniseeeri@yahoo.com.br

1. INTRODUÇÃO

Violência contra a mulher é qualquer ato de violência que tem por base o gênero e que resulta ou pode resultar, em dano ou sofrimento de natureza física, sexual ou psicológica (ONU, 1996). No período de 2001 foi constatado que uma em cada dez mulheres em situação de violência que procuraram atendimento médico foi oficialmente reconhecida pelos profissionais de saúde (CASA DA CULTURA DA MULHER NEGRA, 2001). As causas dessa “não percepção” podem ser despreparo dos profissionais da saúde, desinteresse, falta de tempo de escuta, ater-se somente às lesões físicas, e à cultura de que “em briga de marido e mulher, ninguém mete a colher” (GARBIN et al., 2006).

Cabeça e face são as regiões mais comprometidas (SCHRAIBER et al., 2002; GARBIN et al., 2006; ANDRADE et al., 2011). Para Jong (2000) a intenção do agressor é tornar visível a lesão e prejudicar um atributo muito valorizado socialmente, a beleza feminina. Na rotina odontológica o profissional pode se deparar com traumatismos no complexo bucomaxilofacial (SILVA et al., 2011). Assim tem a responsabilidade ético-legal de denunciar os casos, por meio de notificação compulsória (BRASIL, 2003a). Deverá registrar em prontuário, arquivar a documentação e atentar para o sigilo profissional (BRASIL, 2003b).

Objetivou-se descrever o perfil epidemiológico de mulheres que sofreram de violência física e caracterizar as lesões.

2. METODOLOGIA

Realizou-se estudo do tipo censo, transversal e prospectivo, conduzido a partir dos laudos periciais do Departamento Médico Legal (DML) de Pelotas-RS. A coleta dos dados secundários foi realizada por uma pesquisadora, no período de janeiro de 2014 a janeiro de 2015. Foi solicitada autorização do DML e o projeto foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa (protocolo nº14/2014).

As variáveis foram faixa etária (1-11 anos, 12-18 anos, de 19-30 anos, 31-45 anos, 46-59 anos e mais que 60 anos); cor da pele (branca, preta, amarela, indígena, parda); estado civil (solteira, união estável e divorciada/viúva); localização de moradia (Três Vendas, Centro, Fragata, Areal/Laranjal, Colônia, outras cidades); e ocupação (nível superior, médio, básico, desempregada/do lar, estudante/jovem aprendiz; e aposentada/pensionista); estação do ano (primavera, verão, outono e inverno); local da lesão (face/cabeça, tronco/face/cabeça, tronco/membros superiores/ membros inferiores/membros superiores e inferiores, combinações de locais - membros superiores e outros, combinações de locais - membros inferiores e outros; outras combinações de locais; corpo inteiro); meio de produção (veneno, fogo, explosivo, asfixia ou tortura ou outro insidioso ou cruel) e gravidade da lesão (leve, grave e gravíssima); tipo de instrumento (contundente; cortante e corto-contundente); incapacidade produzida (para

ocupações habituais por mais de 30 dias, permanente para o trabalho, enfermidade incurável ou deformidade permanente, debilidade permanente ou perda ou inutilização de membro, sentido ou função, e perigo de vida).

Os dados foram digitados em uma planilha do programa *Microsoft Office Excel* versão 2010, transferidos para o programa *Stata* versão 12, e analisados de forma descritiva.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram analisados 1.330 laudos e observou-se prevalência de 34,8% mulheres de 19-30 anos de idade, a maioria solteira (73,8%) sendo 85,9% da cor branca. O período de primavera/verão foi o de maior prevalência correspondendo a 57% dos laudos, a região de face e cabeça correspondeu a 23,4% das lesões, o instrumento contundente esteve presente em 89,1% dos casos, apenas 0,3% foi realizado por meio insidioso ou cruel e 90,5% das lesões foram classificadas como leve.

A violência doméstica é um problema de alta relevância pelo seu elevado número de casos e ao mesmo tempo pela sua invisibilidade. O fato de as mulheres de todas as faixas etárias (1 a 82 anos) serem vitimadas reforça a necessidade de discussão deste evento como problema de saúde pública, pois quadros orgânicos podem resultar das lesões (DAY et al., 2003), e vão exigir ações preventivas e assistenciais dos mais diversos níveis de complexidade.

A faixa de 19-30 anos representou em torno de 35% dos casos de violência, período de maior atividade sexual das mulheres (ARAUJO et al., 2011; PIRES et al., 2012; DESLANDES et al., 2000). Em outros estudos, a faixa de 0-15 anos (GARBIN et al., 2006; FIGUEIREDO et al., 2012), teve maior prevalência, sendo provenientes de inquéritos policiais e do núcleo de vigilância de violência. Isto pode sugerir que a mulher adulta tem livre arbítrio de representar ou não contra seus agressores, e a criança e o adolescente ficam sujeitos à obrigatoriedade de a autoridade policial instaurar inquérito, uma vez identificada a suspeita de maus tratos.

A categoria desempregada/do lar apareceu em 1/4 das mulheres e pode estar relacionada à dependência e submissão. Esta proporção também apareceu em relação a ser estudante/jovem aprendiz e vai ao encontro à faixa etária predominante que foi de mulheres jovens.

Houve homogeneidade na distribuição das mulheres agredidas em relação ao distrito de residência em Pelotas. Dentre as estações do ano o verão e a primavera corresponderam a 57% das ocorrências, tais épocas condizem aos períodos de maiores temperaturas do ano. Temperaturas elevadas sugestionam o consumo de álcool e uma vida social mais ativa.

Verificou-se que o sítio das lesões mais prevalentes foi face e cabeça, pela sua vulnerabilidade (FIGUEREDO et al., 2012; ANDRADE et al., 2011; GARBIN et al., 2006, PIRES et al. 2012). A região de face pode ser a de preferência do agressor pelo caráter de humilhação expressado quando o rosto da mulher é atingido (SCHRAIBER et al. 2002). O segundo lugar de maior acometimento foram os membros superiores por serem utilizados como defesa no momento da agressão (SCHRAIBER et al. 2012; DESLANDES et al. 2000).

O tipo de agente utilizado para produzir a ofensa foi o contundente na maioria dos casos (NASCIMENTO et al. 2012; GARBIN et al. 2006). Detectou-se que em quatro casos foi considerado como meio insidioso ou cruel, porém existe subjetividade nesta avaliação. A maioria das lesões foi considerada leve (GARBIN et al., 2006; CHIAPERINI et al., 2009). Constatou-se que em dois casos a lesão

foi designada gravíssima, justificado pelo fato de gerar detrimento psicossocial e moral em virtude da morfologia aparente (PIRES et al., 2012).

Ficaram incapacitadas para as ocupações habituais por mais de 30 dias 19 mulheres, o que pode estar associado ao fato de muitas mulheres se autodenominarem como “do lar”. Foram identificadas com incapacidade permanente para o trabalho, ou enfermidade incurável ou deformidade permanente duas das mulheres assistidas no período; e em sete casos as agressões resultaram em debilidade permanente ou perda ou inutilização de membro, sentido ou função.

A falta de informação apareceu em 14,2% dos laudos, tanto para incapacidade permanente como debilidade permanente apontando a necessidade de exames complementares. O perigo à vida da vítima apareceu em dois casos, aspecto não investigado em outros estudos.

Laudos preenchidos de maneira incompleta, ou até mesmo ausência de preenchimento, podem conduzir o estudo a conclusões equivocadas. Laudos com situações equivalentes, porém com constatações divergentes sugerem falta de padronização e subjetividade.

Algumas hipóteses levantadas merecem aprofundamento como: associação entre bairro/distrito de residência e violência doméstica; hábitos e estações do ano; subjetividade do instrumento causador da agressão; além do peso da ausência de registros nos resultados.

4. CONCLUSÕES

Mulheres em sua maioria solteiras e de cor branca, sendo 1/3 delas na faixa etária de 19-30 anos, tendem a serem vítimas da violência, e que este evento tem maior prevalência na primavera/verão. Os instrumentos contundentes foram os mais prevalentes. Face e cabeça representaram 1/4 das partes mais atingidas, e as lesões incapacitantes ou que geram perigo à vida tiveram baixa prevalência. O delineamento do perfil epidemiológico das mulheres vitimadas e sua correta notificação permitem uma melhor abordagem da problemática violência doméstica, ressaltando a importância do cirurgião-dentista no atendimento integral e humanizado. Fundamenta-se assim a abordagem do tema violência doméstica nos cursos de graduação de Odontologia.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANDRADE, M. F.; GIULIANI C. D.; BIFFI, E. F. A. Perfil de mulheres vítimas de violência assistidas no pronto-socorro/Hospital de Clínicas-UFU. **Revista Fato & Versões**, v. 3, n. 5, p. 103-33, 2011.
- ARAUJO, R. J. G.; MENDES, M. B. B. L.; CASTRO, T. M.; JUNIOR, M. T. M., ARAUJO, A. B. L.; PACHECO, L. M. Análise dos traumas de face que acometem vítimas de violência doméstica. **Full. Dent. Sci.**; v. 3, n. 9, p. 78-85, 2011.
- BRASIL. Lei n.º 10.778, de 24 de novembro de 2003. **Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados**. Brasília; 2003a.
- BRASIL. Conselho Federal de Odontologia. Resolução n.º 42, de 20 de maio de 2003. **Aprova o Código de Ética Odontológica**. Rio de Janeiro; 2003b.
- CASA DE CULTURA DA MULHER NEGRA. **Violência contra a mulher: um novo olhar**. São Paulo, 2001.

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

DAY, V. P.; TELLES, L. E. B.; ZORATTO, P. H.; AZAMBUJA, M. R. F.; MACHADO, D. A.; SILVEIRA, M. B.; DEBIAGGI, M.; REIS, M. G.; CARDOSO, M. R., BLANK, P. Violência doméstica e suas diferentes manifestações. **Rev Psiquiatria**; v.25, n.1, p. 9-21, 2003.

DESLANDES, S. F.; GOMES, R.; SILVA, C. M. F. P. Caracterização dos casos de violência doméstica contra a mulher atendidos em dois hospitais do Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública**; v.16, n.1, p.129-17, 2000.

FIGUEIREDO, M. C.; CESAR, M. O.; SILVA, J. P.; BORBA, E. M. B. Prevalência de mulheres vítimas de violência no município de Porto Alegre e a influência de suas variáveis no âmbito odontológico. **Rev. Faculdade de Odontologia Passo Fundo**, v.17, n.3, p. 254-260, 2012.

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

JONG, L. C. **Perfil epidemiológico da violência doméstica contra a mulher em cidade do interior paulista**. 2000. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública): Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

NASCIMENTO, L. S.; HAGE, C. A.; NAKANO, A. M. S.; AZEVEDO, P. S. B.; LETIERRE, A. Violência contra a mulher e consequência à saúde bucal. **Gênero na Amazônia**; n. 2, p. 9-21, 2012.

ONU - ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Declaração de Beijing. **Conferência Mundial Sobre a Mulher**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

PIRES, G. E.; GOMES, E. M.; DUARTE, A. D.; MACEDO, A. F. Violência interpessoal em vulneráveis e mulheres: perfil das vítimas e diagnóstico pericial das lesões maxilomandibulares. **Oral Scienses**; v.4, n.1, p. 10-17, 2012.

SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; FRANÇA-JUNIOR, I.; PINHO, A. A. Violência contra a mulher estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. **Rev Saúde Pública**; v. 36, n. 4, p. 470-7, 2002.

SILVA, R. F.; PRADO, M. M.; GARCIA, R. R.; JUNIOR, E. D. Atuação profissional do cirurgião-dentista diante da Lei Maria da Penha. **Rev Sul-Bras Odontol.**; v. 7, n. 1, p. 110-6, 2010.