

Revista Brasileira de Odontologia Legal – RBOL

ISSN 2359-3466

<http://www.portalabol.com.br/rbol>



Traumatologia forense

PERFIL DAS LESÕES MAXILOFACIAIS EM MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA PERICIADAS EM UMA CIDADE DO ESTADO DA PARAÍBA (BRASIL).

Maxillofacial injuries profile in women victims of violence examined in a city of the state of Paraíba (Brazil).

Rennan Silva FELIX¹, Danillo Urquiza de FIGUEIRÊDO², Suellen Peixoto de Medeiros URQUIZA³, Gigliana Maria Sobral CAVALCANTE⁴, Angélica Felix de SOUZA⁵.

1. Cirurgião-dentista, Odontologia Legal, Curso de Especialização em Odontologia Legal da Faculdade COESP, João Pessoa, Paraíba, Brasil.
2. Mestre em Odontologia, Centro de Pesquisas Odontológicas São Leopoldo Mandic, SLMANDIC, Brasil.
3. Professora do Curso de Bacharelado em Odontologia, Faculdades Integradas de Patos, Paraíba, Brasil.
4. Doutora em Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.
5. Psicóloga, Saúde Pública, Faculdades Integradas de Patos, Paraíba, Brasil.

Informação sobre o manuscrito

Recebido em: 04 Maio 2020

Aceito em: 18 Junho 2020

Autor para contato:

Rennan Silva Felix.
Rua João Elias Ramalho 69, Imaculada, Paraíba, Brasil.
58745-000
E-mail: rennansf@outlook.com.

RESUMO

Em meio a diversos conceitos a violência atinge um número alarmante de mulheres em todo o mundo, promovendo efeitos físicos, morais e uma questão social. A Odontologia Legal, por sua vez, faz-se necessária na observação e no parecer crítico junto a tais atos, tendo em vista que na maioria dos casos as vítimas apresentam agravos na região facial. Diante disso, o presente estudo, de caráter informativo e conscientizador, teve como finalidade o levantamento de dados sobre o perfil das lesões maxilofaciais em mulheres vítimas de violência física, provenientes das ações geradas por agressor do sexo masculino. Os dados foram obtidos através dos prontuários expedidos pelo Núcleo de Medicina e Odontologia Legal (NUMOL) da cidade de Patos-PB, avaliando os laudos referentes aos anos de 2017 e 2018. O estudo avaliou variáveis específicas nos exames, que posteriormente foram classificadas e o perfil predominante encontrado foi de mulheres com idade entre 21 e 30 anos, residente em área de zona urbana, com ocupação em serviços “do lar”, tendo como grau de escolaridade ensino fundamental incompleto, estado civil em situação de casamento ou união estável, apresentando vínculo afetivo com o agressor. O cirurgião-dentista, como profissional que tem contato direto com a região bucomaxilofacial, pode e deve orientar quanto às condutas, na presença de sinais clínicos, seja a nível básico ou hospitalar. Além disso, deve orientar quanto a conduta da vítima frente o fenômeno e a participação social na luta contra tais atos.

PALAVRAS-CHAVE

Odontologia legal; Mulheres; Violência; Ferimentos e lesões.

INTRODUÇÃO

Explicar o fenômeno da violência eterniza um estático conceito propagado por tempos, apresentando uma compreensão que não entrega exatidão científica. Embora não haja uma solução clara da problemática e a sua caracterização seja ampla, a Organização Mundial da Saúde (OMS) define a violência, em termos gerais, como o “uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça contra si próprio, contra outra pessoa, 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”, abrindo um leque de possibilidades que confere uma imagem bem mais ampla do que se conceitua¹.

Está predisposto na etiologia desses casos um fator histórico onde se cruzam não somente agentes físicos, como também fatores psicológicos, políticos, econômicos e sociais. Diante disso, propõe-se uma complexa e dinâmica contextualização biopsicossocial para teorização da violência, que inserida em diversos âmbitos provoca degeneração moral, física e mental².

No campo da violência contra a mulher, sempre se observou uma definição muito ampla para as ocorrências, que impossibilitava entender e solucionar seus efeitos. A partir da década de 90, com o avanço dos estudos sobre a violência feminina, foi proposta uma subclassificação conforme sua etiologia, sendo definida “violência de gênero” todo o fenômeno causado por um agressor do sexo masculino. A classificação é recente, porém

este fenômeno já vem de um modelo arcaico presente desde os primeiros modelos de sociedade, onde a mulher encontrava-se em submissão ao homem, estando em condição de patriarcado perante tal.³⁻⁴.

No que tange os abalos físicos causados pela violência, o código penal brasileiro estabelece que as lesões podem ser de natureza leve ou grave. Na primeira não há grande comprometimento físico, podendo resultar em agravo psicológico. Classificam-se como graves as lesões que resultam em incapacidade provisória ou permanente de um todo ou parte, podendo ou não ocasionar risco a vida⁵.

Amparada pelo contexto jurídico, a Odontologia, guiada pelo exercício da Odontologia Legal, faz-se presente na compreensão dos efeitos acarretados pela violência física na região orofacial, que é listada como a de maior predileção pelos agressores. Na função de odontologista, o profissional discorre na listagem, enquadramento e classificação das lesões maxilofaciais, podendo realizar sozinho ou conjuntamente ao médico legista, tornando-se de fundamental importância na realização dos laudos necessários frente às ocorrências⁶⁻¹⁰.

Embora os dados dos estudos apresentem semelhanças quanto aos resultados, esses dados podem variar quanto à metodologia aplicada, controle e armazenamento dos bancos de dados utilizados^{4,11}. Referindo-se ao ato da violência propriamente dito, diversos estudos apontam que a grande maioria das lesões são produzidas por ações nuas, que são aquelas que não se utiliza nenhum

instrumento ou objeto diretamente, são exemplos: socos, tapas, pontapés, empurrões, estiramento de cabelo, arrastamentos, mordidas, esganamentos, dentre outros. Em segundo lugar aponta-se a ação instrumentada realizada por meio de madeiras, tijolos, ferros, pedras, armas de fogo, armas brancas, sacos, algemas, chicotes, cigarros, ferramentas, cintos, carros, choques elétricos etc., podendo ou não ter relação com as ações nuas¹²⁻¹⁴.

Ao listar as lesões, e seus respectivos locais, obtêm-se crânio, face, pescoço e região buco-dentárias como as de maior predileção, sendo a face e a região buco-dentária as mais frequentes. Em relação às lesões na área buco-dentária, grande parte relaciona-se a tecidos moles (comissura labial, mucosa labial e geniana), traumatismos e avulsões dentárias, desordens temporomandibulares (DTMs), fraturas mandibulares e a fraturas maxilares, porém grande parte das análises apontam como leves a gravidade da maioria dos casos observados^{8,12,15,16-18}.

O teor científico abordado pelo presente estudo representa um fator social importante e relevantemente atual, que serve como base de conscientização da problemática por parte da sociedade e de caráter informativo às vítimas e familiares, também destacando a importância dos profissionais da saúde, frente a sua responsabilidade na detecção dos efeitos oriundos dos atos de violência os contrapondo com o domínio jurídico, moral e social.

METODOLOGIA

O presente estudo, de finalidade analítica, exploratória e documental, na categoria transversal, definido pelo procedimento indutivo, caracterizado pelo método descrito-comparativo com modelo de observação direta intensiva, foi realizado no Núcleo de Medicina e Odontologia Legal (NUMOL), órgão este que é coordenado pelo Instituto de Polícia Científica (IPC) do estado da Paraíba, no núcleo da cidade de Patos, município brasileiro localizado no estado da Paraíba, na mesorregião do Sertão Paraibano, distante 307 km da capital João Pessoa e que atende a demanda pericial de 84 municípios do estado.

O universo do estudo englobou todos os laudos de lesão corporal expedidos pelo NUMOL, da cidade de Patos-PB de janeiro de 2017 a dezembro de 2018. A amostra do estudo foi composta por todos os laudos envolvendo mulheres que sofreram agressão física na região maxilofacial por agressores do sexo masculino.

Foram acessados e analisados, individualmente, os laudos referentes aos exames de lesão corporal, armazenados no setor de arquivo do NUMOL, e incluídos na pesquisa aqueles que envolviam lesão na região de cabeça e pescoço em mulheres vítimas de violência por agressores do sexo masculino, sendo caracterizada por violência de gênero. Foram excluídos da pesquisa os laudos cujo resultado apontou discordância com a finalidade da pesquisa, sendo eles: laudos com lesões fora do campo de estudo, laudos com informações inconsistentes ou omitidas, traumas e/ou

lesões que tenham sido gerados por acidentes específicos (automobilísticos, erros médicos e etc.).

Com o objetivo de traçar um perfil do impacto do fenômeno sobre a região maxilofacial e sobre o contexto social e moral em que a mulher está inserida, a pesquisa mostra como benefício à discussão dos dados e resultados obtidos a partir dos registros. Os riscos de exposição e extravio de dados pessoais das amostras analisadas foram minimizados com a correta cautela desde a coleta até o armazenamento e processamento.

Dado os critérios, as informações foram processadas em planilhas previamente elaboradas pelo pesquisador, avaliando as seguintes informações sobre as vítimas: numeração de laudos analisados; idade; local de moradia da vítima (zona urbana ou rural); grau de parentesco com o agressor; profissão; escolaridade; estado civil; grau de ofensa corporal (leve ou grave) de acordo com a classificação prevista no artigo 129 do Código Penal Brasileiro⁵; natureza da lesão, classificando em nua (quando proferida sem nenhuma instrumentação, utilizando apenas a atuação corporal) e/ou instrumentada (quando se fez uso de algum objeto para provocar lesão); localização anatômica da área lesionada; envolvimento tecidual, categorizado em grupos: grupo 1: fraturas, luxações e traumatismos - grupo 2: mucosa, pele e estruturas adjacentes - grupo 3: músculos e estruturas adjacentes - grupo 4: natureza generalizada - grupo 5: envolvimento sistêmico - grupo 6: não informado ou não detectado; local de ocorrência da agressão.

Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva e exploratória. Foram calculadas as frequências absolutas e percentuais de todas as variáveis investigadas, relacionadas tanto às características sociodemográficas, como às circunstâncias dos eventos e características dos traumas¹⁹. Todas as análises foram conduzidas com o auxílio do software IBM SPSS Statistics versão 20.0, considerando um intervalo de confiança de 95%.

A pesquisa teve início após a aprovação e avaliação do Comitê de Ética e Pesquisa das Faculdades Integradas de Patos, assim como a autorização da diretoria do NUMOL. Quanto à utilização dos registros expedidos pelos legistas, em forma de prontuário, exclui-se a necessidade de aplicação do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE). Por se tratar de um estudo observacional, os dados foram tratados conjuntamente e seus resultados divulgados de forma agregada e anônima, não expondo a identificação das participantes, respeitando os aspectos éticos conforme a resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, que regula as pesquisas com seres humanos.

RESULTADOS

Durante o período avaliado, foram registrados 124 casos de violência contra a mulher resultando em lesões maxilofaciais. A Tabela 1 mostra a distribuição das vítimas de acordo com as características sociodemográficas. A maioria tinha entre 21 e 30 anos de idade (n = 42; 33,9%), residia na zona urbana (n = 111; 89,5%), relatou ser do lar quanto à ocupação (n = 46;

37,1%), possuía baixa escolaridade, vivia em união estável com o parceiro íntimo geralmente o ensino fundamental (n = 68; 54,8%) incompleto (n = 44; 35,5%), e era casada ou

Tabela 1. Distribuição das vítimas de acordo com as características sociodemográficas.

Variáveis	Valor absoluto	Valor relativo%
Faixa etária		
≤ 10 anos	1	0,8
11 a 20 anos	29	23,4
21 a 30 anos	42	33,9
31 a 40 anos	30	24,2
41 a 50 anos	15	12,1
51 a 60 anos	3	2,4
> 60 anos	4	3,2
Local de moradia		
Zona urbana	111	89,5
Zona rural	13	10,5
Profissão		
Área estética	4	3,2
Comerciante	3	2,4
Do lar	46	37,1
Doméstica	12	9,7
Estudante	21	16,9
Profissional da saúde	3	2,4
Profissional da educação	4	3,2
Agricultora	3	2,4
Aposentada	2	1,6
Outras áreas	16	12,9
Sem ocupação	3	2,4
Não informado	7	5,6
Escolaridade		
Analfabeta	1	0,8
Ensino fundamental incompleto	44	35,5
Ensino fundamental completo	8	6,5
Ensino médio incompleto	19	15,3
Ensino médio completo	15	12,1
Ensino superior incompleto	5	4,0
Ensino superior completo	3	2,4
Não informado	29	23,4
Estado civil		
Solteira	43	34,7
Casada ou convivente	68	54,8
Divorciada	7	5,6
Viúva	0	0,0
Não informado	6	4,8

n = 124.

A Tabela 2 mostra a distribuição das vítimas de acordo com as circunstâncias dos eventos e características dos traumas. Os dados evidenciaram que o agressor geralmente era o companheiro da vítima (n = 45; 36,3%). O grau de ofensa corporal foi leve na maior parte das situações (n = 119; 96,0%), sendo a natureza da lesão correspondente a ação nua (n = 108; 87,1%). Casos de lesões maxilofaciais acometendo mais de um terço da face prevaleceram (n = 53; 42,7%), seguidos por casos de traumas isolados no terço inferior (n = 30; 24,2%).

O envolvimento tecidual mais frequentemente observado foi o do grupo 2, afetando mucosa, pele e adjacentes (n = 103; 83,1%). O local de ocorrência onde aconteceu a maioria das agressões foi o ambiente familiar (n = 50; 40,3%).

DISCUSSÃO

Observando a metodologia aplicada, nota-se que o fenômeno não segue um padrão temporal, nem tampouco entrega uma etiologia única. Por outro lado, correlativo com a dinâmica social, construção relacional e diversos outros fatores, a violência de gênero mesmo se desenvolvendo em contextos diferentes, segue um perfil lógico semelhante.

No que se confere ao padrão, percebe-se que há uma variação etária em relação aos resultados da pesquisa, não se atendo a um único grupo categórico, mas de forma geral compreendendo mulheres em condição jovem-adulta, embora destaque-se que mulheres de todas as idades também sofreram agressão por causadores do sexo masculino.

Referindo-se a idade das vítimas, nessa pesquisa, obtêm-se a faixa etária entre 21 e 30 anos a mais frequente, seguidas pela faixa que compreende entre 31 a 40 e 11 a 20 anos, respectivamente. Em estudo semelhante na cidade de João Pessoa, a predominância foi de mulheres entre 25 a 35 anos¹². Em dados obtidos por Garbin (2006)¹⁵ evidenciam-se as vítimas entre 0 e 15 anos como a de maior predileção dos agressores. Bernardino *et al.* (2016)¹⁶ calculou a média de idade das vítimas participantes do seu estudo, correspondendo a aproximadamente 35 anos.

Na análise do local de moradia das vítimas, mostra-se que mulheres residentes em zona urbana representam a parte predominante dos casos (89,5%). Um dos fatores para essa grande diferença é definida pelo índice populacional urbano, que comparado aos da zona rural certificam e validam os dados. Além disso, o acesso aos serviços de atendimento em casos de violência muitas vezes é dificultoso para indivíduos residentes em zona rural, ficando a cargo das delegacias municipais o encaminhamento desses casos, que ao se depararem com problemas de mobilidade acabam não dando continuidade aos exames físico-periciais.

No ponto de vista profissional e ocupacional houve o predomínio de mulheres “do lar” como as mais frequentes em situação de agressão (37,1%), estudantes também representaram quantidade significativa (16,9%). Aliando ao estudo de Deslandes *et al.* (2000)⁶ que mostrou que mulheres que não exerciam nenhuma atividade remunerada totalizaram

39,3% dos casos. Exemplificando que mulheres financeiramente dependentes, que ao não desenvolverem serviços gratificados, tendem a exercer atividades domésticas e conseqüentemente passam a ter mais contato com os agressores.

Tabela 2. Distribuição das vítimas de acordo com as circunstâncias dos eventos e características dos traumas.

Variáveis	Valor absoluto	Valor relativo%
Grau de parentesco com o agressor		
Pai	4	3,2
Companheiro	45	36,3
Ex-companheiro	22	17,7
Outros parentes	18	14,5
Terceiros	19	15,3
Não informado	16	12,9
Grau de ofensa corporal		
Leve	119	96,0
Grave	5	4,0
Natureza da lesão		
Ação nua	108	87,1
Ação instrumentada	16	12,9
Localização anatômica		
Terço superior	21	16,9
Terço médio	9	7,3
Terço inferior	30	24,2
Mais de 1/3	53	42,7
Não informado	11	8,9
Envolvimento tecidual		
Grupo 1 - fraturas, luxações e traumatismos	5	4,0
Grupo 2 - mucosa, pele e adjacentes	103	83,1
Grupo 3 - músculos e adjacentes	1	0,8
Grupo 4 - natureza generalizada	9	7,3
Grupo 5 - envolvimento sistêmico	1	0,8
Grupo 6 - não informado ou não detectado	5	4,0
Local de ocorrência da agressão		
Ambiente doméstico	50	40,3
Trabalho ou ambiente escolar	4	3,2
Via pública	26	21,0
Outros	12	9,7
Não informado	32	25,8

n = 124.

Correspondente ao grau de instrução das vítimas, mulheres em situação de baixa escolaridade são as mais afetadas, onde aquelas que dispunham de ensino fundamental incompleto somaram maioria (35,5%). Diante dos achados, associados

ao grau de escolaridade, obtém-se que o fator socioeconômico em que a mulher está inserida, propicia o ambiente para a prática. Outro fator expresso em estudos¹⁵⁻¹⁶ mostra que mulheres com baixa renda e com baixo grau de escolaridade tem maior interesse em realizar as denúncias e práticas forenses pertinentes.

A variável que lista as vítimas de acordo com o estado civil confirma que a maioria dos casos em que as mulheres se encontram em situação de violência de gênero são aquelas que possuem ou outrora já tiveram algum vínculo afetivo com o agressor. Isso se dá também pelo quantitativo em que o ofensor, em grande parte das ocorrências, é ou foi de convívio das mesmas, descrito como companheiros (36,3%) e ex-companheiros (17,7%). 40,3% dos dados coletados indicaram o ambiente doméstico como o de maior ocorrência dos atos, isso indica que atrelado a diversos fatores sociais, econômicos e afetivos, a constituição familiar é a porta principal para casos semelhantes.

Quanto às características da lesão, na classificação legal obtém-se achados de grau leve em maioria (96,0%). No presente estudo, em todos os casos avaliados, mesmo que em condição generalizada em outras partes do corpo da vítima, a região de cabeça e pescoço, especificamente na região da face, apresentaram lesões (91,1%). Subdividindo a face em três terços, foram encontrados achados em todos os terços descritos (superior, médio e inferior), alguns casos em situação de localização isolada, outros em situação generalizada. Ao analisar o tipo de envolvimento tecidual, de acordo com a gravidade, na maior parte

das ocorrências o envolvimento é de natureza leve, atingindo a mucosa, pele e/ou regiões adjacentes. Nos poucos casos de natureza grave descritos, foram encontrados casos de fratura, avulsão dentária, hemorragia e aborto, esse último decorrente de lesões de natureza generalizada e sistêmica. Dias e Santiago (2014)¹² descreveram a região buco-dentária, que corresponde ao terço inferior, como a de maior ocorrência das lesões (75,8%).

Do ponto de vista clínico, essas lesões variavam em escoriações e equimoses, proferidas em grande número por ações de natureza nua, descrevendo socos, chutes e arranhões como os atos mais frequentes. É importante salientar que dados retrospectivos apresentam características semelhantes, mesmo sendo coletadas em ambientes diferentes e com metodologia distintas. Schraiber (2002)⁸ avaliou mulheres atendidas em unidade de atenção primária de saúde e listou como achado frequente agressões físicas com lesões temporárias e agressões físicas com cicatrizes resultantes. Garbin (2006)¹⁵ analisou mulheres atendidas em delegacia de defesa à mulher, onde na mesma foram enumerados 54,5% das ocorrências com descrição similar, classificada em leve.

Consegue-se analisar o perfil e o padrão dos atos ocorridos, mas em questão de avaliação da quantidade, a defasagem dos postos de atendimento dificulta a contagem. Isso porque no estado da Paraíba esses atendimentos as vítimas são realizados tanto nos núcleos de medicina e odontologia legal, quanto nas delegacias municipais ou especializadas. Além disso, a

grande demanda de perícias, de diversos âmbitos, para um grande número de ocorrências e um pequeno número de profissionais e unidades, dificultam o processo.

O perfil das mulheres em situação de violência é descrito por vítimas em idade jovem-adulta; não desempenhando atividade remunerada levando ao cumprimento de atividades no lar; nível de escolaridade incompleto; dispostas em situação de envolvimento afetivo com o agressor ou que outrora já tenha ocorrido; submetidas ao ato em ambiente doméstico; portando lesões na região maxilofacial por ação de natureza nua e de grau leve; localizando-se em mais de um terço da face; atingindo anatomicamente estruturas superficiais referente a mucosa, pele ou adjacentes.

CONCLUSÃO

A Odontologia Social faz-se necessária não somente na prática curativa, mas também na informativa e revitalizadora. Aliada aos órgãos de saúde pública e segurança social ela torna-se fundamental na construção de medidas educativas que acolham as vítimas e denunciem o sistema penal para com os agressores.

Em relação aos serviços de apoio a mulher, percebe-se que os órgãos ainda não estão totalmente adaptados para receber esse tipo de demanda, tornando o processo mais dificultoso. Com isso, a

formalização das denúncias, por vezes, tende a não se completar.

É necessário um serviço especializado que lide diretamente com os casos descritos, de forma descentralizada, de forma que abranja um menor número de municípios, para que o acesso seja facilitado, aliando uma equipe de saúde multidisciplinar aos serviços de justiça que tratem o problema biopsicossocial como um todo, devolvendo a autoestima da mulher e a reinserindo na sociedade, minimizando os agravos dos episódios ocorridos, bem como a punição adequada aos agressores.

Observam-se mulheres vítimas não só por parte dos agressores, mas também, de uma sociedade de visão minimizada diante da problemática, tendo em vista o grande déficit por parte dos serviços públicos, gerando um desconforto danoso às vítimas. Algumas intervenções preventivas e ambulatoriais deveriam ser implantadas de forma sistemática e obrigatória, grupos terapêuticos, oficinas educativas e psicoterapias semanais na tentativa de diminuir o alto índice de mulheres que sofrem o ciclo vicioso da dependência emocional enraizada.

Diante disso, destaca-se a importância dos profissionais de saúde, na detecção inicial dos sinais clínicos e no correto redirecionamento das mulheres para os órgãos responsáveis e efetivação das denúncias.

ABSTRACT

Among various concepts, violence affects an alarming number of women around the world, with physical, moral, and social effects. Legal dentistry, consequently, is necessary in the observation and critical opinion of such acts, considering that in most cases the victims present with injuries in the facial region. Therefore, the objective of this informative and awareness raising study was to collect data on the profile of female victims with maxillofacial injuries resulting from physical violence caused by male aggressors. The data were obtained from medical and legal dentistry records issued by the Nucleus for Legal Medicine and

Dentistry (NUMOL) in the city of Patos, PB, Brazil, in 2017 and 2018. The study evaluated specific variables in the exams which were later classified, and the predominant profile found was that the women are aged between 21 and 30 years old, living in an urban area, working as housewives, with incomplete primary education, married or in a stable union, and presenting an affective relationship with the aggressor. The dentist, as a professional who has direct contact with the oral and maxillofacial region, can and should be guided as to the appropriate conduct in the presence of clinical signs either at the basic or hospital level. In addition, these professionals should advise the victim as to the appropriate conduct considering the issue and their social participation in the fight against such acts.

KEYWORDS

Forensic dentistry; Women; Violence; Wounds and injuries.

REFERÊNCIAS

1. OMS. Informe mundial sobre la violencia y la salud: resúmen. Organización Mundial de la Salud. Washington, 2002.
2. Minayo MCS. A Violência Social sob a Perspectiva da Saúde Pública. Cad Saúde Pública. 1994; Rio de Janeiro, 10 (supplement 1): 07-18.
3. Saffioti HIB, Almeida SS. Violência de gênero: poder e impotência. Rio de Janeiro: Revinter. 1995.
4. Araújo MF. Gênero e violência contra a mulher: o perigoso jogo de poder e dominação. Psicol Am Lat. 2008; Puebla, n.14, p. 0-0.
5. Brasil. Código Penal Brasileiro. Decreto/Lei nº 2.848 de 7 de dezembro de 1940. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848.htm acesso em: 15 de abril de 2020.
6. 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: 129- 37.
7. Jong LC. Perfil epidemiológico da violência doméstica contra a mulher em cidade do interior paulista [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. 2000.
8. Schraiber LB, D'oliveira AFPL, França JI, Pinho AA. Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. Rev Saúde Pública. 2002; 36:470-7.
9. Brasil. Decreto de Lei 5.081, de 24 de agosto de 1966. Regula o exercício da Odontologia. Diário Oficial da União, Brasília, 26 de agosto 1966, p. 9843.
10. Campos MLR, Costa JF, Almeida SM, Delwing F, Furtado FMS, Lima LNC. Análise de lesões orofaciais registradas no instituto médico-legal de São Luís (MA), no período de 2011-2013. Rev Bras Odontol Leg RBOL. 2016; 3(2): 21-31. <https://doi.org/10.21117/rbol.v3i2.3>.
11. World Mortality Databases. OMS, 2003. Acesso em 30 de abril de 2018. Disponível em: <http://www.who.int/healthinfo/statistics/mort/en/>
12. Dias IJ, Santiago BM. Violência de Gênero Contra a Mulher: Perfil de Registros Periciais da Gerência Executiva de Medicina e Odontologia Legal (GEMOL) – João Pessoa/PB. Rev Bras Ciênc Saúde. 2014; Volume 18, Número 4, Páginas 315-24.
13. Brasil. Balanço anual 2016. Ministério dos Direitos Humanos. Secretaria Nacional De Políticas Para As Mulheres. Acesso em 1 de maio de 2018. Disponível em: http://www.spm.gov.br/assuntos/violencia/li-que-180-central-de-atendimento-a-mulher/balanco-anual-180_2016.pdf
14. Costa MCF, Cavalcante GMS, Nóbrega LM, Oliveira PAP, Cavalcante JR, d'Avila S. Traumatismos faciais em mulheres por mecanismos violentos e não violentos. Braz J Otorhinolaryngol. 2014; 80(3):196-201. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjorl.2013.10.001>.
15. Garbin CAS, Garbin AJI, Dossi AP, Dossi MO. Violência doméstica: análise das lesões em mulheres. Cad Saúde Pública. 2006; 22(12): 2567-73. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006001200007>.
16. Bernardino IM, Barbosa KGN, Nóbrega LM, Cavalcante GMS, Ferreira EFE, D'Avila S. Interpersonal violence, circumstances of aggressions and patterns of maxillofacial injuries in the metropolitan area of Campina Grande, State of Paraíba, Brazil (2008-2011). Cien Saude Colet. 2017; 22 (9): 3033-44. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017229.09852016>.
17. Blay EA. Violência contra a mulher e políticas públicas. Estud Av. 2003; 17:87-98.
18. Silva IV. Violência contra mulheres: a experiência de usuárias de um serviço de urgência e emergência de Salvador, Bahia, Brasil. Cad Saúde Pública. 2003; 19 Suppl 2:S263-72.
19. Larson R, Farber B. Estatística Aplicada. 6. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall. 2016