

Violência interpessoal em vulneráveis e mulheres: perfil das vítimas e diagnóstico pericial das lesões maxilomandibulares

PIRES, Guilherme Espósito; GOMES, Eduardo de Menezes; DUARTE, Antonio Danilo; MACEDO, Adriana Furtado de. **Violência interpessoal em vulneráveis e mulheres: perfil das vítimas e diagnóstico pericial das lesões maxilomandibulares**. Oral Sci., jan/jun. 2012, vol. 4, nº 1, p. 10-17.

Guilherme Espósito PIRES¹
Eduardo de Menezes GOMES²
Danilo Antonio DUARTE³
Adriana Furtado de MACEDO⁴

RESUMO: A violência interpessoal contra mulheres e vulneráveis tornou-se uma questão relevante no contexto atual inserido na sociedade contemporânea, permeando distintos segmentos socioeconômicos, culturais e étnicos sem qualquer tipo de diferenciação. O objetivo desse estudo foi avaliar as lesões do complexo maxilomandibular em vulneráveis e mulheres decorrentes de violência interpessoal. O levantamento de dados foi realizado mediante pesquisa documental de 168 relatórios enquadrados no artigo 129 do Código Penal Brasileiro que resguarda a tutela da integridade pessoal, emitidos pelo Núcleo de Odontologia Legal do Instituto Médico Legal de São Paulo referentes a mulheres, com idade entre 15 e 90 anos, e crianças na faixa etária de 0 a 14 anos, considerados vulneráveis perante a Lei, nos anos de 2008, 2009 e 2010. Os dados coletados foram concernentes à identificação da vítima, agressor e natureza das lesões maxilofaciais. Os resultados referentes ao grupo de mulheres demonstraram predomínio de vítimas na faixa etária de 21 a 30 anos, solteiras, com 67,3% das lesões em tecidos moles e 59,4% de natureza leve. Nos vulneráveis houve predominância na faixa etária de 13 a 14 anos, gênero masculino, com 63,9% de lesões leves e com preeminência em tecidos moles com equivalência de lacerações, avulsões e luxações (12,5%). Os grupos citados e avaliados no presente estudo não tiveram registrados, em sua maioria, a identificação dos perpetradores. Assim, pode-se inferir que a maioria dos casos de violência interpessoal é cometida contra mulheres jovens e vulneráveis na fase inicial da adolescência, sendo fundamental que o profissional da área odontológica adquira conhecimentos para uma adequada intervenção, a fim de se minimizar os danos cognitivos, físicos e sociais gerados na criança e na mulher cessando, dessa forma, o ciclo de violência.

¹Cirurgião-Dentista, Universidade Cruzeiro do Sul, São Paulo-SP, Brasil.

² Mestre, Especialista em Deontologia e Odontologia Legal, Professor de Medicina Legal e Odontologia Legal da Universidade Cidade de São Paulo e de Medicina Forense da Universidade de Guarulhos, Perito Criminal do Núcleo de Odontologia Legal do Instituto Médico Legal de São Paulo-SP, Brasil.

³Pró-Reitor de Pós-Graduação e Pesquisa, Universidade Cruzeiro do Sul, São Paulo-SP, Brasil.

⁴Doutora, Universidade Federal de São Paulo, UNIFESP/EPM, Professora do curso de Odontologia da Universidade Cruzeiro do Sul, São Paulo-SP, Brasil.

Recebido. 10 de Setembro de 2012
Aceito. 24 de Janeiro de 2013

PALAVRAS-CHAVE – Traumatismos faciais, odontologia legal, violência.

Introdução

O abuso físico contra mulheres e crianças constitui um sério problema social que permeia distintos segmentos socioeconômicos, culturais e étnicos sem qualquer tipo de diferenciação. Estudos estatísticos anuais revelam incidências de maus-tratos, cada vez maiores, em diversos países, mesmo naqueles considerados econômica e democraticamente desenvolvidos. Segundo a UNICEF, nesses países existe um número estimado de 3.500 crianças com idade inferior a 15 anos que vão à óbito anualmente em consequência dessa violência.

A violência doméstica e interpessoal torna-se um

problema relevante no contexto atual, gerando um choque e revolta na sociedade que se defronta com tal covardia. Portanto, a agressão, seja ela qual for, irá repercutir pelo resto da vida da criança ou da mulher apresentando características específicas em seu comportamento e também no aspecto físico corporal. Essas características representam indícios significativos para que o profissional da área odontológica possa identificar o quadro de maus-tratos, de tal maneira que possa denunciar às autoridades.

A violência pode ser classificada como toda ação danosa à vida e à saúde do indivíduo, caracterizada por maus-tratos, cerceamento da liberdade ou imposição de força, ou seja, um padrão de agressão e comportamentos

coercitivos qualificados pelo abuso de poder gerando um dano interpessoal físico, sexual ou psicológico (1). O Estatuto da Criança e do Adolescente (2) relata no artigo 5 que “nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punido na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais”. Ademais, o Estatuto ainda prevê que os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente serão obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade, sem prejuízo de outras providências legais.

A violência doméstica se expressa de várias formas, sendo facilmente identificado o abuso físico, caracterizado por uma ação única ou repetida, não acidental e causado por um agente agressor, normalmente adulto ou mais velho, o qual provoca, pelo ato abusivo, uma grande variabilidade de lesões com diversas consequências (3). Geralmente, o dano interpessoal acontece em domicílio e os ferimentos orofaciais decorrentes incluem trauma, queimaduras e lacerações dos tecidos duros e moles, marcas de mordida e hematomas. Além disso, Massoni *et al.* 2010 (4) relatam a existência de ferimentos que envolvem outras partes do corpo próximas à cavidade bucal, como hematoma periorbital e contusão nasal. Concomitante ao dano físico, outro abuso também verificado em mulheres e vulneráveis é o defloramento sexual e devido à inobservância de sinais físicos, o diagnóstico fica dificultado, sendo necessário ressaltar indicadores comportamentais.

Dessa forma, o objetivo dessa pesquisa é avaliar as lesões do complexo maxilomandibular em vulneráveis e mulheres atendidas no Núcleo de Odontologia Legal do Instituto Médico Legal/Centro (IML/Centro) de São Paulo no triênio de 2008, 2009, 2010 vítimas de violência doméstica e/ou interpessoal.

Material e Método

A pesquisa baseia-se em um estudo descritivo transversal, seccional, efetuada no Núcleo de Odontologia Legal do Instituto Médico Legal de São Paulo/Sede (IML/Sede) e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Cruzeiro do Sul.

O levantamento de dados foi realizado mediante pesquisa documental de 168 relatórios odontológicos emitidos pelo Núcleo de Odontologia Legal do IML-SP referentes a mulheres e crianças na faixa etária de 0 a 14 anos, considerados vulneráveis perante a Lei, de ambos os gêneros; vítimas de violência interpessoal nos anos de 2008, 2009 e 2010.

Em cada ficha analisada coletaram-se subsídios referentes ao gênero e idade da vítima. Os indícios concernentes à condição intrabucal e região orofacial foram classificados de acordo com o artigo 129 do Código Penal Brasileiro, que estabelece que “ofender a integridade corporal ou a saúde de outrem” pode resultar em lesão corporal de natureza leve, grave ou gravíssima. As lesões de natureza Leve são descritas como toda lesão corporal

que não for grave, gravíssima ou qualificada pelo resultado; Grave como lesões que tornem a vítima incapacitada para suas atividades habituais por mais de 30 dias, as que causem perigo de vida, debilidade permanente de um membro, sentido ou função e aceleração de parto, e Gravíssima descrita no parágrafo 2º do artigo 129, implicando para a vítima uma incapacidade permanente para o trabalho, enfermidade incurável, perda ou inutilização de membro, sentido ou função, deformidade permanente e aborto, sendo estes dados incluídos na ficha de coleta de campo.

Após obtenção dos resultados efetuou-se o tratamento estatístico mediante análise descritiva dos dados.

Resultados

Foram analisados 168 relatórios referentes aos anos de 2008, 2009 e 2010, dos quais 23 casos registrados relacionados à vulneráveis, sendo: 5 relatórios no ano de 2008, 7 no ano de 2009 e 11 em 2011. Sobre as vítimas do gênero feminino foram 145 relatórios sendo 40 casos no ano de 2008, 41 em 2009 e 64 em 2010. Analisando-se a totalidade de relatórios, agrupando-se os casos relacionados a vulneráveis e mulheres, foram registrados 45 casos em 2008, 48 em 2009 e 75 em 2010, evidenciando uma ascensão dos fatos decorrentes de violência.

Avaliando-se os dados referentes às mulheres vítimas de violência interpessoal, os resultados demonstram que a maioria das vítimas femininas é solteira, com faixa etária de 21 a 30 anos e que decidem, em sua maioria, por não informar, no momento do diagnóstico pericial, quem foi o agente perpetrador (Tabela 1). Houve maior prevalência de lesões acometidas na cavidade bucal nessas vítimas em tecidos moles (67,3%), seguidas das lesões em tecidos periodontais (19,9%), ósseos (9,3%) e dentários duros (3,8%). Sob a análise das lesões em tecidos moles, ocorreu um predomínio de luxações (25%) e lacerações (20,8%). As fraturas em esmalte dental (50,6%) foram superiores as coronárias com envolvimento dentinário e/ou pulpar (38,2%) e as radiculares (11,2%) quando analisados os tecidos duros (Tabela 2). As lesões de natureza leve (59,4%) foram superiores perante as demais na classificação do dano maxilomandibular (Tabela 3).

Em relação à violência acometida contra vulneráveis, as crianças que apresentam a faixa etária entre 13 e 14 anos apresentaram maior número de registros de violência, com predominância do gênero masculino (Tabela 4). Semelhante ao relato das mulheres vitimadas, os responsáveis pela criança, em sua maioria, não informaram a identidade do agressor (Tabela 4). As lesões mais prevalentes foram em tecidos moles com preeminência equivalente de lacerações e luxações (12,5%); quanto aos traumatismos de tecidos duros, notificaram-se 33,2% de danos à coroa dental envolvendo esmalte e dentina, 4,1% de fraturas radiculares, 12,5% de avulsões e 8,4% de lesões em tecidos ósseos (Tabela 5). Em vulneráveis, 63,9% das agressões foram classificadas como lesões de natureza leve (Tabela 6).

Tabela 1. Distribuição absoluta dos relatórios pesquisados referentes a mulheres segundo faixa etária, sujeito agressor e estado civil da vítima.

Faixa etária (anos)	Sujeito agressor			Estado civil		
	Conhecido	Desconhecido	Não informado	Casada	Solteira	Outro
15 a 20 (n=18)	2	1	15	0	18	0
21 a 30 (n=50)	3	1	46	5	40	5
31 a 40 (n=37)	2	1	34	10	22	5
41 a 50 (n=23)	1	0	22	7	6	10
51 a 60 (n=9)	1	0	8	2	4	3
61 a 70 (n=4)	0	0	4	1	1	2
71 a 80 (n=3)	0	0	3	0	1	2
81 a 90 (n=1)	0	0	1	0	1	0

Tabela 2. Frequência dos tipos de lesões em tecidos duros nas mulheres vítimas de violência interpessoal conforme faixa etária

Faixa etária (anos)	Tipos de lesões em tecidos duros		
	Esmalte	Coroa	Raiz
15 a 20	10	7	0
21 a 30	18	15	3
31 a 40	12	9	4
41 a 50	4	2	2
51 a 60	1	0	1
61 a 70	0	0	0
71 a 80	0	1	0
Total	45 (50,6%)	34 (38,2%)	10 (11,2%)

Discussão

O tema violência doméstica contra vulneráveis (crianças de 0 a 14 anos) e mulheres é analisado e discutido frequentemente pela literatura mundial e, em sua grande maioria, nota-se o despreparo do profissional da saúde em relatar tais casos aos órgãos competentes. Tendo em vista que grande parte destas agressões atinge a face, fato que pode repercutir por toda a vida do ofendido, tal omissão é preocupante.

Para a Organização Mundial da Saúde, violência é definida como “o uso 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

qualquer possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação” (5). No estado de São Paulo inúmeras ocorrências relativas à violência deixam de ser periciadas pela negligência da vítima em dar continuidade ao processo movido contra o agressor, dificultando a resolução dos casos e a punição dos atacantes, acarretando na subtração destas infrações.

O Núcleo de Odontologia Legal do IML (NOL/IML) de São Paulo recebe ocorrências de todo o Estado com fins periciais, no entanto não há um grande número de registros, haja vista que existem vários fatores que impedem a viabilidade do processo, como por exemplo, os problemas de locomoção e dificuldades financeiras que podem fazer com que a vítima não compareça ao exame pericial. Outro

Tabela 3. Distribuição absoluta e relativa da classificação do dano maxilomandibular em mulheres vítimas de violência interpessoal

Faixa etária (anos)	Classificação do dano			Sem nexo causal
	Leve	Grave	Gravíssima	
15 a 20	9	6	1	2
21 a 30	28	11	1	10
31 a 40	24	4	2	7
41 a 50	16	2	1	5
51 a 60	3	1	0	5
61 a 70	4	0	0	0
71 a 80	2	0	0	1
81 a 90	0	0	0	1
Total	86 (59,4%)	23 (15,9%)	5 (3,2%)	31 (21,5%)

Tabela 4. Distribuição dos vulneráveis vítimas de violência interpessoal em relação ao gênero e sujeito agressor.

Faixa etária (anos)	Sujeito agressor			Gênero	
	Não informado	Conhecido	Desconhecido	Feminino	Masculino
5 a 6 (n=4)	4	0	0	4	0
7 a 8 (n=2)	2	0	0	0	2
9 a 10 (n=5)	4	0	1	2	3
11 a 12 (n=4)	2	2	0	0	4
13 a 14 (n=8)	7	1	0	2	6

Tabela 5. Distribuição das lesões em tecidos moles, dentais e ósseos em vulneráveis vítimas de violência interpessoal segundo faixa etária.

Faixa etária (anos)	Lesões em tecidos moles				Lesões em tecidos duros			Lesões em tecidos ósseos
	Laceração	Contusão	Abrasão	Luxação	Lesões em coroa	Fratura radicular	Avulsão	
5 a 6	1	0	0	1	0	0	1	0
7 a 8	0	0	0	0	1	0	1	0
9 a 10	0	0	2	0	2	0	1	1
11 a 12	1	0	0	2	3	0	0	1
13 a 14	1	2	0	1	2	1	0	0
Total	3 (12,5%)	2 (8,4%)	2 (8,4%)	3 (12,5%)	8(33,2%)	1(4,1%)	3 (12,5%)	2(8,4%)

Tabela 6. Distribuição absoluta da classificação do dano maxilomandibular em vulneráveis vítimas de violência interpessoal em relação a faixa etária.

Faixa etária (anos)	Classificação do dano			Sem nexo causal
	Leve	Grave	Gravíssima	
5 a 6	3	1	0	0
7 a 8	1	0	0	1
9 a 10	2	3	0	0
11 a 12	1	2	0	0
13 a 14	7	0	0	1
Total	14 (63,6%)	6 (27,3%)	0 (0%)	2 (9,1%)

fator relevante é o arrependimento da vítima quanto à denúncia e o desinteresse em prosseguir com a ação penal (6).

Conforme os resultados, as ocorrências dentro do NOL/IML de São Paulo crescem a cada ano, sendo suas vítimas, em geral, mulheres na faixa etária de 21 a 30 anos e 31 a 40, solteiras e jovens, dados que corroboram com distintos estudos (7-9). Tal fato ocorre devido a maior exposição social das mulheres jovens e consequente elevada susceptibilidade a danos interpessoais. Por conseguinte, as vítimas com mais idade e casadas estão sujeitas a menor risco, porém a lesão, nestes casos, ocorre normalmente por agressores conhecidos, sendo geralmente o próprio companheiro, marido ou ex-marido (9). Entretanto, a inobservância dos dados obtidos relacionados ao registro dos perpetradores demonstrou pouca representatividade, uma vez que era uma informação frequentemente omitida pelas vítimas. As mulheres vítimas de abusos e maus-tratos causados por agressores conhecidos normalmente apresentam menor propensão a realizar a denúncia devido ao comportamento operante e autoritário do agressor e, assim, geralmente não recebem assistência médica e social (10).

Dentre todos os dados avaliados na amostra pesquisada atentou-se no fato de somente uma vítima na faixa etária de 81 a 90 anos registrar a agressão, contudo observou-se que não houve nexo causal.

A maioria das lesões corporais estudadas foi classificada como agressões nuas, ou seja, aquelas nas quais nenhum instrumento foi utilizado, tendo um número diminuto de exceções nas quais foram utilizadas armas brancas ou armas de fogo (8). Muitas vítimas apresentaram lesões concomitantes abrangendo as diversas classificações traumáticas. As lesões mais prevalentes em mulheres acometeram os tecidos moles (67,3%), sendo que 25% desses danos foram luxações seguidas das lacerações. Entretanto, em estudo descrito por Rezende et al. (8) realizado em IML de Belo Horizonte, as lacerações foram mais notificadas. Em tecidos duros observou-se nessa

pesquisa a predominância de fraturas em esmalte (50,6%). As lesões em esmalte, sem envolvimento coronário com exposição dentinária e pulpar, denotam uma menor intensidade de impacto do trauma ao órgão dental, confirmando, portanto a prevalência de lesões de natureza leve. Assim, tal fato evidencia que a presença de fraturas em esmalte não decorrentes de traumatismos originários por acidentes automobilísticos, atividades esportivas e quedas, pode ser considerado um relevante indicio de violência interpessoal.

Em relação a classificação das lesões, dados relevantes norteiam sua prevalência para danos de natureza leve (59,4%). Semelhantes dados são notificados por Garbin et al. (6) haja vista que lesões dentárias e de tecidos moles causam normalmente apenas escoriações, abrasões e lacerações. As lesões gravíssimas apresentaram 3,2% da totalidade causando nessas vítimas uma provável deformidade permanente, detrimento psicossocial e moral em virtude da morfologia aparente.

Embora a violência atualmente acometa indivíduos nas mais diversas características de idade, etnia e outros motivos alicerçados em preconceitos, a maior parte das vítimas ofendidas por abusos físicos ainda são as mulheres conforme a superioridade de casos notados nesse estudo e citados por Hendler et al. (1). Essa discrepância sugere que as vítimas do gênero feminino buscam ações das autoridades na tentativa de reverter o quadro de violência onde estão inseridas, além disso, para muitos cidadãos as agressões contra vulneráveis são vistas como métodos de educação implicando em baixo número de registros.

Ao ser avaliada a abordagem dos maus-tratos físicos relacionados a vulneráveis, a partir da percepção das vítimas, não se explicita uma discussão sobre a invisibilidade desses maus-tratos. Um dos motivos seria a reprodução de padrões culturais, em que se aceita a punição física como medida educativa. Conforme, Donoso et al. (11), existe diversidade de concepções sobre formas de educar, tendo como pontos comuns o relato da prática da punição física pelos pais, mesmo entre aqueles que a

condenam. Os resultados demonstraram que crianças do gênero masculino, na faixa etária de 13 a 14 anos foram mais acometidas, corroborando com o estudo de Cavalcanti, (12). Tal fato, pode se embasar na fase da adolescência onde se permeia grandes transformações físicas e comportamentais em que o indivíduo atravessa.

A região da cabeça, face e pescoço são os locais mais acometidos por sua vulnerabilidade, conforme a grande maioria de casos registrados referentes a violência interpessoal (13,14). Dessa forma, fica evidente a importância significativa da atuação do cirurgião-dentista no diagnóstico e conduta de tais casos. Porém, deve-se lembrar de que a violência contra a criança estende-se além de contatos físicos, como o abuso psicológico e negligência de cuidados básicos (15, 16). Os dados obtidos nesse estudo refletem que os vulneráveis apresentam maior parte das lesões relacionadas aos tecidos moles. Estes são facilmente traumatizados mesmo sob impactos leves gerando lacerações visíveis ao diagnóstico clínico odontológico, segundo Santos et al. (15), a presença de queimaduras orais e injúrias em freio e mucosa labial superior são indícios de maus-tratos. Dentre outras injúrias da cavidade bucal observam-se fraturas dentais, maxilar e mandibular, ratificando assim a fundamental participação do cirurgião-dentista nas equipes de peritos dos Institutos Médicos Legais, de forma a colaborar para o atendimento do paciente violentado (6, 17,18). No entanto, o profissional odontológico atuante na área clínica, apesar de ter obrigação legal e ética para a identificação dos casos, muitas vezes não se envolve em ocorrências de maus-tratos por diversas razões, como a falta de informação sobre o diagnóstico, requisitos legais e locais para realizar a denúncia, desconhecimento sobre sua responsabilidade legal perante a situação caso, relutância na credibilidade do fato e até receio em perder o paciente (17,19,20).

A fim de se coibir a violência no âmbito das relações domésticas e familiares contra a mulher criou-se a lei nº 11340/2006, conhecida como Lei Maria da Penha (21), na qual foram desenvolvidas políticas que visam garantir os direitos humanos das mulheres no sentido de resguardá-las de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão. Muitas vezes a ofendida não relata as agressões, sendo o cirurgião-dentista que reconhece os sinais de violência. Quando tal fato é identificado o profissional tem o dever de notificar o caso mediante uma notificação compulsória segundo a lei nº10.778/2003 (22) que “constitui objeto de notificação compulsória, em todo o território nacional, a violência contra a mulher atendida em serviços de saúde públicos e privados”. Segundo o decreto de Lei nº3.688/1941 das Contravenções Penais (23), deixar de comunicar à autoridade competente há uma multa para o profissional que teve conhecimento de crime de ação pública no exercício da medicina ou de outra profissão sanitária, desde que a ação penal não dependa de representação e a comunicação não exponha o cliente a procedimento criminal (24). Para vítimas maiores de idade é mandatória a representação da vítima. No entanto, para a aplicação da Lei Maria da Penha o Supremo Tribunal Federal, em 09 de fevereiro de 2012, concluíram que a abertura de ação

criminal contra o responsável pela lesão corporal em vítimas femininas não está mais condicionada a uma representação da própria vítima (25).

A imediata identificação e relato dos maus-tratos infantis são essenciais para a proteção dos vulneráveis, sendo fundamental uma maior atuação dos cirurgiões-dentistas mediante registros e denúncias de casos suspeitos às agências de proteção à criança, como o Conselho Tutelar, um órgão autônomo que tem por função o zelo pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente. Ao mesmo, cabe o atendimento de crianças e adolescentes que tiveram seus direitos ameaçados ou violados e aconselhamento dos pais e responsáveis, aplicando penas cabíveis a cada caso. Na falta desta entidade, o juizado da Criança e Adolescente assumirá esta função (26). Segundo o artigo 245 do Estatuto da Criança e Adolescente, 1990 (2), o profissional de saúde que deixar de comunicar à autoridade competente os casos de que tenha conhecimento envolvendo suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente, será penalizado com multa que pode variar de 3 (três) a 20 (vinte) salários de referência.

A violência interpessoal contra mulheres e vulneráveis apresenta relevante aspecto biopsicossocial embasado em pluralidade de conceitos e paradigmas caracterizando o processo de maus-tratos, sendo fundamental que o profissional da área odontológica adquira conhecimentos para intervenção desses casos, a fim de se minimizar os danos cognitivos, físicos e sociais gerados na criança e na mulher, cessando dessa forma, o ciclo de violência a qual a vítima é inserida.

Conclusões

Portanto, conclui-se que a maioria absoluta dos casos de violência interpessoal registradas no Núcleo de Odontologia Legal do IML de São Paulo é cometida contra mulheres jovens e vulneráveis na fase inicial da adolescência, causando em ambos danos ao sistema estomatognático, com prevalência de lesões em tecidos moles e de natureza leve. O conhecimento desses subsídios é de fundamental relevância para que se possa atuar, de maneira incontestável, contra esse malefício arraigado na sociedade contemporânea.

Abstract

PIRES, Guilherme Espósito; GOMES, Eduardo de Menezes; DUARTE, Antonio Danilo; MACEDO, Adriana Furtado de. **Interpersonal violence in vulnerable and woman: profile of victims and pericial diagnostic of maxillomandibular lesions.** Oral Sci., jan/jun. 2012, vol. 4, nº 1, p. 10-17.

Interpersonal violence against women and vulnerable became an important issue in the current context inserted in contemporary society permeating different socioeconomic segments, cultural and ethnic groups without any differentiation. The objective of this study was to evaluate

the maxillomandibular complex lesions in women and vulnerable due to interpersonal violence. The survey was conducted through desk research of 168 reports which were framed under article 129 of the Brazilian Penal Code, protecting personal integrity, issued by Forensic Dentistry of IML-SP (Legal Medical Institute) referring to women aged from 15 to 90 years old, and children aged 0 to 14 years old considered vulnerable in accordance with the law, in the 2008, 2009 and 2010 years. Data were collected concerning the identification of the victim, offender and the nature of maxillofacial injuries. The results for the women's group demonstrated the predominated of victims aged 21 to 30 years, unmarried, with 67.3% of soft tissue lesions and 59.4% mild in nature. In vulnerable predominated in the age group 13 to 14 years, male, with 63.9% of mild injuries and soft tissue prominence with equivalence of lacerations, avulsions and dislocations (12.5%). The two mentioned and evaluated groups in this study have not had recorded, the majority of the cases the aggressors identification. Both did not identify the aggressor. Thus, we can infer that most cases of interpersonal violence is committed against young women and vulnerable in early adolescence, being essential that the dental professional to be able acquire knowledge for most suitable intervention in order to minimize cognitive impairments, physical and social generated on the child and woman, thus stopping the violence cycle.

KEYWORDS: Facial injuries, forensic dentistry, violence.

Referências

- Hendler TJ, Sutherland SE. Domestic violence and its relation to dentistry: a call for change in Canadian dental practice. *J Can Dent Assoc* 2007;73:617-617f.
- Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm
- Cavalcanti AL, Valença AMG, Duarte RC. O Odontopediatra Diante de Maus-Tratos Infantis: Diagnóstico e Conduta. *JBP* 2000;3:451-455.
- Massoni ACLT, Ferreira AMB, Aragão AKR, Menezes VA, Colares V. Aspectos orofaciais dos maus-tratos infantis e da negligência odontológica. *Ciência & Saúde Coletiva* 2010; 15:403-410.
- World Health Organization. Violence: a public health problem. In: WHO. World report on violence and health. Geneva: 2002; 1-22.
- Garbin CAS, Rovida TAS, Garbin AJI, Saliba O, Dossi AP. A importância da descrição de lesões odontológicas nos laudos médico-legais. *RPG* 2007;15:59-64.
- Leslie R, Halpern, Dodson TB. A predictive model to identify women with injuries related to intimate partner violence. *J Am Dent Assoc*. 2006;137:604-609.
- 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): 202-214.
- Chiaperini A, Bérnago AL, Bregagnolo LA, Bregagnolo JC, Watanabe MGC, Silva RHA. Danos bucomaxilofaciais em mulheres: registros do Instituto Médico-Legal de Ribeirão Preto (SP), no período de 1998 a 2002. *Rev Odonto Ciênc* 2009;24:71-76.
- Ghandi S, Rovi S, Marielos V, Johnson MS, Ferrante J, Chen PH. Intimate Partner Violence and Cancer Screening among Urban Minority Women. *J Am Board Fam Med* 2010; 23:343-353.
- Donoso MTV, Ricas J. Perspectivas dos pais sobre educação e castigo físico. *Rev Saúde Pública* 2009;43:78-84.
- Cavalcanti AL. Maxillo facial injuries in victims of violence at school environment. *Cien Saude Colet*. 2009;14:1835-42.
- Andrade KL, Colares V, Cabral HM. Avaliação da conduta dos odontopediatras de Recife com relação ao abuso infantil. *Rev Odonto Ciênc* 2005;20:231-6.
- Kellogg N. Oral and dental aspects of child abuse and neglect. *Pediatrics* 2005;116:1565-8.
- Santos JF, Cavalcanti AL, Nunes KS, Silva EC. Primary identification of an abused child in dental office: A case report. *J Indian Soc Pedod Prev Dent* 2007;25:191-3
- Kiran K. Child abuse and neglect. *J Indian Soc Pedod Prev Dent* 2011;29:79-82
- Avon SL. Forensic Odontology: The Roles and Responsibilities of the Dentist. *J Can Dent Assoc* 2004; 70:453-8.
- Nelms AP, Gutmann ME, Solomon ES, Dewald JP, Campbell PR. What victims of domestic violence need from the dental profession. *J Dent Educ* 2009;73:490-8.
- Azevedo MS, Goettems ML, Brito A, Possebon AP, Domingues J, Demarco FF, Torriani DD. Child maltreatment: a survey of dentists in southern Brazil. *Braz Oral Res*. 2012;26:5-11.
- Thomas JE, Straffon L, Inglehart MR. Child abuse and neglect: dental and dental hygiene student's educational experiences and knowledge. *Dent Educ* 2006;70:558-565.
- Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm
- Lei nº 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. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.778.htm
- Decreto de Lei nº 3.688, de 3 de outubro de 1941. Lei das Contravenções Penais. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del3688.htm

24. Silva RF, Prado MM, Garcia RR, Daruge Junior E, Daruge E. Atuação profissional do cirurgião-dentista diante da Lei Maria da Penha. *Rev Sul-Bras Odontol.* 2010;7:110-6
25. Gallucci M. Lei Maria da Penha agora vale mesmo sem a necessidade de denúncia da vítima. 09 de fevereiro de 2012 | 21h 28. (<http://www.estadao.com.br/noticias/cidades,lei-maria-da-penha-agora-vale-mesmo-sem-a-necessidade-de-denuncia-da-vitima,833694,0.htm>).
26. Granville-Garcia AF, Vieira A, Torres BF, Araujo JR, Rodrigues PFS. Ocorrência de maus-tratos em crianças e adolescentes na cidade de Caruaru-PE. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr* 2006;6:65-70.