

Elane Nery da Silva

**Contributo do médico dentista nos casos de violência doméstica contra mulheres:
realidades do Brasil e de Portugal**

Universidade Fernando Pessoa
Faculdade de Ciências da Saúde
Porto, 2015

Elane Nery da Silva

**Contributo do médico dentista nos casos de violência doméstica contra mulheres:
realidades do Brasil e de Portugal**

Universidade Fernando Pessoa
Faculdade de Ciências da Saúde
Porto, 2015

Elane Nery da Silva

**Contributo do médico dentista nos casos de violência doméstica contra mulheres:
realidades do Brasil e de Portugal**

Assinatura: _____

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria Gabriel Araújo
Queirós.

Trabalho apresentado à Faculdade de
Ciências da saúde da Universidade
Fernando Pessoa como parte dos
requisitos para obtenção do grau de
Mestre em Medicina Dentária.

Universidade Fernando Pessoa
Faculdade de Ciências da Saúde
Porto, 2015

Resumo

A violência contra a mulher é um fenómeno universal que persiste em todos os países do mundo. Face a este fenómeno e à percepção de que a região facial é a mais atingida observa-se uma elevada procura de cuidados de saúde dessas mulheres, colocando-se, por isso, o médico dentista num papel de fundamental importância não só no atendimento e na identificação como também na prevenção dos agravos à saúde oriundos da violência.

Deste modo, o presente trabalho tem por objetivo traçar uma comparação entre as realidades da violência doméstica contra as mulheres no contexto português e brasileiro, bem como assinalar a relevância do médico dentista nessa circunstância.

A pesquisa bibliográfica foi realizada nas bases científicas de dados, bem como nas bibliotecas da Universidade Fernando Pessoa. Inicialmente foi estabelecido um limite temporal entre 2005 e Fevereiro de 2015, entretanto algumas outras publicações relevantes com datas anteriores foram consideradas. Os artigos excluídos foram ou por não conter informação relevante para o trabalho ou por não estarem disponíveis na íntegra.

A comparação entre as realidades do Brasil e Portugal realizou-se recorrendo a dois estudos que tiveram como objetivo comum a tipificação de lesões em vítimas de violência doméstica através de dados obtidos de perícias realizadas no Instituto Nacional de Medicina Legal (INML) da cidade de Feira de Santana (Bahia) e de perícias médico-legais dos processos de violência doméstica existentes no Departamento de Investigação e Acção Penal do Porto.

Sob os vários aspetos comparados neste estudo, as realidades brasileiras e portuguesas aqui representadas, no que se refere ao género das vítimas de violência doméstica (maioria do género feminino), vínculo com o agressor (predomínio das relações de conjugalidade ou análogas), instrumento e a natureza das lesões (maioritariamente de natureza contundente), localização facial das lesões (com exceção da região bucal para o estudo brasileiro) foi observado que os dados se assemelham.

Os resultados mais divergentes foram verificados quando as lesões relativas à cavidade oral foram analisadas. A discrepância não se apresentou apenas na quantidade das

lesões identificadas, como também na localização destas lesões, no estudo português foram encontradas lesões na cavidade oral apenas nos lábios e na língua, já no estudo brasileiro estas regiões variaram desde estruturas duras como as localizadas em peças dentárias e rebordo alveolar, até estruturas moles tais como: mucosa jugal e labial; soalho de boca e língua.

Assim, tendo em vista que o dano médico-dentário é frequente na violência doméstica, é importante a realização de uma perícia adequada por um profissional capacitado, para que as lesões sejam tipificadas e os danos sofridos pela vítima sejam caracterizados e passíveis de restabelecimento da integridade. Deste modo o especialista em Medicina Dentária Forense assume um papel importante nos INML, pois realizam diversos tipos de perícias médico-dentárias.

Apesar das diferenças inerentes aos dois estudos, acredita-se que não deixa de ser pertinente, a um nível mais profundo, o conhecimento resultante do cruzamento das informações entre ambos. Deste modo, no âmbito da Medicina Dentária Forense, Brasil e Portugal têm muito a aprender e partilhar um com o outro.

Palavras-chave: Medicina Dentária Forense, Violência Doméstica, Mulheres Maltratadas, Traumatismos Maxilofaciais.

Abstract

Violence against women is an universal phenomenon that persists in every country in the world. In the face of this reality, and considering that the facial region is the most afflicted, one can observe a high demand for health care services from these women, giving dentists a fundamental role in caring, identifying and preventing health hazards caused by this kind of violence.

In consequence, this paper's objective is to trace a comparison between the realities of domestic violence against women, both in the Portuguese and Brazilian contexts, and pointing the relevance of the dentists' role in these circumstances.

The bibliographic research was done in all the relevant scientific databases as well as in the Fernando Pessoa University's libraries. There was a time frame initially established between 2005 and February of 2015, though earlier publications were equally considered. Articles were excluded on the basis of either a lack of relevant information for this paper's objectives or for being unavailable in their entirety.

The parallel between Brazilian and Portuguese realities was mainly established through two studies that shared the common goal of typifying domestic violence victims' lesions through expert valuations performed on the Forensic Medicine Institute (IML) of Feira de Santana (Bahia, Brazil) and existing domestic violence forensic valuations in the Research and Penal Action Department of Oporto (Portugal).

Under several aspects, compared on this paper, Brazilian and Portuguese realities present similar data, particularly in the domestic violence victims' gender (mainly female), connection to the aggressor (predominantly marital or equivalent), instrument and nature of the aggression (mostly of a blunt nature) and facial location of the lesions (with the exception of the oral region for the Brazilian paper).

The most divergent results were found when analysing oral cavity lesions. The discrepancy presented itself not only in the quantity of the identified lesions but also on their locations, with the Portuguese study showing lesions exclusively on the lips and tongue while the Brazilian study encompassed both hard structures -such as dental parts and alveolar ridges- and soft structures -such as labial and cheek mucosa, palate and tongue.

So, considering how frequent dental damages are in the context of domestic violence, it's fundamental to perform expert evaluations of the victims by capacitated professionals in order to typify lesions, characterize the victims' injuries and reestablishing the victims' physical integrity. It's in this context that, by performing several different kinds of medical/dental expert evaluations, specialists in Forensic Dentistry take a fundamental role in IMLs.

In spite of the inherent differences between both studies the resulting knowledge from crossing both studies' information is, in a deeper level, of great pertinence. In the Forensic Dentistry field, Brazil and Portugal have still a lot to learn from and share with each other.

Keywords: Forensic Dentistry, Domestic Violence, Battered Women, Maxillofacial Injuries.

DEDICATÓRIA

*A todas as mulheres vítimas de
violência, que estas não permaneçam em
silêncio!*

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, pois sem ele não teria traçado o meu caminho e feito a escolha pela Medicina Dentária.

Aos meus pais, Valdomiro Bastos e Marilene Nery, que mesmo à distância me brindaram com todo apoio.

Ao Tiago do Vale pelo amor, incentivo e por caminhar junto a mim.

À mestre Maria Queirós que, com muita paciência e atenção, dedicou o seu valioso tempo à minha orientação em cada passo deste trabalho. Realço ainda, a minha admiração pelo seu profissionalismo e paixão pelo ensino da Medicina Dentária.

Não poderia deixar de agradecer aos meus queridos professores do Brasil pela inestimável contribuição na minha vida acadêmica e por tanta influência na minha vida profissional.

Aos meus amigos Geovanio e Felipe pelo apoio, aos meus colegas da Universidade Fernando Pessoa e, em especial, à Joianne Melicio, Vanesca Costa e Veruska Zago pelo carinho e companheirismo.

“Aprender é a única coisa de que a mente nunca se cansa, nunca tem medo e nunca se arrepende.”

Leonardo da Vinci

Índice Geral

	Pág.
I. INTRODUÇÃO	1
II. DESENVOLVIMENTO	3
1. Materiais e Métodos	3
2. Enquadramento Teórico	5
2.1. Violência Doméstica	6
2.2. Violência Contra a Mulher	7
2.3. Aspectos da Violência Doméstica contra a Mulher	8
2.3.1. Brasil	8
2.3.1. (i). Caracterização do Problema no Brasil	8
2.3.1. (ii). Enquadramento Legal no Brasil	10
2.3.2. Portugal	12
2.3.2. (i). Caracterização do Problema em Portugal	12
2.3.2. (ii). Enquadramento Legal em Portugal	14
3. O Médico Dentista no Contexto da Violência Doméstica	17
3.1. Importância da Face no Contexto das Lesões Decorrentes da VD	18
3.2. Medicina Dentária Forense e Perícias Médico-dentárias	20
4. Estudos Comparados	23
4.1. Tipificação das lesões na Violência Doméstica	24
4.2. Levantamento de Lesões na Região Bucomaxilofacial em Mulheres Periciadas no INML de Feira de Santana-Ba	24
5. Apresentação e Discussão dos Dados	26
5.1. Distribuição das vítimas quanto ao género	26
5.2. Vínculo da vítima com agressor	28
5.3. Natureza do instrumento e das lesões	31
5.4. Localização da lesão na face e na cavidade oral.	33
6. Dano Médico-dentário	39
III. CONCLUSÃO	42
IV. BIBLIOGRAFIA	43

Índice de Gráficos

	Pág.
Gráfico – 1: Distribuição das vítimas da VD quanto ao gênero.	26
Gráfico – 2: Distribuição das vítimas de violência quanto ao gênero submetidas à perícia médico-dentária, INML de Feira de Santana.	27
Gráfico – 3: Distribuição da VD tendo em conta o grupo de inserção da vítima.	29
Gráfico – 4: Vínculo das mulheres vítimas de violência com o seu agressor.	30
Gráfico – 5: Distribuição do tipo de agressão sofrida pelo gênero feminino na VD.	31
Gráfico – 6: Natureza do instrumento utilizado nas agressões contra as mulheres.	32
Gráfico – 7: Tipos de lesões na região facial das vítimas de VD.	33
Gráfico – 8: Distribuição das lesões na região facial das vítimas da VD.	34
Gráfico – 9: Tipos de lesões na região buco-maxilo-facial das mulheres vítimas de violência.	35
Gráfico – 10: Distribuição das lesões na região facial das mulheres vítimas de violência.	36
Gráfico – 11: Distribuição das lesões na cavidade oral das mulheres vítimas da VD.	37
Gráfico – 12: Distribuição das lesões na cavidade oral das mulheres vítimas de violência.	37

Índice de Siglas e Abreviaturas

ADN – Ácido desoxirribonucleico;

APAV – Associação Portuguesa de Apoio à Vítima

Art. – Artigo

CFO – Conselho Federal de Odontologia

CP – Código Penal

CPP – Código do Processo Penal

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente

FRA – Agência dos Direitos Fundamentais da União Europeia

FS – Forças de Segurança

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INML – Instituto Nacional de Medicina Legal

MDF – Medicina Dentária Forense

OMD – Ordem dos Médicos Dentistas

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONG – Organizações Não-Governamentais

ONU – Organização das Nações Unidas

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

Sinan NET – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPSS – *Statistical Package for Social Science*

SUS – Serviço Único de Saúde

SUSEP – Superintendência de Seguros Privados

UE – União Europeia

VD – Violência doméstica

VIVA – Vigilância de Violência e Acidentes

WHO – *World Health Organization*

I. INTRODUÇÃO

O problema da violência doméstica é notoriamente complexo visto que envolve várias instâncias da sociedade: por um lado, trata-se de uma questão de segurança, demandando a participação das instituições governamentais no que concerne ao tratamento criminal da violência e, por outro, requer esforços no que diz respeito ao apoio às vítimas, sobretudo, na reparação dos danos, sejam eles físicos ou psicológicos.

Deste modo, a violência, além de ser um problema que gera sequelas físicas e psicológicas ao nível do indivíduo, reflete-se também na esfera económica no que se refere aos custos sociais que ela acarreta aos governos.

O Setor Saúde, por sua vez, exerce um papel fundamental no acolhimento às vítimas por ser, frequentemente, o primeiro setor da sociedade onde estas procuram atendimento, o que favorece a identificação de situações de risco.

Os profissionais de saúde, nos quais se inclui o médico dentista, podem contribuir de forma decisiva no atendimento às vítimas, quer seja na identificação e sinalização, quer pela realização de perícias, fornecendo assim provas forenses que auxiliam nos processos criminais, ou ainda no tratamento das sequelas causadas pelos atos de violência.

Nesse contexto, a violência doméstica, mais especificamente a dirigida contra as mulheres, denominada, muitas vezes, por violência de género, já que se relaciona com a condição de subordinação das mulheres na sociedade, torna-se mais visível a partir das denúncias de agressões sofridas.

De acordo com a literatura especializada, um dos sítios mais atingidos nesse tipo de agressão é a região da cabeça e pescoço, mais especificamente a porção facial. Isso pode refletir-se numa elevada procura de atendimento por parte dessas mulheres, colocando o médico dentista num papel de fundamental importância não só no atendimento e na identificação como também na prevenção dos agravos à saúde oriundos da violência.

Assim, o presente trabalho “Contributo do médico dentista nos casos de violência doméstica contra mulheres: realidades do Brasil e de Portugal” tem por

objetivo traçar uma comparação entre as realidades da violência doméstica contra as mulheres no contexto português e brasileiro, bem como assinalar a relevância do médico dentista nessa circunstância. A escolha do tema deu-se pela grande relevância social do assunto e pela valiosa contribuição que os profissionais de saúde, nomeadamente o médico dentista, podem oferecer no atendimento às vítimas.

II. DESENVOLVIMENTO

1. Materiais e Métodos

Esta dissertação está dividida em duas grandes partes: uma primeira destinada ao enquadramento teórico do problema e uma segunda referente à comparação de dados selecionados de dois estudos realizados, um em Portugal e outro no Brasil.

Assim, inicialmente realizou-se a contextualização do tema da violência doméstica contra as mulheres no que se refere ao conceito, tipos de violência, características epidemiológicas e enquadramento legal, realçando as especificidades dos contextos de cada um dos dois países.

No seguimento pretendeu-se salientar a importância do médico dentista no cenário da violência doméstica contra as mulheres, destacando o papel das perícias médico-dentárias e o seu crescente desenvolvimento como área de conhecimento o que tem favorecido a realização de estudos de grande relevância para a saúde pública e sociedade.

Por último estabeleceu-se a comparação entre os dois estudos que tiveram como objetivo comum a tipificação de lesões em vítimas de violência doméstica através de dados obtidos de perícias realizadas no Instituto Nacional de Medicina Legal (INML) da cidade de Feira de Santana (Bahia) e das perícias médico-legais dos processos de violência doméstica existentes no Departamento de Investigação e Acção Penal do Porto.

Para a elaboração destes capítulos foram realizadas buscas por artigos científicos na base de dados PubMed (que foi utilizada como principal pela sua evidente importância) sendo consultados também outras como LILACS – BIREME (base de dados da literatura Latino Americana e do Caribe em Ciência da Saúde) e SciELO (*Scientific Electronic Library Online*). As palavras-chave utilizadas foram “*violence*”, “*battered women*”, “*aggression*”, “*maxillofacial injuries*” e “*forensic dentistry*” separadas ou associadas. As bibliotecas da Universidade Fernando Pessoa foram igualmente consultadas.

Para recolha dos artigos científicos, inicialmente foi estabelecido um limite temporal entre 2005 e Fevereiro de 2015, entretanto algumas outras publicações relevantes com datas anteriores foram consideradas. Foram selecionados artigos em língua inglesa, portuguesa e espanhola, tendo sido consultados cerca de 90 artigos dos quais apenas 68 foram incluídos. Os artigos foram selecionados inicialmente pelos seus títulos e após a leitura dos resumos foi feita a seleção para inclusão no trabalho. Os artigos excluídos foram ou por não conter informação relevante para o trabalho ou por não estarem disponíveis na íntegra para consulta.

2. Enquadramento Teórico

Definir violência não é algo relativamente fácil visto que se trata de um conceito amplo, complexo e polissémico, entretanto, de maneira genérica a violência pode ser entendida de acordo com Minayo e Souza (1998) como evento representado por ações realizadas por indivíduos, grupos, classes ou nações que ocasionam danos físicos e/ou morais a outros indivíduos.

A violência é um fenómeno praticado pelo ser humano e tem um carácter biopsicossocial, no entanto não faz parte da natureza humana, ou seja, a sua génese não é de causas biológicas, mas sim da vida em sociedade (Minayo, 1994).

Assim, a violência caracteriza-se como sendo um grave problema social de abrangência mundial e historicamente antigo. Entretanto a partir da década de 1990 a violência, extrapolando os limites da segurança, passa, também, a ser entendida como um problema de saúde pública pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). O Boletim Epidemiológico da OPAS (1994) demonstra-o, verificando o aumento das taxas de morbidade, mortalidade e efeitos psicossociais da violência nas populações (OPAS, 1994).

Como um fenómeno de natureza multicausal a violência pode ser definida, dependendo de onde ocorra ou contra quem é dirigida, em vários tipos. Deste modo, faz-se necessário entender o que as leis brasileiras e portuguesas definem como crime de violência contra a mulher principalmente a de carácter doméstico, sendo esta discussão o eixo teórico principal que sustentará essa dissertação.

Importa referir que diferentemente da lei brasileira, na lei portuguesa o crime de violência doméstica¹ engloba (nos termos do artigo 152º, 152º-A e 152º-B) a violência física, psíquica, sexual infligida contra cônjuge/ex-cônjuge, incluindo relação análoga entre pessoas do mesmo género, contra crianças e adolescentes, violência contra idosos, e a violência que continua a ter uma maior expressão – a exercida sobre mulheres (Portugal, 2012a). Ou seja, o conceito de violência doméstica em Portugal contempla os diferentes tipos de violência que possa ocorrer no espaço familiar.

¹ A violência doméstica será discutida no capítulo seguinte.

No Brasil as legislações que ditam sobre crime de violência doméstica não se relacionam entre si, contudo partem de uma mesma fonte, neste caso a Constituição Federal. Assim, existem as leis que protegem grupos específicos: no âmbito da criança e do adolescente, agrupadas no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei Nº 8.069/90 (Brasil, 1990); o Estatuto do Idoso Lei Nº 10.741, de 1º de outubro de 2003 (Brasil, 2003a); e, a mais recente Lei Nº 11.340 de agosto de 2006, que visa coibir e prevenir a violência doméstica e familiar contra a mulher (Brasil, 2006).

Cabe aqui uma observação em relação à terminologia utilizada neste trabalho, visto que a literatura especializada não apresenta uma concordância no que concerne à designação da violência sofrida pelas mulheres. Entre as mais encontradas estão: violência doméstica; violência intrafamiliar; violência de género; violência de parceiro íntimo e violência conjugal.

2.1. Violência Doméstica

A Organização das Nações Unidas – ONU – (2004) refere que a violência doméstica – VD – é aquela que acontece no domínio da vida privada, comumente entre indivíduos que possuem relações de consanguinidade ou de intimidade. A violência doméstica pode assumir diferentes tipos de violência, incluindo a física, a psicológica e a sexual.

Day *et al.* (2003, p. 10) definem a VD como sendo:

Toda ação ou omissão que prejudique o bem-estar, a integridade física, psicológica ou a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de um membro da família. Pode ser cometida dentro e fora do lar por qualquer um que esteja em relação de poder com a pessoa agredida, incluindo aqueles que exercem a função de pai ou mãe, mesmo sem laços de sangue.

Historicamente, os efeitos da VD fazem-se sentir, maioritariamente, em grupos sociais mais vulneráveis, pertencentes a classes sociais menos favorecidas, o que não significa, todavia, que as camadas mais privilegiadas não sejam por eles afetadas (Santana *et al.*, 2011).

A VD é a mais comum das violências perpetradas contra a mulher (Garbin *et al.*, 2006). Esta foi e ainda continua sendo frequentemente, vista como um fenómeno cultural, fazendo parte das normas e costumes da sociedade que a aceita como uma

forma de ação disciplinar praticada pelo pai em relação à esposa e filhas (Schraiber *et al.*, 2003; WHO, 2005).

2.2. Violência Contra a Mulher

A violência contra a mulher é um fenómeno universal que persiste em todos os países do mundo. Ela pode ser definida como sendo qualquer ato ou conduta baseada no género, que cause dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher ou até mesmo a morte. Podendo ocorrer tanto no ambiente público como no ambiente privado (Vilela, 2008; Arosarena *et al.*, 2009).

O Conselho da Europa (Ferreira, 2005, p. 15), também apresenta uma definição do que é a violência contra a mulher de forma mais abrangente, na qual aborda não só aspetos físicos e psicológicos, mas inclui as dimensões identitárias da mulher:

A violência contra as mulheres é qualquer ato, ou omissão, ou conduta, que serve para infligir sofrimentos físicos, sexuais, ou mentais direta ou indiretamente por meio de vingança, ameaças, coação, ou qualquer outro meio a qualquer mulher e tendo por objetivo e como efeito intimidá-la, puni-la ou humilha-la ou mantê-la nos papéis estereotipados ligados ao seu sexo, ou recusar-lhe a dignidade humana, a autonomia sexual, a integridade física, mental e moral, ou abalar a sua segurança pessoal, o seu amor-próprio ou a sua personalidade, ou diminuir as suas capacidades físicas ou intelectuais.

Contrariamente ao que se pensa, conforme o documento da Organização Mundial de Saúde (OMS) (WHO, 2005), o lar não é um reduto seguro para as mulheres: estas correm um maior risco de serem vítimas de violência no contexto de uma relação íntima do que em qualquer outro contexto. Relativamente às relações conjugais ou equiparadas muitos são os estudos que apontam para o parceiro íntimo como o principal agressor (Deslandes *et al.*, 2000; Schraiber *et al.*, 2002; Rezende *et al.*, 2007; Santana *et al.*, 2011).

Realce-se aqui, que a VD é apenas um aspeto da violência contra a mulher que habitualmente é alvo de outras formas, entre as quais figura o assédio e o abuso sexual a violência institucional em que as mulheres são submetidas a constrangimentos nos serviços de saúde e a estrutural que decorre das definições que lhe atribuem um papel secundário, limitando a sua cidadania em todos os níveis de hierarquia social (Silva, 2003).

A violência contra a mulher, além de ser um problema político-social, é algo que a sociedade e a comunidade científica não podem desconsiderar. Desse modo, a presença da Medicina Dentária Forense, no que respeita às lesões do complexo buco-maxilo-mandibular em mulheres, torna-se indispensável, na constatação e reparação dos danos (Chiaperini *et al.*, 2008).

2.3. Aspetos da Violência Doméstica contra a Mulher

2.3.1. Brasil

2.3.1. (i). Caracterização do Problema no Brasil

Embora a VD contra as mulheres no Brasil seja um problema que vitimiza milhões de brasileiras, não há estatísticas sistemáticas e oficiais que indiquem a magnitude deste fenómeno. Porém as publicações oficiais estimam que, no Brasil, cerca de 2 milhões de mulheres adultas são espancadas por ano, e a cada 15 segundos uma mulher é espancada no seu lar (Brasil, 2005).

Uma pesquisa conduzida pelo instituto de pesquisa não-governamental da Fundação Perseu Abramo, efetuada em 2010, aponta que aproximadamente 24% das mulheres brasileiras já foram vítimas de algum tipo de violência doméstica. Essa percentagem sobe para 43% quando as inquiridas são estimuladas por meio da citação de diferentes formas de agressão (Brasil, 2011a).

O documento da OMS/OPAS, que aborda a violência sexual e a violência praticada pelo parceiro íntimo, refere que no Brasil tratando-se de uma zona urbana 27,2% das mulheres já sofreram violência física alguma vez em suas vidas, esse número aumenta quando se trata de mulheres residentes em zonas rurais, passando para 33,8%. O mesmo estudo aponta que relativamente a violência sexual nas zonas urbanas 10,1% das mulheres referiram ser vítimas em algum momento de suas vidas e na zona rural esse número sobe para 14,3% (WHO, 2010).

Uma pesquisa realizada no Município de São Paulo, num centro de saúde escola através de entrevistas realizadas com 322 mulheres atendidas na consulta médica ou nos atendimentos de enfermagem, refere que 55,6% das mulheres já haviam sofrido ocorrência de maus-tratos, humilhação ou agressão por alguém próximo, pelo menos

uma vez durante a sua vida e em 65 casos (36,3%), o agressor era o atual ou ex-companheiro (Schraiber *et al.*, 2002).

No âmbito do Ministério da Saúde, os dados da Vigilância de Violência e Acidentes (VIVA) apontam que a maioria das ocorrências contra as mulheres registadas foi agressão física (61,7%) seguidas de violências psicológica/moral (31,6%) e sexual (24,2%). Estes dados foram elaborados a partir das informações obtidas do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan NET), dos anos de 2009 e 2010, em 2.209 municípios distribuídos nas 27 unidades da Federação (Brasil, 2013).

Em relação à ocorrência dos eventos violentos 34% das utentes informaram ter sido vítimas de violência reiterada. Os atos de violência tiveram a residência da vítima como local de maior predominância (51,0%). Com relação ao agressor foi na sua maioria um único indivíduo (68%), do género masculino (59,3%) e que mantinha relação próxima com a vítima na condição de cônjuge (17,5%) ou amigo (11,3%) (Brasil, 2013).

Relativamente ao feminicídio, forma mais grave de violência contra a mulher, no contexto de 84 países do mundo com dados homogéneos da OMS compreendidos entre 2006 e 2010, o Brasil ocupa a sétima posição, com uma taxa de 4,4 homicídios em 100 mil mulheres. Para se ter uma ideia comparativa, o mesmo relatório mostra que Portugal ocupa a 72ª posição (Waiselfisz, 2012).

De acordo com “O Mapa da Violência”, em 2010 foram assassinadas no Brasil 4.297 mulheres, sendo a residência das mesmas o local preponderante destas ocorrências (68,8% dos incidentes), demonstrando que é no contexto da vida doméstica onde se gera a maior parte das situações de violência experimentadas pelas mulheres. A relação de conjugalidade ou análoga também foi pesquisada estando presente em 42,5% dos casos nos quais a relação com agressor é identificada (Waiselfisz, 2012).

Mesmo com a carência de dados oficiais, a perceção é de que a violência doméstica neste país é um problema da maior gravidade e aponta para o reconhecimento de sua existência e das sérias consequências que atingem – física e psicologicamente – as mulheres vitimadas.

2.3.1. (ii). Enquadramento Legal no Brasil

A Constituição Federal Brasileira, no seu Art. 226, parágrafo 8º assegura “a assistência à família, na pessoa de cada um dos que a integram, criando mecanismos para reprimir a violência, no âmbito das suas relações”. Dessa forma, o Estado brasileiro assume um papel no cumprimento do combate a qualquer tipo de violência, seja ela dirigida contra homens ou mulheres, adultos ou crianças (Brasil, 2011b).

No âmbito jurídico são vários os dispositivos legais que abordam a violência doméstica tanto no Código Penal (CP) como no Código do Processo Penal (CPP), nos quais são estabelecidos os termos do julgamento e as medidas a serem adotadas. No que se refere à legislação, no Brasil foram criadas leis para esta finalidade. Inicialmente foram vistas as questões relacionadas aos direitos das crianças e adolescentes mediante o Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8.069/90), em seguimento foi a vez da criação do Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741/03) e, mais recentemente, a Lei Maria da Penha (Lei nº 11.340/06) que aborda a violência praticada especificamente contra as mulheres (Brasil, 1990; Brasil, 2003a; Brasil, 2006).

Tratando-se da violência contra a mulher a legislação brasileira, desde 22 de setembro de 2006, fornece bases legais para a assistência às vítimas em situação de violência doméstica e familiar, mediante a Lei 11.340/2006, conhecida também como Lei Maria da Penha. Esta lei foi assim denominada em homenagem à senhora Maria da Penha Maia Fernandes, biofarmacêutica, natural do estado do Ceará, casada e mãe de três filhas, cujo marido, professor universitário, tentou matá-la por duas vezes: na primeira, utilizou uma arma de fogo, deixando-a paraplégica aos 38 anos de idade; e na segunda, tentou eletrocutá-la na casa de banho (Brasil, 2006).

A Lei Maria da Penha é considerada um grande marco no processo histórico de construção e reconhecimento dos direitos das mulheres no Brasil. Em 2012 a Organização das Nações Unidas reconheceu esta lei como uma das leis mais avançadas no combate da violência contra as mulheres no mundo, estando atrás apenas da legislação adotada pela Espanha e pelo Chile (CEPIA, 2013).

Contudo, por ser uma lei tão específica, alguns magistrados e juristas criticaram, inicialmente, a Lei Maria da Penha pois entenderam que esta lei feria o princípio

constitucional da igualdade que diz no seu Art. 5º “Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza” (Santos, 2010). Por outro lado, há quem defenda que a mulher (pela sua eminentemente vulnerabilidade quando se trata de constrangimentos físicos, morais e psicológicos em âmbito privado) mereça um tratamento desigual com base na máxima aristotélica, na qual refere que os iguais devem ser tratados igualmente aos iguais e desigualmente aos desiguais na medida das suas diferenças, para que haja igualdade de facto. Assim, atualmente, as críticas foram superadas já que os ganhos advindos da nova legislação são muitos.

Sancionada pelo então presidente Luiz Inácio Lula da Silva, a lei 11.340/2006 aborda, de maneira específica, a violência praticada contra a mulher, define um novo tipo penal: a “violência doméstica e familiar contra a mulher”, que segundo o Art. 5º é “qualquer ação ou omissão baseada no género que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial”. Para efeitos desta lei a unidade doméstica é o espaço de convívio familiar de pessoas com ou sem laços familiar, considerando também as relações íntimas de afeto, independentemente da orientação sexual, na qual o agressor conviva ou tenha convivido com a ofendida, não necessitando de coabitação (Brasil, 2006).

Esta lei cria Juizados Específicos para o julgamento desses casos. Além de medidas punitivas, dispõe também sobre o atendimento policial (Art. 8º, inciso IV), assistência financeira e psicológica à mulher e seus familiares, mecanismos de prevenção da violência, reeducação do agressor e criação de uma rede integrada de instituições voltadas para o problema, incentivando uma abordagem multissetorial (Porto, 2007).

Esta legislação inclui também o atendimento articulado para utilização de serviços sociais do Sistema Único de Saúde (SUS), do Sistema Único de Segurança Pública e outras medidas necessárias para amparar a vítima (Art. 9.º); o encaminhamento da ofendida ao hospital ou posto de saúde e ao INML (Art. 11, inciso II); a recolha de todas as provas para o esclarecimento do fato e de suas circunstâncias (Art. 12, inciso II); a determinação de que se proceda ao exame de corpo de delito da ofendida e o requisito de outros exames periciais necessários (Art. 12, inciso IV), sendo admitidos como meios de prova os laudos ou prontuários médicos fornecidos por hospitais e postos de saúde (Art. 12, inciso 3.º) (Silva *et al.*, 2010).

A notificação compulsória, ou seja, obrigatória dos casos de violência contra a mulher que forem atendidos em serviços de saúde públicos e privados está estabelecida na Lei n.º 10.778/2003 (Brasil, 2003b). O cumprimento desta medida é fundamental para caracterizar e quantificar o fenómeno da violência física/sexual e de suas consequências, contribuindo, assim, para a implementação de políticas públicas de intervenção e prevenção. Quando a identificação da situação é feita, nomeadamente, no consultório médico-dentário, a notificação deve ser realizada pelo cirurgião-dentista de forma sigilosa. A não notificação está sujeita a multa conforme inciso II do artigo 66 da Lei das Contravenções Penais (Brasil, 1941).

Para fortalecer a legislação voltada para a mulher, a presidente Dilma Rousseff, em março deste ano, sancionou a lei 13.104/2015 que altera o CP e torna o feminicídio, o assassinato de mulheres pela condição de serem mulheres, uma circunstância qualificada do crime de homicídio. Para esta lei, considera-se que há razões de condição de género feminino quando o crime envolve: a violência doméstica e familiar e menosprezo ou discriminação à condição de mulher. Nesta mesma ocasião o feminicídio passou a ser considerado um crime hediondo, possibilitando assim uma maior reprovação por parte do estado (Brasil, 2015).

Resta realçar que a Lei 11.340/2006, como referido, contempla apenas a violência doméstica e familiar praticada contra as mulheres, ou seja, as medidas previstas nesta lei não se estendem a meninos e homens submetidos a violência doméstica e familiar, dirigindo-se assim apenas a meninas e mulheres.

2.3.2. Portugal

2.3.2. (i). Caracterização do Problema em Portugal

Em Portugal é a partir da década de oitenta que a violência doméstica passa a ser vista como um problema social, entrando de forma evidente para a agenda política nacional (Dias, 2000).

Neste país a violência doméstica constitui uma das tipologias criminais mais registadas, ocupando o terceiro lugar em 2011 de acordo com Quaresma (2012). Este terceiro lugar coloca, mais uma vez, a violência doméstica como a tipologia criminal mais reportada entre todos os crimes contra as pessoas, previstos no CP Português. Embora seja elevado o volume anual de ocorrências participadas às Forças de

Segurança nesta matéria, o conhecimento sistemático e científico sobre o que sucede a estes casos é ainda limitado (Quaresma, 2012).

Entretanto, nos últimos anos houve um esforço em produzir conhecimento nesta área no intuito de dar a conhecer o fenómeno, bem como, contribuir para a implementação de políticas públicas na matéria da violência doméstica.

No âmbito da União Europeia (UE) também se evidencia esse esforço em recolher dados referentes a violência contra as mulheres no intuito de fundamentar e apoiar medidas legislativas e políticas. Em 2014 foram divulgados dados referentes a um inquérito baseado em entrevistas presenciais com uma amostra composta por 42.000 mulheres dos 28 Estados Membros, realizado pela Agência dos Direitos Fundamentais da União Europeia (FRA) os quais mostram que, no âmbito da UE, uma em cada três mulheres (33%) foi vítima de violência física e/ou sexual desde os 15 anos de idade. Cerca de 8% das mulheres sofreram violência física e/ou sexual nos 12 meses anteriores à entrevista do inquérito. Entre todas as mulheres que têm (ou tiveram) um parceiro, 22% foram vítimas de violência física e/ou sexual por parte deste, desde os 15 anos de idade (FRA, 2014).

No estudo realizado no Distrito de Lisboa por Quaresma (2012) intitulado “Violência Doméstica: da participação da ocorrência à investigação criminal” além de outros dados foi observado que na maioria dos casos a vítima era do género feminino (84,7%) e o denunciado do género masculino (90,6%). Cerca de 44% das vítimas estava casada ou em união de facto. Em quase dois terços dos casos, a relação entre vítimas e agressor era de tipo conjugal (64,2%) e em cerca de 19% dos casos existira esse tipo de relação. Segundo a informação obtida pelos profissionais das Forças de Segurança (FS), 71% das vítimas coabitavam com o denunciado aquando da ocorrência (Quaresma, 2012).

Segundo as estatísticas sobre o ano de 2013 da Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV), os crimes praticados no âmbito da violência doméstica, representaram mais de 80% dos crimes registados. Num total de 8.733 casos acompanhados pela APAV neste mesmo ano, 82,8% destes, eram do género feminino e do total apurado dos agressores, 82,3% eram do género masculino. Os locais de

vitimização mais referenciados foram a residência comum (da vítima e do autor do crime – 54,1%) (APAV, 2014).

O último relatório de monitorização da Violência doméstica do Ministério da Administração Interna, a nível nacional, com dados referentes ao ano de 2013 e primeiro semestre de 2014 revela que foram registadas pelas FS em números absolutos 27.318 participações de violência doméstica em Portugal Continental e Ilhas. Os distritos onde se registaram mais participações foram: Lisboa (5.885), Porto (5.142), Setúbal (2.380), Braga (1.877) e Aveiro (1.668). À semelhança de outros estudos referentes a anos anteriores, a grande maioria das vítimas era do género feminino (85%), assim como a maioria dos denunciados era do género masculino (88%). As relações conjugais presentes ou passadas representaram cerca de 79% dos casos (Quaresma, 2014).

Resta realçar que os estudiosos acreditam que embora estes números sejam alarmantes, refletindo uma desocultação crescente desse fenómeno em Portugal, estes representam apenas a "*ponta do iceberg*", visto que se trata de um crime de ocorrência no âmbito familiar e, portanto, protegido pela natureza íntima. Deste modo, acredita-se que a realidade da VD permanecerá sub-relatada, na medida em que a vergonha e o medo da vítima continuam a ser fatores impeditivos da denúncia, aliados a uma percentagem significativa de mulheres que não percecionam os atos de que são vítimas como maus tratos ou que assumem uma atitude de minimização da “pequena” violência (Matos, 20012).

2.3.2. (ii) Enquadramento Legal Portugal

Portugal, como um Estado democrático, mediante a sua Constituição promove a igualdade entre homens e mulheres bem como a garantia do direito à integridade pessoal, sendo estes direitos fundamentais a todos os cidadãos portugueses (Portugal, 2002). Quem o violar está sujeito a punição nos termos da lei do artigo 143º do CP que dispõe sobre a ofensa à integridade física: “quem ofender o corpo ou a saúde de outra pessoa é punido com pena de prisão até três anos ou com pena de multa” (n.º1) (Portugal, 2012a).

A legislação portuguesa percorreu um longo caminho no que respeita a VD para poder dar resposta de maneira eficiente às suas vítimas. A criação de legislação

específica nesta matéria deu-se no início da década de noventa, por um lado por pressão exercida pela sociedade organizada, nomeadamente as associações que atuavam nesta causa, e, por outro, indo ao encontro de um conjunto de recomendações europeias desenvolvidas neste domínio (Dias, 2000; Duarte, 2012).

Deste modo, três momentos considerados como marcantes no percurso do combate à violência doméstica em Portugal: o momento em que foi apresentada a primeira lei de proteção às mulheres vítimas de violência, em 1991; o momento em que foi alterada a natureza do crime de maus tratos contra os cônjuges para crime semipúblico, em 1998; e, finalmente, no ano 2000, quando, no CP, o procedimento criminal passa a não depender do interesse e oposição da vítima, passando a crime público (Santana, 2012).

Entre os vários ordenamentos legais existentes no CP Português, que dispõe acerca da VD, destacam-se os artigos 152.º, 152.º-A e 152.º-B, Lei 59/2007, o qual incide exclusivamente sobre o crime de violência doméstica (Maus tratos e infração das regras de segurança) estabelecendo: a punição de pena de 1 a 5 anos de prisão a quem infligir, de modo reiterado ou não, maus tratos físicos ou psíquicos, incluindo castigos corporais, privações da liberdade e ofensas sexuais; bem como definido as vítimas: a) cônjuge ou ex-cônjuge; b) pessoa de outro ou do mesmo género com quem o agente mantenha ou tenha mantido uma relação análoga à dos cônjuges, ainda que sem coabitação; c) progenitor de descendente comum em 1.º grau; ou d) pessoa particularmente indefesa, em razão de idade, deficiência, doença, gravidez ou dependência económica, que com ele coabite. Ao crime de violação de regras de segurança (Art. 152.º-B do CP) a pena máxima pode chegar a 10 anos de prisão (Portugal, 2012a).

Outras medidas legislativas corroboram para o combate da VD. Como é o caso da Lei n.º 112/2009 que estabelece o regime jurídico aplicável à prevenção da violência doméstica, à proteção e à assistência das suas vítimas. A Lei n.º 104/2009 aprova o regime aplicável à concessão de indemnização às mulheres que sejam vítimas do crime de maus-tratos (previsto no n.º 2 do artigo 152.º), e que incorram em situação de carência económica acentuada em consequência daquele. No âmbito deste crime, pode ainda ser aplicada a pena acessória de proibição de contacto com a vítima, incluindo o

afastamento do agressor da residência (Art. 200.º - Proibição de permanência, de ausência e de contactos, do CP) (Dias, 2010).

No mesmo sentido, a Lei n.º 112/2009, estabelece o regime legal da rede pública de casas de abrigo para as mulheres vítimas de VD. Referente à saúde e isenção de taxas moderadoras há também disposições legais específicas, nomeadamente o Despacho n.º 20509/2008 que aplica o regime de isenção das taxas moderadoras às vítimas de violência doméstica; e o de Decreto-Lei n.º 113/2011 que por sua vez, regula o acesso às prestações do Serviço Nacional de Saúde (SNS) por parte dos utentes no que respeita ao regime das taxas moderadoras e à aplicação de regimes especiais de benefícios.

Conforme a Lei n.º 7/2000, o crime de violência doméstica, passou a ser de natureza pública em Portugal, ou seja qualquer cidadão que assista ou tenha conhecimento de uma situação de VD deve efetuar uma denúncia para se dar início ao procedimento criminal (Dias, 2010). Passando a ser obrigatória para as entidades policiais e funcionários públicos ou equiparados, quanto a crimes que tomaram conhecimento no exercício das suas funções e por causa delas, de acordo com o Art. 242º do CPP (Portugal, 2012b). Esta obrigatoriedade é estendida a todos os cidadãos mediante a Lei de Protecção de Crianças e Jovens (Art. 66º, Lei 147/99) (Crespo *et al.*, 2011).

Como exposto, a violência contra as mulheres, na lei portuguesa, está contida no âmbito da VD. Duarte (2012) salienta que a maioria das Organizações Não-Governamentais (ONG) entrevistadas na sua investigação mostrou-se tendencialmente favorável a que este quadro legislativo fosse alterado de forma a tratar a violência contra as mulheres de maneira mais específica como violência de género, a exemplo do que ocorre na legislação espanhola. Isso, em virtude das especificidades da violência que ocorre nas relações de intimidade, nomeadamente aquela que continua a ter uma maior expressão, a exercida sobre mulheres, e as relações desiguais de género.

3. O Médico Dentista no Contexto da Violência Doméstica

A violência doméstica apresenta-se como sendo um fenómeno de natureza multifatorial, o que torna crucial o interesse e a preocupação do Sector da Saúde com as suas vítimas, sejam elas mulheres, crianças ou idosos principalmente em razão do número de mortes que provoca e da necessidade de perícia e assistência médica e médico-dentária (Garbin *et al.*, 2006; Saliba *et al.*, 2007; Chiaperini *et al.*, 2008).

É válido ressaltar que na maioria dos casos de violência, a vítima necessita de tratamento e acompanhamento multidisciplinar, envolvendo terapia médica, médico-dentária e psicológica, bem como assistência social e a tutela do Estado para que os seus direitos sejam resguardados (Silva *et al.*, 2010).

O médico dentista tem um papel fundamental no contexto da violência doméstica não só no atendimento e na identificação mas também na realização de perícias (assunto que será abordado mais à frente neste capítulo) e na prevenção dos agravos à saúde oriundos da violência. Muitas das lesões na cavidade oral resultantes de violência necessitam de intervenções especializadas e o médico dentista é o profissional capacitado para oferecer o tratamento adequado.

Sales-Peres *et al.* (2008) destacaram a importância do conhecimento da legislação por parte do profissional de saúde para que este saiba como agir diante de um quadro de identificação de maus-tratos e violência.

Na prática médico-dentária a violência física, geralmente, é o tipo que pode ser mais frequentemente diagnosticado, e muitas dessas agressões podem ser observadas na região de cabeça e pescoço (Cavalcanti, 2003; Meloni *et al.*, 2007; Silva *et al.*, 2010) – como será melhor discutido em outra secção deste capítulo.

Além disso, determinados casos de violência sexual também podem produzir lesões traumáticas nos tecidos moles presentes na cavidade oral, como a laceração das bridas labiais ou linguais, uma vez que o agressor tende a satisfazer sua libido por meio do sexo oral, associado ou não a outras práticas sexuais (Oliveira e Carvalho, 2006).

Apesar da posição privilegiada para observar estes sinais de violência, alguns motivos levam os profissionais de saúde a se omitirem em casos de maus-tratos/agressões: o medo de perder pacientes; a falta de confiança no serviço de proteção

à criança, adolescente, mulher e idoso; o medo de lidar com os pais/marido/cuidador e de se envolver legalmente (Cavalcanti, 2001; Kellog, 2007).

Além destes, outros motivos pertinentes, têm também que ser considerados como por exemplo a incerteza do diagnóstico, do mecanismo de denúncia, o desconhecimento da verdadeira responsabilidade em denunciar, entre outros. Face a isso revela-se a necessidade da capacitação do profissional ou mesmo de uma melhor abordagem do tema nos currículos acadêmicos (Cavalcanti, 2001; Granville-Garcia *et al.*, 2006; Granville-Garcia *et al.*, 2008).

3.1. Importância da Face no Contexto das Lesões Decorrentes da VD

A face, porção integrante da cabeça, devido às suas características – por exemplo da sua projeção anterior corporal, complexidade anatômica e funcional – é pouco protegida, representando, desta forma, uma das áreas mais frequentemente acometidas por traumatismos (Cardoso, 1997; Montovani *et al.*, 2006). Considerando também o seu importante papel no relacionamento intra e interpessoal, as lesões aí incididas merecem toda a atenção do perito (Roselino *et al.*, 2009).

Para Krause *et al.* (2004) a etiologia dos traumatismos faciais é heterogênea. Os autores salientam ainda a importância dos estudos epidemiológicos, que têm sido realizados nas últimas décadas, em várias regiões de diversos países, o que favorece uma melhor compreensão dos grupos populacionais de maior risco.

Relativamente à incidência do trauma facial este apresenta-se crescente nas últimas quatro décadas podendo ser causado por acidentes de trânsito, quedas, violência interpessoal [aqui se inclui a violência doméstica], e as decorrentes de atividades profissionais e prática desportiva, que variam em magnitude e tipologia da lesão, podendo ser desde pequenas lesões nos dentes até traumas severos à pele, aos músculos, aos ossos e aos nervos da face (Montovani *et al.*, 2006; Roselino *et al.*, 2009; Costa *et al.*, 2014).

Le *et al.* (2001) num estudo retrospectivo, no qual foram analisados registos de 236 casos num período de 5 anos no serviço de atendimento de emergência a vítimas de violência doméstica, concluíram que, no que se refere à localização das lesões, a grande maioria estava localizada na região maxilo-facial (representando 81% dos casos).

Noutra investigação na qual as lesões maxilo-faciais, decorrentes da violência doméstica, foram também objeto de estudo foi observado pelo pesquisador uma marcada predominância de lesões faciais em detrimento de outras partes do corpo (Santana *et al.*, 2011).

Mais especificamente no que respeita a mulheres vítimas de violência doméstica um estudo relacionado com o atendimento primário destas vítimas, em dois hospitais públicos da cidade do Rio de Janeiro refere ser a região de cabeça e pescoço a mais atingida (Deslandes *et al.*, 2000).

Num estudo onde se procurou conhecer a epidemiologia dos traumatismos buco-maxilo-faciais em vítimas de agressões em Sergipe (Brasil), verificou-se que ao contrário do que acontece nos casos de violência contra homens, nos quais estes são predominantemente vítimas de agressores desconhecidos, nas mulheres foi constatado que as agressões eram mais correlacionadas com a violência doméstica (Oliveira, 2008).

Outros autores destacam que o trauma maxilo-facial em mulheres vítimas de violência doméstica não é somente um problema cirúrgico [que implicam intervenções terapêuticas], mas também social e que as próprias cicatrizes resultantes, sempre lembrando as vítimas sobre o facto ocorrido, podem provocar alterações psíquicas tão importantes quanto as lesões físicas (Fisher *et al.*, 1990).

É importante salientar o papel da face no contexto da violência, para Silva *et al.* (2014) as agressões contra a face têm muitas vezes como objetivo a desqualificação da identidade da vítima e também a sua intimidação.

De acordo com Silveira e Silveira (2005) a integridade da face reflete a normalidade do indivíduo. Através dela, as pessoas expressam o seu estado de saúde e as suas emoções. Quando a integridade é perdida em decorrência de trauma, havendo alguma alteração estética ou funcional, a probabilidade de repercussões psicológicas é bastante considerável.

Silva *et al.* (2011) mencionam que nos episódios de violência doméstica, muitas vezes, os traumas maxilo-faciais têm a sua etiologia nos socos e estalos. Nesse tipo de violência, a intenção pode ser a de não deixar marcas ou cicatrizes importantes do ponto de vista físico, mas subjugar e fragilizar emocionalmente as vítimas.

Assim, pode-se concluir que os traumatismos da face têm repercussões significativas no convívio social das vítimas, logo, é de grande importância para o médico dentista, não só pela incidência de casos, mas também pelo facto de que, se não forem reparados de maneira adequada, podem evoluir para importantes sequelas estéticas e funcionais.

3.2. Medicina Dentária Forense e Perícias Médico-dentárias

O perito é o profissional responsável pela realização de exames técnicos da sua especialidade ou competência para esclarecimento de factos que são objetos de inquérito policial ou de processo judicial (Vanrell, 2002). No campo da Medicina Dentária Forense (Odontologia Legal), o médico dentista é o profissional mais capacitado tecnicamente para analisar e interpretar lesões na face, bem como os vestígios médico-dentários presentes numa cena de crime ou desastre de massa (Leite *et al.*, 2011).

Deste modo, a Medicina Dentária Forense (MDF) é a área da medicina dentária que faz ligação com o Direito, prestando esclarecimentos ou resoluções de pendências judiciais utilizando conhecimentos médico dentários, envolvendo ações de indemnização por erro médico dentário, acidentes de trabalho, processos éticos e criminais (Silveira, 2006). É, portanto, um campo de atuação no qual o profissional não executa procedimentos terapêuticos (González, 2004).

No Brasil, a regulamentação da Medicina Dentária Forense (Odontologia Legal/Odontologia Forense), enquanto especialidade é feita pela Resolução do Conselho Federal de Odontologia – CFO – 63/2005, na seção VIII, artigos 63 e 64, que a define e caracteriza os seus serviços, enumerando as suas competências (CFO, 2005).

O odontologista (termo utilizado no português brasileiro para denominar o médico dentista especialista da área Forense) num INML pode executar perícias, como as de identificação humana pela arcada dentária, antropologia com a estimativa de género, estatura, idade e grupo étnico do cadáver, sobreposição de imagens e reconstrução facial, perícias em indivíduos vivos, nos casos de lesões corporais em vítimas de agressões, acidentes e erro profissional, além da análise de marcas de mordidas (Assis, 2011).

Faria (2006) num levantamento de lesões na região orofacial (boca, dentes, língua, gengiva e região mandibular) resultantes de violência doméstica destacou a relevância do odontologista, nestes casos. O autor ainda afirmou que este profissional pode contribuir decisivamente para a boa execução de perícias relacionadas com conflitos domésticos, uma vez que este, obviamente, terá aptidão para descrever com precisão as lesões observadas e para acompanhar o caso com exames posteriores, a fim de caracterizar bem as sequelas.

As perícias médico-dentárias não se restringem às lesões relacionadas ao agregado de estruturas bucais, mas abarcam todo o corpo, principalmente, em casos de violência física como abuso sexual, assassinatos, abuso infantil, onde são comuns os casos de mordida na pele (Galvão, 1998).

No contexto da violência doméstica, lesões por mordedura humana são frequentemente encontradas nos corpos das vítimas, apresentando aspetos variados e sendo os membros superiores onde mais se evidencia a presença deste tipo de lesão (Faria, 2006). É possível ainda obter-se impressões dentárias – marcas de mordidas – ou amostras de ADN para análise a partir de objetos que entraram em contacto com o corpo, chamados de artefactos, sendo eles: goma de mascar, cigarros, alimentos, entre outros (Musse, 2007; Baraldi, 2008).

Num trabalho de investigação realizado por Marques (2004), ficou demonstrado que a identificação a partir das análises de marcas de mordidas, é possível, segura e com grande poder incriminatório ou de exclusão de suspeitos. Nesta pesquisa, o autor conseguiu identificar 10 responsáveis, entre 50 suspeitos, das 12 marcas de mordidas em alimentos, e excluir mais de 40 suspeitos nos dois casos que não foi possível identificar seguramente os responsáveis.

Em Portugal a Medicina Dentária Forense não é uma especialidade reconhecida pela Ordem dos Médicos Dentistas (OMD). No entanto o Art. 35º do Código Deontológico da OMD refere que o médico dentista deve colaborar com todas as autoridades competentes, nas ações por estas desenvolvidas com o intuito de promover a saúde e o bem estar das populações, e no Art. 37º são apresentadas as normas a que estão sujeitos os médicos dentistas no exercício de funções periciais (OMD, 2006).

A prática da MDF ocorre ainda de forma tímida e isolada essencialmente na clínica privada. No entanto, no campo da identificação humana pós-morte, na ocasião do aluvião de 20 de fevereiro do ano de 2010, que teve lugar na Região Autónoma da Madeira, o seu papel foi tido como importante pela Professora Doutora Cristina Mendonça, responsável pela coordenação da equipa de Medicina Legal destacada para o local. A coordenadora agradeceu a colaboração da OMD e médicos dentistas madeirenses, destacando que a sua perícia “possibilitou a identificação de 100% dos corpos resgatados”, sendo esta determinante para identificação de 4 corpos, mediante a comparação das informações contidas nas fichas dentárias e odontogramas (OMD, 2010).

Desta forma, o médico dentista especialista em MDF assume um papel importante nos INMLs, pois realiza diversos tipos de perícias médico-dentárias. Um médico, geralmente, não possui a competência específica necessária para executar perícias de forma correta numa lesão na cavidade oral bem como, por exemplo, interpretar um odontograma extraindo todas as informações necessárias e disponíveis no mesmo. A presença de um médico dentista no contexto da violência doméstica é uma mais-valia, visto que, além de contribuir na identificação das lesões, na sua área de atuação, também permite que os problemas ali identificados sejam passíveis de tratamento.

4. Estudos Comparados

Para cumprir com o objetivo de comparar as realidades no contexto da VD do Brasil e Portugal foram selecionados dois estudos que tiveram como objetivo a tipificação das lesões observadas nas vítimas de VD através dos dados obtidos nos exames periciais realizados no INML da cidade de Feira de Santana (Bahia) e das perícias recolhidas dos processos de V.D. consultados no Departamento de Investigação e Acção Penal do Porto.

A investigação portuguesa utilizada neste trabalho é o estudo intitulado “Tipificação das lesões na Violência Doméstica” realizado no ano de 2009 pela Dr^a Maria Gabriel Araújo Queirós para obtenção do grau de Mestre em Medicina Legal pela Universidade do Porto.

O representante do estudo brasileiro foi o trabalho intitulado “Levantamento de Lesões na Região Bucomaxilofacial em Mulheres Periciadas no INML de Feira de Santana-Ba” realizado no ano de 2013 pela estudante Elane Nery da Silva e o estudante Felipe Rafael Rios Oliveira Matos para obtenção do título de cirurgião-dentista pela Universidade Estadual de Feira de Santana.

A escolha destes dois estudos advém da oportunidade decorrente do encontro das duas autoras envolvidas na elaboração dos dois trabalhos. Embora, não seja possível superficialmente uma comparação direta dos estudos, devido às suas particularidades, não deixa de ser pertinente, a um nível mais profundo, o conhecimento resultante do cruzamento de informações entre ambos.

Portanto as comparações aqui feitas salvaguardam as características presentes inerentes aos estudos, nomeadamente o facto de se tratar de realidades sociais diferentes bem como na configuração dos aspetos metodológicos: num a amostra foi constituída apenas por perícias realizadas por médicos dentistas, no outro por perícias médicas; num foram selecionadas vítimas somente do género feminino, no outro foram contemplados casos de VD perpetradas tanto contra o género feminino quanto o masculino; num avaliou-se exclusivamente as lesões do complexo buco-maxilo-facial, no outro todas as lesões corporais foram estudadas.

4.1. Tipificação das lesões na Violência Doméstica

O estudo teve como objetivo tipificar as lesões da VD e também efetuar uma análise da sua distribuição. O trabalho foi realizado com base em 123 inquéritos de VD instaurados no Departamento de Investigação e Acção Penal do Porto, entre 2006 e 2009, que se encontravam findos ou não se encontravam em segredo de justiça (Queirós, 2009).

A amostra final estudada foi de 101 casos e foi avaliada quanto ao grupo de inserção em: Violência conjugal – sendo inserido neste grupo a violência contra cônjuge, ex-cônjuge ou relação análoga – e casos de violência familiar não conjugal, nos termos da lei portuguesa no que diz respeito ao crime de violência doméstica (Queirós, 2009).

As fontes dos dados, no que respeita às agressões, foram as informações contidas nos relatórios periciais e também nos autos das ocorrências. Os dados recolhidos referentes às queixas limitaram-se aos referenciados no exame subjetivo dos relatórios médico-legais (Queirós, 2009).

Os dados obtidos neste estudo foram registados numa base de dados Microsoft Office Access (2003), sendo a análise realizada com recurso aos programas informáticos *Microsoft Office Excel* (2003) e *Statistic Package for Social Sciences (SPSS ®) vs. 15.0 para Windows* (Queirós, 2009).

4.2. Levantamento de Lesões na Região Buco-maxilo-facial em Mulheres Periciadas no INML de Feira de Santana-Ba

Estudo epidemiológico do tipo descritivo realizado nos laudos periciais oriundos, exclusivamente, do setor de Medicina Dentária do INML de Feira de Santana Bahia, correspondentes a mulheres vítimas de violência submetidas a perícia entre 2007 e 2011 (Silva *et al.*, 2013).

Feira de Santana é uma cidade brasileira do interior do estado da Bahia, possui uma população de 556.642 habitantes e situa-se no maior entroncamento rodoviário do Norte-Nordeste. É também a principal cidade da microrregião do centro-norte baiano,

composta por 24 municípios e população estimada em mais de 950 mil habitantes (IBGE, 2010).

Das perícias realizadas no período selecionado pelo estudo (2007 a 2011) 223 correspondem a indivíduos do género feminino, nos quais se fez o levantamento da frequência dos tipos de lesões na região buco-maxilo-facial (Silva *et al.*, 2013).

As informações contidas nos laudos foram transcritas para uma ficha elaborada para um grupo de estudos nesta temática, que contém campos específicos com a caracterização da vítima – género, idade, cor da pele, naturalidade, nacionalidade, estado civil, ocupação e residência; vínculo da vítima com o agressor; caracterização do instrumento – perfurante, cortante, contundente e possíveis combinações; descrição das lesões, incluindo-se localização intra e extraoral e avaliação do dano pelos odontologistas. As lesões do complexo bucomaxilofacial foram classificadas conforme as formas propostas pelos autores Andreasen & Andreasen (1994) e Perteson *et al.* (1996) (Silva *et al.*, 2013).

O estudo respeitou as disposições éticas estabelecidas pelo Comitê de ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana. A análise estatística foi realizada através do Programa *Statistical Package for Social Science* para *Windows SPSS*, versão 11.0 (Silva *et al.*, 2013).

5. Apresentação e Discussão dos Dados

5.1. Distribuição das vítimas quanto ao género

Apesar do fortalecimento das legislações em todo o mundo, o fenómeno social da violência doméstica contra a mulher tem sido defrontado como um problema universal pelo seu impacto não só nas áreas sociais, como também nas económicas, educacionais e da saúde. A ocorrência de tal fenómeno e as consequências que suscita para vítimas e agressores chamam a atenção dos meios de comunicação, pesquisadores, entidades, órgãos públicos e jurídicos (Silva *et al.*, 2015).

No estudo realizado por Queirós (2009) a amostra final constou de 101 inquéritos de VD, com base no artigo 152º (Gráfico – 1), nos quais as vítimas tinham sido encaminhadas para consulta de perícia médica no período de 2007 a 2009. Desse total, 87 eram do género feminino, representando 86,14% dos casos estudados (Queirós, 2009).

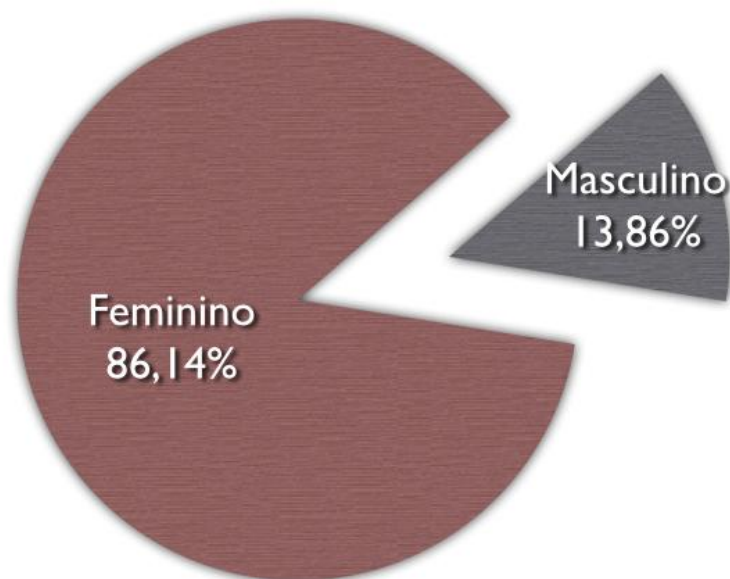


Gráfico – 1: Distribuição das vítimas da VD quanto ao género. Fonte: Adaptado de Queirós, 2009.

Já no sector de Medicina Dentária do INML de Feira de Santana-Brasil (órgão responsável pelas perícias na área de competência do médico dentista) foram emitidos um total de 470 laudos em pessoas vivas, no período de 05 anos. Desse total, 223

exames foram registados como sendo realizados em mulheres (Gráfico – 2), representando 47,5% das perícias realizadas e envolvendo diversos tipos de lesões (Silva *et al.*, 2013).

No que diz respeito ao género, à primeira vista, este resultado pode parecer discrepante, no entanto quando recorremos à metodologia dos dois estudos tal discrepância não se verifica relevante. No estudo realizado na cidade do Porto a amostra foi composta apenas por casos de VD e os dados encontrados (maioria das vítimas do género feminino) estão de acordo com vários outros estudos semelhantes e também com os dados apresentados pela Associação Portuguesa de Apoio à Vítima nos últimos anos (APAV, 2014).

A OMS realça a insegurança do lar para muitas mulheres, aludindo que estas correm um risco maior nas relações de conjugalidade de serem vítimas de violência do que em qualquer outro contexto (WHO, 2005). No mesmo sentido alguns estudiosos reforçam que a VD é a mais comum das violências perpetradas contra a mulher (Garbin *et al.*, 2006).

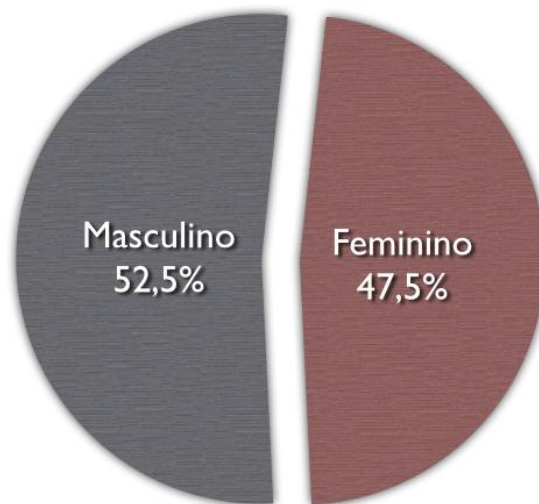


Gráfico – 2: Distribuição das vítimas de violência quanto ao género submetidas à perícia médico-dentária, INML de Feira de Santana.

Fonte: Adaptado de Silva *et al.*, 2013.

Um estudo relacionado com o atendimento primário de vítimas de VD, em dois hospitais públicos da cidade do Rio de Janeiro, refere que em cerca de 64% dos casos as vítimas são mulheres (Deslandes, Gomes, Silva, 2000). Em dois estudos, conduzidos um por Garcia e o outro por Figueiredo, foi observado que o lar foi o local de ocorrência mais frequente, (85%) e (75,5%) respetivamente, na violência contra a mulher (Garcia *et al.*, 2008; Figueiredo *et al.*, 2012).

Quando o foco da investigação recai sobre os maus-tratos contra crianças e adolescentes há estudos que mostram que as vítimas do género feminino são também a maioria, representando 56,1% dos casos (Carvalho *et al.*, 2009).

Já no estudo realizado na cidade de Feira de Santana, a maioria das vítimas periciadas no INML eram do género masculino. Esse resultado está de acordo com os de outros trabalhos que avaliaram violência não só contra as mulheres e não exclusivamente no contexto doméstico (Silveira *et al.*, 2005; Costa *et al.*, 2007; Chiaperini *et al.*, 2009; Roselino *et al.*, 2009). Tal facto pode ter uma possível explicação nas diferentes realidades sociais vivenciadas nos dois países no que se refere a violência interpessoal. No Brasil, as lesões decorrentes de acidentes e violências são denominadas “causas externas de morbidade e mortalidade”. Estes agravos representam a primeira posição na causa de morte da população de adultos jovens (Brasil, 2013).

Assim, é certo que a violência, de maneira geral, atinge a todos, no entanto certos grupos acabam por serem vítimas de formas específicas de violência, podendo-se falar numa distribuição social refletida numa divisão de espaços: onde os homens são mais atingidos no domínio público, enquanto que as mulheres são maioritariamente no contexto doméstico (Gebara, 2000; Garcia *et al.*, 2008).

5.2. Vínculo da vítima com agressor

O vínculo entre a vítima e o agressor é uma variável importante a ser estudada, principalmente porque é através dela que se distingue os casos de VD e os casos de violência interpessoal geral.

Segundo Silva *et al.* (2015) e colaboradores são inúmeros os motivos que levam os atos violentos a manterem-se restritos ao lar, pois, por vezes, amigos, familiares,

vizinhos e a própria vítima naturalizam a violência doméstica contra a mulher, não a reconhecendo como tal.

É possível observar no Gráfico 3 que a maioria dos casos de VD, ou seja, um total de 92 processos, ocorreu entre cônjuges ou relações análogas, o que na amostra estudada representa 91,09% das ocorrências. No mesmo estudo os maus-tratos contra idosos foi o segundo achado mais frequente. E os maus-tratos infligidos a menores representaram apenas 1,68% dos casos estudados (Queirós, 2009).

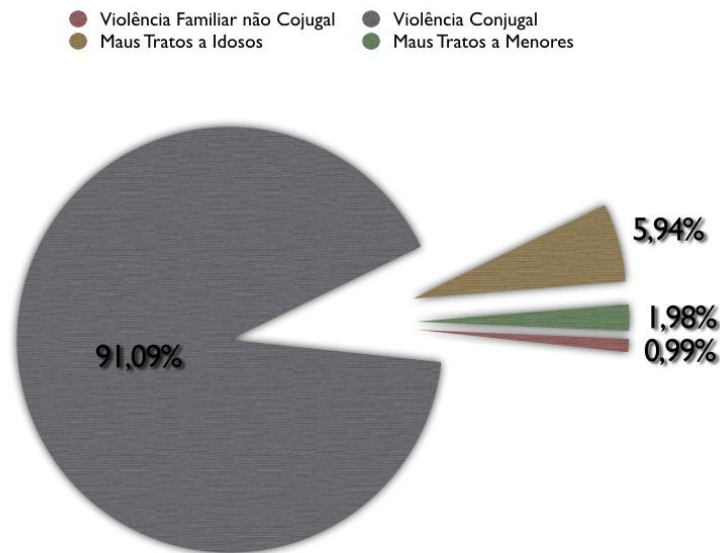


Gráfico – 3: Distribuição da VD tendo em conta o grupo de inserção da vítima. Fonte: Adaptado de Queirós, 2009.

Apesar do vínculo da vítima com o agressor também ter sido investigado no estudo brasileiro esta informação só estava presente em 105 de um total de 223 laudos. Dentre estes, as relações conjugais e análogas abrangeram a maioria dos casos com 22,5%, seguido por “ex-cônjuge/companheiro”, com 15,2% (Gráfico 4) (Silva *et al.*, 2013). Uma justificação para a relação entre vítima e agressor não constar em todos os laudos investigados é o facto de no Brasil este tipo de investigação ser da competência da Delegacia de Polícia e não uma atribuição do odontologista (Pimenta *et al.*, 2013).

Ainda no mesmo estudo, apesar de não ter sido objeto de discussão, foi observado que 27 vítimas eram menores, representando 12,1% das vítimas, e 4 eram idosas, ou seja 1,8% dos casos (Silva *et al.*, 2013).

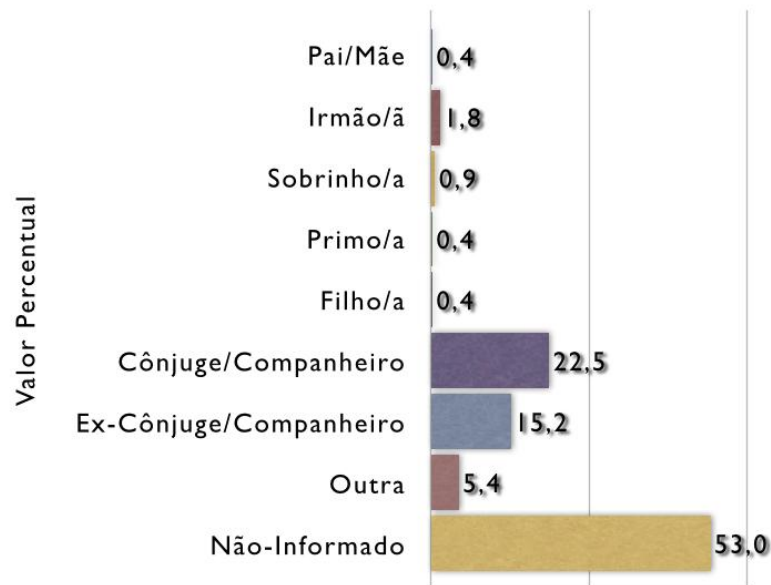


Gráfico – 4: Vínculo das mulheres vítimas de violência com o seu agressor.
 Fonte: Adaptado de Silva *et al.*, 2013.

Apesar da diferença metodológica quanto à categorização do agressor, os dados dos dois estudos assemelham-se, já que nos dois, a maioria das vítimas possui ou possuiu relações conjugais ou análogas com os seus agressores, característica esta concordante com o descrito em outros trabalhos da literatura consultada, que confirmam como principais agressores os homens com vínculo afetivo ou estreita ligação com a vítima (Deslandes *et al.*, 2000; Schraiber *et al.*, 2002; Rezende *et al.*, 2007; Santana *et al.*, 2011).

Tal também se confirma com os dados do último Relatório de Monitorização da Violência Doméstica do Ministério da Administração Interna, que refere que a maioria das vítimas de VD era do género feminino (85%), assim como a maioria dos denunciados era do género masculino (88%), sendo que as relações conjugais, presentes ou passadas, representaram cerca de 79% dos casos (Quaresma, 2014).

5.3. Natureza do instrumento e das lesões

A metodologia utilizada neste quesito difere nos dois estudos. No estudo de Queirós (2009) foram investigadas os tipos de agressões, como por exemplo: empurrão, empurrão contra obstáculo, cabeçada, agressão com arma branca, agressão com instrumento contundente, entre outras. No estudo de Silva *et al.* (2013) a natureza do instrumento foi alvo da investigação, sendo eles classificados em: contundente, corto-contundente, perfurante e cortante.

No que respeita ao tipo de agressão pode-se verificar no estudo de Queirós (2009) que estas são executadas de múltiplas formas, no entanto nos casos de violência conjugal tendo a mulher como vítima há um predomínio da agressão por murros (21,5%), pontapés (10,5%), empurrão contra obstáculo (7,4%), agarradas violentas (7,4%), estalos (6,6%) e agressão com instrumento contundente (6,1%). Pode-se inferir que as lesões aqui resultantes são na sua maioria lesões de natureza contundentes.

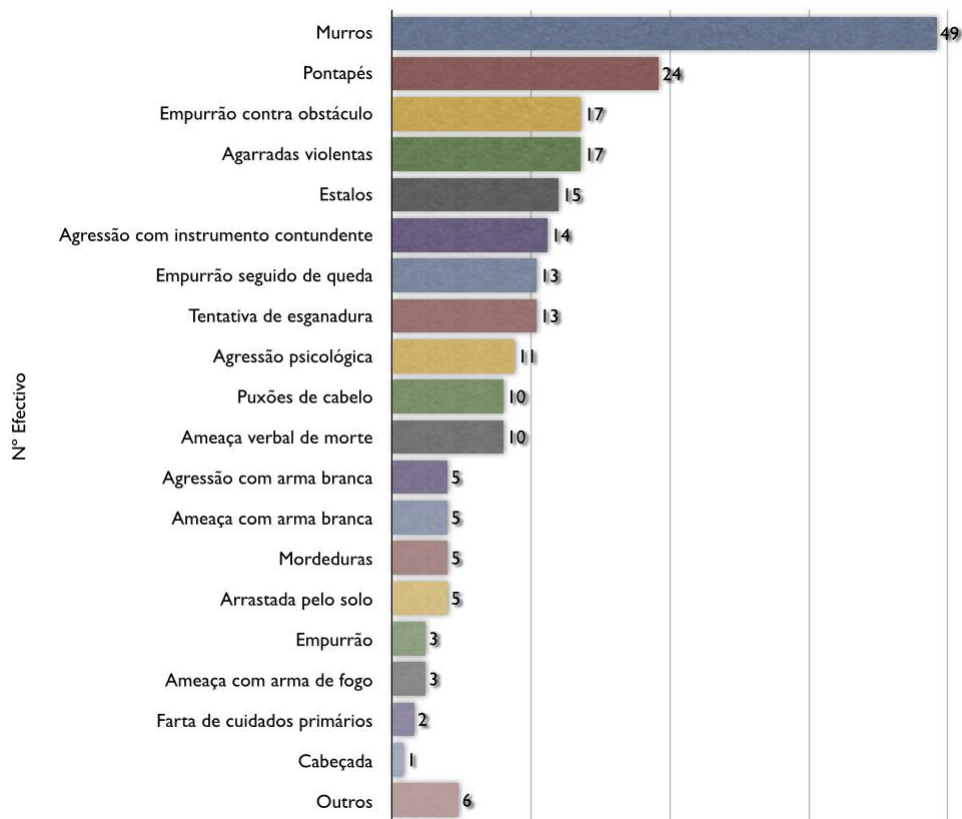


Gráfico – 5: Distribuição do tipo de agressão sofrida pelo género feminino na VD.
Fonte: Adaptado de Queirós, 2009.

O tipo do instrumento utilizado para causar a lesão foi avaliado no estudo feito na cidade de Feira de Santana, Bahia, e foi constatado que em 91% dos casos o instrumento foi classificado pelo odontologista como um instrumento de natureza contundente, sendo a maior parte das lesões resultante de agressão (Gráfico 6) (Silva *et al.*, 2013).

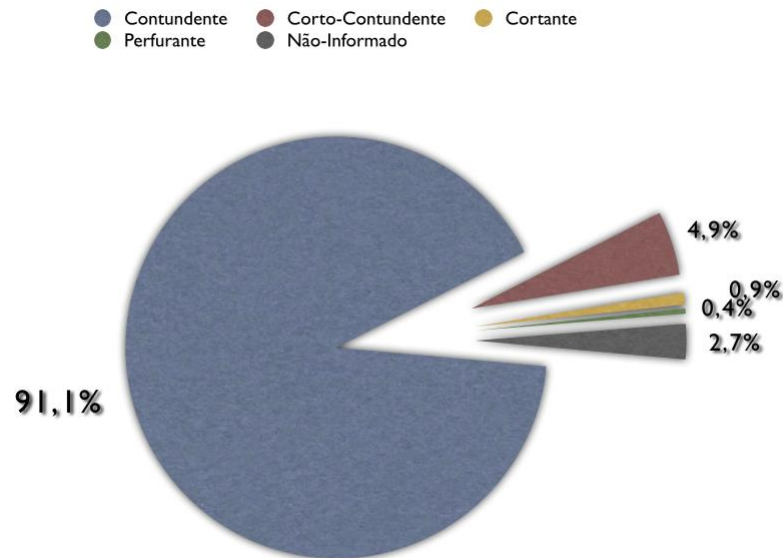


Gráfico – 6: Natureza do instrumento utilizado nas agressões contra as mulheres.
 Fonte: Adaptado de Silva *et al.*, 2013.

Resultado semelhante foi observado num estudo realizado na cidade de Uberlândia, Minas Gerais, com dados recolhidos em três serviços diferentes (Hospital, INML e ONG), no qual as lesões contundentes representaram cerca de 70% do total (Garcia *et al.*, 2008).

A investigação conduzida por Garbin é outro estudo comparável aos estudos aqui em questão, na qual dados semelhantes foram observados. Nessa pesquisa a maioria dos agentes de agressão foram contundentes o que representou 60,6% dos casos analisados, seguido dos agentes cortantes (9,1%) (Garbin *et al.*, 2006).

Uma possível explicação para a evidência dos instrumentos e lesões de natureza contundente prevalecerem nos casos de VD pode residir no facto de que na maioria das vezes os atos violentos não são planejados, levando o agressor utilizar ou do próprio corpo como instrumento ou de objetos que estejam ao alcance no cenário da violência.

5.4. Localização da lesão na face e na cavidade oral

Nos casos de violência a região da cabeça e pescoço e, mais especificamente, a facial são acometidas com frequência. Quando se trata da violência praticada contra as mulheres a predileção do agressor por essas regiões caracteriza um ato de grande humilhação na medida em que a agressão se torna visível, ferindo a beleza feminina por um lado e, por outro, a sua relação com a sociedade (Jong, 2000; Schraiber *et al.*, 2002).

Garbin e colaboradores investigaram as lesões corporais e maus-tratos em mulheres a partir dos laudos periciais presentes nos inquéritos policiais bem como a prevalência destas nas diversas partes do corpo e observaram que, de todas as regiões atingidas, a região de cabeça e pescoço foi a que obteve maior prevalência (30%) (Garbin *et al.*, 2006).

O Gráfico 7 apresenta o tipo e o Gráfico 8 a distribuição das lesões localizadas na face conforme observado no estudo de Queirós (2009). Foram identificadas um total de 58 lesões nesta área, as mais frequentes foram as equimoses (21) seguidas das escoriações (13), correspondendo as duas a 58,6% das lesões totais desta região anatómica. Pode-se verificar que a maioria das lesões são superficiais (96,6%) e apenas duas (fraturas no nariz) são de maior gravidade (3,4%) (Queirós, 2009).

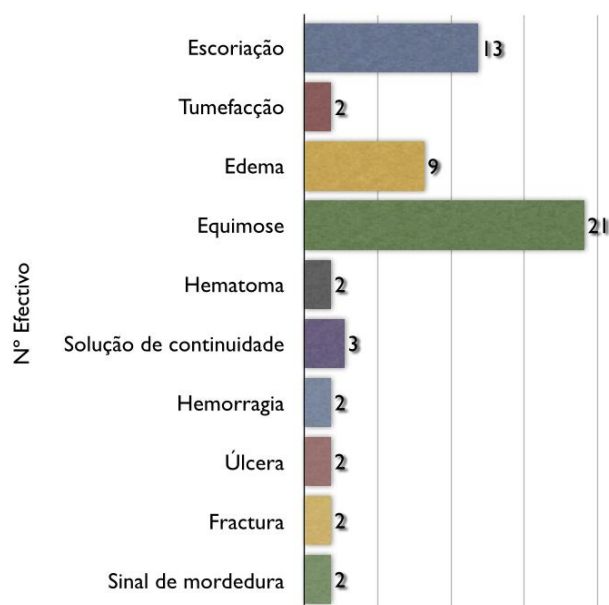


Gráfico – 7: Tipos de lesões na região facial das vítimas de VD.
Fonte: Adaptado de Queirós, 2009.

Quanto à distribuição das mesmas, verifica-se que há três regiões com valores muito próximos, hemiface (22,4%), nariz (20,7%) e pálpebras (19,0%). No que respeita às lesões na cavidade oral, foram encontradas apenas lesões nos lábios (que se consideradas em conjunto – porção mucocutânea do lábio e porção interna – representam 20,7% das lesões da face) e uma lesão na língua (Queirós, 2009).

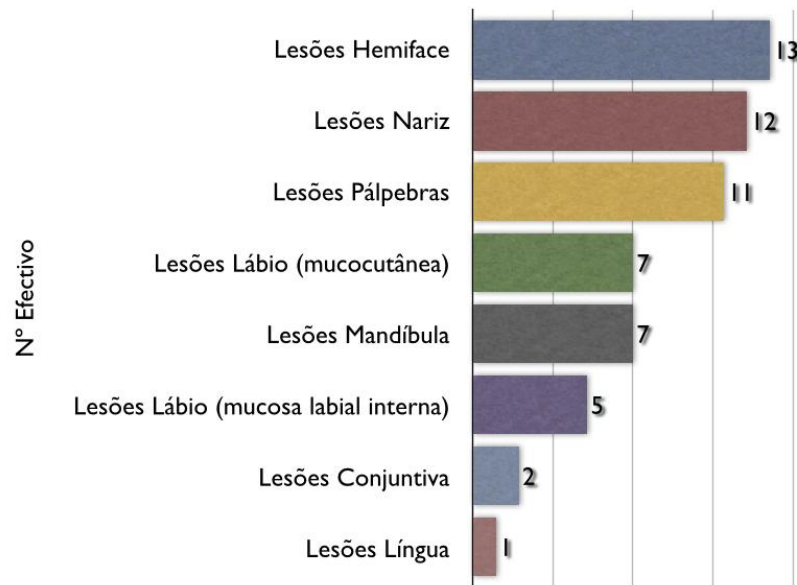


Gráfico – 8: Distribuição das lesões na região facial das vítimas da VD.
Fonte: Adaptado de Queirós, 2009.

Os tipos de lesões encontradas, no estudo brasileiro, variam desde equimoses até fraturas ósseas como se pode observar no Gráfico 9. As mais frequentemente encontrados foram edema 14,4% (n = 64), fratura dentária (12,2%), luxação dentária (9,7%), equimose (9%) e ferida corto-contusa (8,8%). As lesões foram agrupadas em dois grupos: lesões extra-orais e lesões intra-orais (Gráficos 10 e 11). Relativamente à localização extra-oral a região bucal foi a mais acometida representando 51% dos casos, (n = 99), seguida da região orbital (8,8%) e malar (5,2%). Já as estruturas mais afetadas no interior da cavidade oral foram os dentes (50,8%) e a mucosa labial (35%) (Silva *et al.*, 2013).



Gráfico – 9: Tipos de lesões na região buco-maxilo-facial das mulheres vítimas de violência. Fonte: Adaptado de Silva *et al.*, 2013.

Ao comparar o tipo de lesões mais frequentes nos dois estudos observa-se que no estudo de Queirós (2009) as lesões que tiveram mais destaque foram escoriações e equimoses, que são consideradas lesões superficiais. Já no estudo de Silva *et al.* 2013, com exceção do edema, as lesões mais frequentes foram as que envolviam peças dentárias, nomeadamente fratura e luxação dentária.

Chiaperini e colaboradores numa investigação realizada com o objetivo de estudar os danos buco-maxilo-faciais em mulheres vítimas de violência apontam a escoriação, seguido do edema, equimose, ferimento e contusão como os mais frequentes (Chiaperini *et al.*, 2009), o que se aproxima dos dados encontrados nos dois estudos comparados neste trabalho.

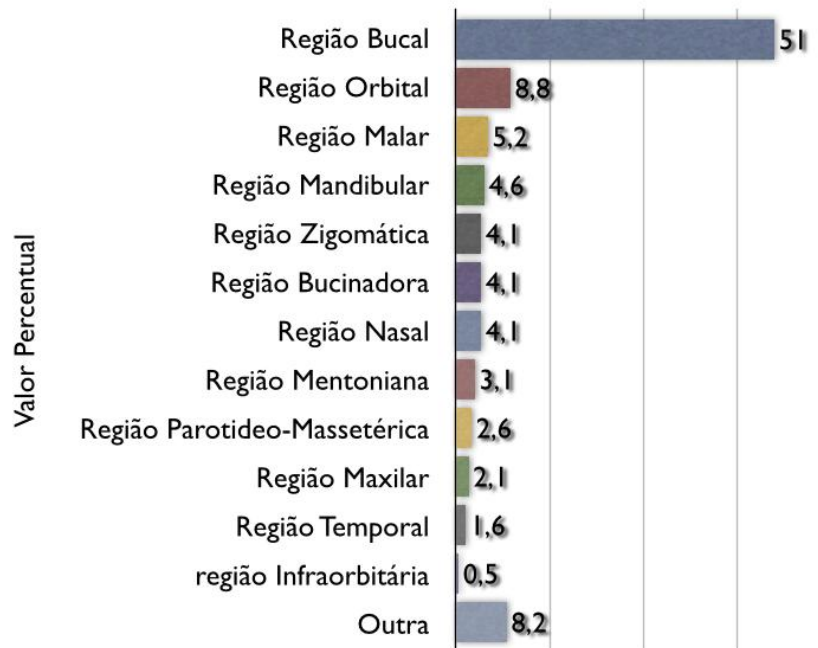


Gráfico – 10: Distribuição das lesões na região facial das mulheres vítimas de violência. Fonte: Adaptado de Silva *et al.*, 2013.

Relativamente à localização extra-oral das lesões pode-se verificar que no estudo de Silva *et al.* houve a predominância de lesões na região bucal seguida da região orbital. Já no estudo de Queirós as regiões hemiface, nariz e pálpebras obtiveram valores semelhantes. Tais achados aproximam-se, em parte, com os do estudo conduzido por Garbin (2006) no qual refere as regiões peri-orbitária e frontal como as mais frequentes na face (Garbin *et al.*, 2006). Outro estudo, no mesmo sentido, também sinaliza as regiões mais atingidas como sendo a região oral (20,6 %), seguida pela região nasal (16,0 %) e região infraorbital (15,0 %) (Chiaperini *et al.*, 2009).

Resta realçar que uma agressão que atinge a região facial não se limita muitas vezes a lesões superficiais, as quais não envolvem perda de função. Ela pode envolver, dependendo da extensão, além de tecidos moles e ossos, peças dentárias, os seios da face, os olhos e até o cérebro (Deslandes *et al.*, 2000; Santana *et al.*, 2011). Deste modo merecem uma atenção mais cuidadosa.

Os resultados mais discrepantes aparecem quando são comparadas as lesões relativas à cavidade oral. A discrepância não se apresenta apenas na quantidade das lesões identificadas (significativamente menor no estudo de Queirós (2009) 6 lesões no

total (Gráfico – 11), o que contabiliza uma média aproximada de 0,06 lesão por vítima, contrariamente às 197 lesões observadas no estudo de Silva *et al.* (2013) o que representaria uma média de 0,9 lesão por vítima), como também na sua localização, no estudo português foram encontradas lesões intra-orais apenas nos lábios e na língua, já no estudo brasileiro estas regiões variaram desde estruturas duras como as localizadas em peças dentárias e rebordo alveolar, até estruturas moles a exemplo da mucosa jugal e labial, soalho de boca e língua.

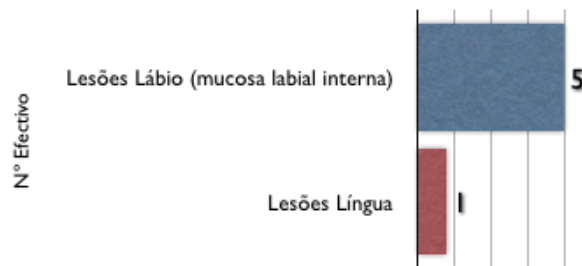


Gráfico – 11: Distribuição das lesões na cavidade das vítimas da VD. Fonte: Adaptado de Queirós, 2009.

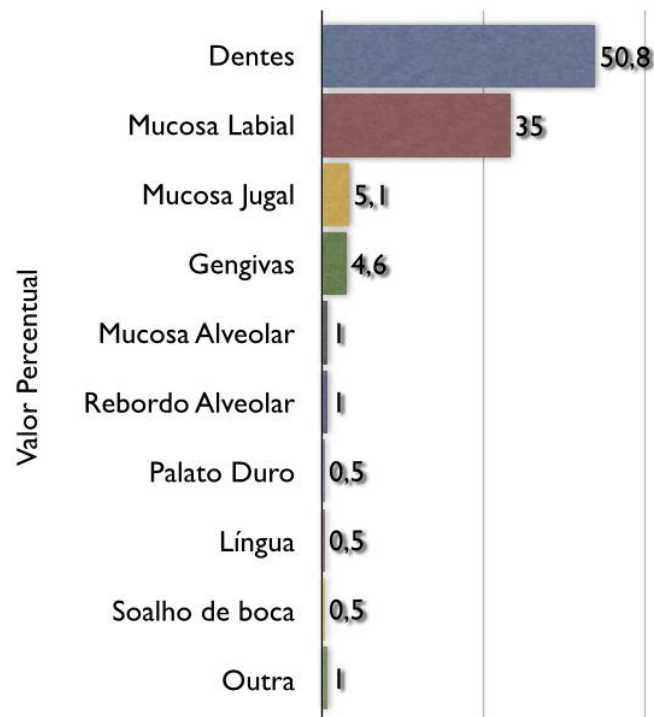


Gráfico – 12: Distribuição das lesões na cavidade oral das mulheres vítimas de violência. Fonte: Adaptado de Silva *et al.*, 2013.

Queirós (2009) na sua investigação questiona o facto da inexistência de lesões orais: “lesões desse tipo e nesta localização realmente não existiram, não foram valorizadas pelas vítimas ou não foram consideradas pela perícia?”. Estas questões evidenciam-se pertinentes principalmente quando relacionados aos dados (aqui já mencionados) referentes à natureza das agressões nas quais há um predomínio da agressão por murros (que, na maioria dos casos, têm a face como alvo), bem como, quando confrontado com os resultados observados na literatura especializada.

Ao discutir o facto da pouca evidência das lesões orais Queirós (2009) salienta que “a ausência de lesões identificadas na cavidade oral, não é de todo, sinónimo de inexistência de lesões, antes pelo contrário, só pode estar associada a uma perícia incompleta, uma vez que a face é a segunda área anatómica mais sujeita a agressões”, conforme foi revelado pela literatura estudada.

Desta forma, salvaguardando as diferenças já mencionadas entre os estudos aqui comparados, nomeadamente no que se refere às realidades sociais diferentes, cabe inferir que a identificação das lesões intra-orais de forma minuciosa deve-se ao facto da perícia ser realizada pelo médico dentista no caso do estudo brasileiro. Assim, a actuação do especialista em Medicina Dentária Forense evidencia-se de fundamental relevância, do mesmo modo que a perícia dentária é um meio muito utilizado [em muitos países], sendo o principal uso dessa especialidade voltado à identificação de agressores em processos criminais (Nedel *et al.*, 2009; Coutinho *et al.*, 2013).

Os médicos dentistas também têm o seu papel, nos serviços de saúde, reconhecido na literatura especializada. Sendo considerados profissionais importantes no atendimento, identificação, prevenção dos agravos à saúde das vítimas, visto que, este é o profissional que tem maior possibilidade de contactar esse tipo de paciente em situação de violência, bem como na orientação, notificação e encaminhamento da mulher vítima de violência (Rezende *et al.*, 2007; Silva, 2011; Figueiredo *et al.*, 2012).

6. Dano médico-dentário

Face ao fenómeno da violência contra a mulher e à percepção de que as regiões facial e oral são, maioritariamente, as mais atingidas como os vários estudos aqui citados o demonstraram, é importante a realização de uma perícia adequada por um profissional capacitado para que as lesões sejam tipificadas e os danos sofridos pela vítima sejam caracterizados.

A boca assume muitas funções vitais no ser humano, entre as mais importantes, estão a alimentação e a respiração (Maciel, 2011). Assim os dentes, em especial, desempenham não apenas função mastigatória como: estética, fonética e social. Desta forma, a perda de um elemento dentário repercute na oclusão dentária, que é importante para a manutenção de todo o equilíbrio biológico do indivíduo (Guzzo *et al.*, 2014).

Neste sentido, é fundamental que o profissional conheça os critérios ideais para a avaliação das lesões buco-dentárias, tanto no seu diagnóstico, como também na classificação, nexos causal e enquadramento legal, sendo que quaisquer falhas podem prejudicar tanto o bom andamento do processo criminal como as partes envolvidas. A tipificação das lesões buco-dentárias torna-se por isso relevante, pois se o dano for corretamente classificado, a vítima pode ter direito a indemnização (previstas tanto na legislação portuguesa quanto na brasileira) e fazer com que o agressor responda adequadamente pelo crime cometido.

O Decreto-Lei n.º 352/2007, de 23 de Outubro, introduz na legislação portuguesa uma Tabela Nacional para Avaliação de Incapacidades Permanentes em Direito Civil, esta foi inspirada na tabela da União Europeia intitulada “*Guide barème européen d’évaluation des atteintes à l’intégrité physique e psychique*”, que visa a criação de um instrumento adequado de avaliação neste domínio específico do direito, destinada à avaliação e pontuação das incapacidades resultantes de alterações na integridade psico-física (Portugal, 2008).

Segundo Verçosa *et al.* (2014) a utilização de tabelas como uma referência para quantificação do dano no âmbito civil é um elemento importante na padronização dos critérios que auxiliam a realização da perícia, visto que possibilitam a clareza no

entendimento no âmbito jurídico (magistrados e advogados), facilitando a compreensão também pela vítima.

A Tabela Nacional de Incapacidades incorpora alguns aspetos estomatológicos, orientando a quantificação dos danos causados às estruturas bucais, nomeadamente: a edentação completa insuscetível de correção por prótese; perda de dente insuscetível de correção por prótese (incisivo ou canino, prémolar ou molar); disfunções mandibulares; limitação da abertura bucal; perturbação pós-traumática da oclusão dentária ou da articulação temporo-mandibular; e amputação da parte móvel da língua (Portugal, 2008). Todavia, aos vários aspetos não especificados, cabe ao perito, por analogia, analisar e quantificar.

No Brasil, existe a Tabela de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – Superintendência de Seguros Privados (SUSEP), que embora seja utilizada com função semelhante à da tabela portuguesa, todos ou boa parte dos possíveis danos que podem envolver o campo médico-dentário não são considerados, apenas mencionando a “fratura não consolidada do maxilar inferior” (Verçosa *et al.*, 2014).

O artigo 129 do CP Brasileiro classifica as lesões em leves, graves ou gravíssimas de acordo com o dano causado à vítima, definindo as lesões leves como sendo aquelas que promovem apenas ofensa à integridade corporal ou à saúde; as graves como as que resultam em incapacidade para ocupações habituais por mais de 30 dias, perigo de vida, debilidade permanente de membro, sentido ou função e aceleração do parto; e as gravíssimas, por sua vez, como as que geram incapacidade permanente para o trabalho, enfermidade incurável, perda ou inutilização do membro, sentido ou função, deformidade permanente e aborto (Brasil, 1940; Chiaperini *et al.*, 2008).

Com base no CP brasileiro as lesões médico-dentárias enquadram-se, na grande maioria, nas lesões corporais de natureza leve, envolvendo, por exemplo, lesões nos tecidos moles, como gengiva e mucosas, as ligeiras luxações dentárias, as fraturas coronárias de pequena extensão, uma leve periodontite traumática, isto é, lesões que não comprometam as funções mastigatórias em caráter permanente e que não acarretem maiores riscos ou recuperação demorada (Chiaperini *et al.*, 2008).

Nota-se que a avaliação do dano médico-dentário no âmbito do Direito Civil é de fundamental relevância não só por propiciar provas para o processo criminal, mas por através do seu reconhecimento ser possível promover o restabelecimento da integridade e saúde da vítima, visto que em Portugal às vítimas de violência doméstica está destinado um regime de isenção das taxas moderadoras no SNS conforme o Decreto-Lei nº 201/2007 (Portugal, 2007).

III. CONCLUSÃO

No estudo realizado na cidade do Porto onde foram analisados apenas os laudos de vítimas de VD, conforme estabelecido na legislação portuguesa, a maioria das vítimas era do género feminino. No brasileiro no qual os laudos analisados tiveram como recorte inicial o critério de ter sido elaborado por um perito médico dentista, a maioria das vítimas eram do género masculino. Diferença que não parece ser relevante tendo em vista as distintas metodologias utilizadas nos dois estudos.

Os resultados nos dois estudos assemelham-se quando observado o vínculo entre a vítima e o agressor, no qual a violência entre cônjuges ou relações análogas representou a maioria das relações, sendo o agressor também, maioritariamente, do género masculino.

Quando analisado o instrumento e a natureza das lesões os dois estudos também obtiveram resultados semelhantes pois na sua maioria as lesões foram identificadas como de natureza contundentes.

Resultados que chamam a atenção foram observados no tipo de lesão mais frequente na região facial. No estudo português as lesões que tiveram mais destaques foram escoriações e equimoses, lesões essencialmente superficiais. Já no estudo brasileiro, com exceção do edema, as lesões mais frequentes envolviam peças dentárias, nomeadamente fratura e luxação dentária.

Relativamente à localização facial das lesões pode-se verificar que no estudo realizado na cidade de Feira de Santana houve a predominância de lesões na região bucal seguida da região orbital e no estudo do Porto as regiões hemiface, nariz e pálpebras obtiveram valores semelhantes.

Os resultados mais divergentes aparecem quando são comparadas as lesões relativas à cavidade oral. A discrepância não se apresenta apenas na quantidade das lesões identificadas, como também na localização destas lesões, no estudo português foram encontradas lesões na cavidade oral apenas nos lábios e na língua, já no estudo brasileiro estas regiões variaram desde estruturas duras como as localizadas em peças

dentárias e rebordo alveolar, até estruturas moles como a mucosa jugal e labial, soalho de boca e língua.

Deste modo, considerando as diferenças entre as duas investigações estudadas, nomeadamente no que se refere às realidades sociais diferentes, cabe inferir que a identificação das lesões na cavidade oral de forma minuciosa deve-se ao facto da perícia ser realizada pelo médico dentista no caso do estudo brasileiro, o que pode refletir-se numa identificação mais heterogénea no que se refere aos tipos de lesões.

Apesar de em Portugal a Tabela Nacional para Avaliação de Incapacidades Permanentes em Direito Civil contemplar aspetos buco-dentários, quando as lesões da cavidade oral não são devidamente tipificadas, a vítima deixa de ter acesso aos direitos garantidos por lei e sendo assim penalizadas a nível: funcional e/ou estético.

Em suma, não deixa de ser pertinente, a um nível mais profundo, o conhecimento resultante do cruzamento das informações entre ambos estudos. Assim sendo, o Brasil, no Campo da Medicina Dentária Forense, por exemplo, pode aprender com Portugal no que se refere às normas para avaliação do dano médico-dentário, com as necessárias adaptações para a incorporação à realidade brasileira. E Portugal, por sua vez, pode seguir o exemplo do Brasil, com a incorporação do médico dentista aos serviços de perícia dos INML, pois este profissional desempenha um papel muito importante e possibilita o cumprimento em sua plenitude da lei portuguesa da violência doméstica.

IV. BIBLIOGRAFIA

Andreasen, J.O., Andreasen, F.M. (1994). *Livro texto e atlas cor de lesões traumáticas aos dentes*, 3ª ed. Copenhagen: Editora Mosby.

Arosarena, M. D. O. A. *et alii* (2009). Maxillofacial Injuries and Violence Against Women, *Arch Facial Plast Surg*, 11(1): pp.48-52. [Em Linha]. Disponível em <<http://archfaci.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=407079>> [Consultado em 10/08/2014].

APAV. (2014). *Estatísticas APAV: Relatório Anual 2013*. [Em Linha] Disponível em <http://apav.pt/apav_v2/images/pdf/Estatisticas_APAV_Violencia_Domestica_2013.pdf> [Consultado em 10/01/2015].

Assis, C. (2011). Perícia odontológica, *Rev. Bras. Odontol*, 68(1): 72-75.

Baraldi, A.M. (2008). *Utilização da técnica de identificação genética: panorama da realidade dos serviços oficiais de identificação brasileiros e a importância da atuação do cirurgião dentista na equipe forense*. [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo. [Em Linha]. Disponível em <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/23/23148/tde-08042009-160610/publico/AndreiaMBaraldi.pdf>> [Consultado em 12/01/2014].

Brasil. (1940). Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940: *Código Penal Brasileiro*. [Em Linha]. Disponível em <http://www.dji.com.br/codigos/1940_dl_002848_cp/cp129.htm> [Consultado em 01/01/2015].

Brasil. (1941). Lei Nº 3.688, de 3 de Outubro de 1941. Lei das Contravenções Penais. *Casa Civil, Presidência da República*. [Em Linha]. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del3688.htm> [Consultado em 14/01/2015].

Brasil. (1990). Lei Nº 8.069, de 13 de Julho De 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente. *Casa Civil, Presidência da República*. [Em Linha]. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/l8069.htm> [Consultado em 14/01/2015].

Brasil. (2003a). Lei Nº 10.741, de 1º De Outubro de 2003. Estatuto do Idoso. *Casa Civil, Presidência da República*. [Em Linha]. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm> [Consultado em 14/01/2015].

Brasil. (2003b). 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. *Casa Civil, Presidência da República*. [Em Linha]. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.778.htm> [Consultado em 14/01/2015].

Brasil. (2005). Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes. Brasília: *Ed. Ministério da Saúde*. [Em Linha]. Disponível em <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3ed.pdf> [Consultado em 19/11/2014].

Brasil. (2006). [Lei Maria da Penha]. Lei nº 11.340, de 7 de Agosto de 2006, que dispõe sobre mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. – Brasília: Câmara dos Deputados, *Edições Câmara, 2010*. (Série ação parlamentar 422) pp. 1-34. [Em linha]. Disponível em <<http://www2.camara.leg.br/a-camara/secretaria-da-mulher/arquivo-1/lei-maria-da-penha/view>> [Consultado em 19/11/2014].

Brasil. (2011a). Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres Secretaria de Políticas para as Mulheres – *Presidência da República*, Brasília. [Em Linha]. Disponível em <http://www.campanhapontofinal.com.br/download/informativo_03.pdf> [Consultado em 20/11/2014].

Brasil. (2011b). Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres Secretaria de Políticas para as Mulheres – *Presidência da República*, Brasília. pp. 1-17 [Em Linha]. Disponível em

<http://www.campanhapontofinal.com.br/download/informativo_02.pdf> [Consultado em 20/11/2014].

Brasil. (2013). Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva): 2009, 2010 e 2011 / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Brasília. *Ministério da Saúde*, pp. 1-164 [Em Linha]. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_vigilancia_violencia_acidentes.pdf> [Consultado em 12/11/2014].

Brasil. (2015). [Lei do Femicídio]. Lei Nº 13.104, de 9 de Março de 2015. [Em Linha] Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13104.htm> [Consultado em: 09/05/2015].

Carvalho, A.C.R. *et alii*. (2009). Maus-tratos: estudo através da perspectiva da delegacia de proteção à criança e ao adolescente em Salvador, Bahia. *Ciênc. Saúde Coletiva*, 14(2), pp. 539-546. [Em Linha]. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000200022&script=sci_arttext> [Consultado em: 02/08/2014].

Cavalcanti, A.L. (2001). Abuso Infantil: protocolo de atendimento odontológico. *Rev. Bra. Odo.* 2001; 58(6), pp. 378-380. [Em Linha]. Disponível em <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BBO&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=17479&indexSearch=ID>> [Consultado em 02/08/2014].

Cavalcanti, A.L. (2003). Prevalence, characteristics and oral manifestations of physical abuse in children and adolescents in the metropolitan area of João Pessoa - PB; João Pessoa; s.n., p. 78 [Em Linha]. Disponível em <<http://eduep.uepb.edu.br/pboci/pdf/Tese2v41.pdf>> [Consultado em 02/08/2014].

CEPIA. (2013). Violência Contra a Mulher e Acesso à Justiça. Estudo comparativo sobre a aplicação da Lei Maria da Penha em cinco capitais. Relatório Final. *Cidadania, Estudos, Pesquisa, Informação e Ação*. pp. 1-130. [Em Linha]. Disponível em <<http://www.compromissoeatitude.org.br/wp-content/uploads/2013/11/Pesquisa->

Violencia-Contra-a-Mulher-e-Acesso-a-Justica_SumarioExecutivo.pdf> [Consultado em 23/11/2014].

CFO. (2005). *Conselho Federal de Odontologia*. Consolidação das normas para procedimentos nos conselhos de odontologia: aprovada pela resolução CFO nº 63. Rio de Janeiro. [Em Linha]. Disponível em <<http://cfo.org.br/wp-content/uploads/2009/10/consolidacao.pdf>> [Consultado em: 12/08/2014].

Chiaperini, A. *et alii*. (2008). Correlações presentes entre danos bucomaxilofaciais e lesões corporais em mulheres: uma revisão de literatura. *Saúde, Ética & Justiça*, 13(2), pp. 72-78. [Em Linha]. Disponível em <<http://www.revistas.usp.br/sej/article/view/44593/48213>> [Consultado em: 27/09/2014].

Chiaperini, A. *et alii*. (2009). Danos bucomaxilofaciais em mulheres avaliados no Instituto Médico-Legal de Ribeirão Preto (SP), no período de 1998 a 2002. *Rev Odonto Ciência*, 24(1), pp. 71-76. [Em Linha]. Disponível em <<http://www.ricardohenrique.com.br/artigos/odontociencia-violencia.pdf>> [Consultado em 27/09/2014].

Costa, M.C.F. *et alii*. (2014). Facial traumas among females through violent and non-violent mechanisms. *Braz. Jor. Otorhinolaryngol.* São Paulo, 80(3) pp. 196-201. [Em Linha]. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/bjorl/v80n3/1808-8694-bjorl-80-03-00196.pdf>> [Consultado em 27/09/2014].

Costa, M.C.O. *et alii*. (2007). O perfil da violência contra crianças e adolescentes, segundo registros de Conselhos Tutelares: vítimas, agressores e manifestações de violência. *Ciênc. Saúde Coletiva*, 12(5), pp. 1129-1141. [Em Linha]. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n5/04.pdf>> [Consultado em: 02/08/2014].

Coutinho, C.G.V. *et alii*. (2013). O papel do odontologista nas perícias criminais. *RFO*, Passo Fundo, 18(2), pp. 217-223. [Em Linha]. Disponível em <<http://www.upf.br/seer/index.php/rfo/article/viewFile/3399/2503>> [Consultado em 02/02/2015].

Crespo, M. *et alii.* (2011). O Papel do Médico Dentista no Diagnóstico e Sinalização do Abuso de Crianças. *Acta Med Port*, 24(S4), pp. 939-948. [Em Linha]. Disponível em <http://www.researchgate.net/profile/David_Andrade/publication/232767915_O_Papel_do_Mdico_Dentista_no_Diagnstico_e_Sinalizao_do_Abuso_de_Crianas/links/0912f50951316ec8eb000000.pdf> [Consultado em 07/11/2014].

Day, V.P. *et alii.* (2003). Violência doméstica e suas diferentes manifestações. *R. Psiquiatr. RS*, 25(1), pp. 9-21. [Em Linha]. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rprs/v25s1/a03v25s1>> [Consultado em: 07/08/2014].

Deslandes S.F., Gomes R., Silva C.M.F.P. (2000). Caracterização dos casos de violência doméstica contra a mulher atendidos em dois hospitais públicos do Rio de Janeiro. *Cad. Saúde Pública*, 16(1), pp. 129-137. [Em Linha]. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v16n1/1571.pdf>> [Consultado em 07/08/2014].

Dias, I.S. (2000). A violência doméstica em Portugal: Contributos para a sua visibilidade. *IV Congresso Português de Sociologia*. Coimbra, pp. 17-19. [Em Linha]. Disponível em <http://www.aps.pt/cms/docs_prv/docs/DPR462e00b9864fc_1.PDF> [Consultado em 09/01/2015].

Dias, I.S. (2010). Violência doméstica e justiça Sociologia. *Revista do Departamento de Sociologia da FLUP*, Vol. XX, 2010, pp. 245-262. [Em Linha]. Disponível em <<http://ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/8796.pdf>> [Consultado em: 09/01/2015].

Duarte, M. (2012). O lugar do Direito nas políticas contra a violência doméstica. CES – Universidade de Coimbra. *Ex Aequo*, n.º 25, pp. 59-73. [Em Linha]. Disponível em <<http://www.scielo.mec.pt/pdf/aeq/n25/n25a06.pdf>> [Consultado em: 09/01/2015].

Faria, C. (2006). *Estudo do Aspecto Odonto-Legal das Lesões Corporais Decorrentes de Violência Doméstica*. [Dissertação de Mestrado]. Piracicaba. Faculdade de Odontologia de Piracicaba da UNICAMP; 2006. Orientador: Prof: Dr. Marcelo de Castro Meneghim. [Em Linha]. Disponível em <<http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=vtls000394620>> [Consultado em 07/11/14].

Ferreira, I.D. (2005). *Seminário “Prevenção da violência doméstica: políticas locais e intervenção de proximidade”*: comunicações, Lisboa, Estrutura de Missão contra a Violência Doméstica. p. 15.

Figueiredo, M.C. *et alii.* (2012). Prevalência de mulheres vítimas de violência no município de Porto Alegre e a influência de suas variáveis no âmbito odontológico. *RFO*, Passo Fundo, 17(3), pp. 254-260. [Em Linha]. Disponível em <<http://files.bvs.br/upload/S/1413-4012/2012/v17n3/a3701.pdf>> [Consultado em 29/10/14].

Fisher, E.B., Kraus, H., Lewis, V.L. (1990). Assaulted Women: Maxillofacial injuries in rape and Domestic Violence. *Plast. Reconstr. Surg.* 86(1): pp. 161-162.

FRA. (2014). *Violência contra as mulheres: um inquérito à escala da União Europeia. Síntese dos resultados.* Agência dos Direitos Fundamentais da União Europeia. Luxemburgo: Serviço das Publicações da União Europeia. [Em Linha]. Disponível em <http://fra.europa.eu/sites/default/files/fra-2014-vaw-survey-at-a-glance-oct14_pt.pdf> [Consultado em: 06/02/15].

Galvão, M.F. (1998). *Perícia criminal odontológica: ato do cirurgião-dentista.* Medicina legal. Brasília: Coordenação de Pós-graduação, Faculdade de Medicina, Universidade de Brasília. [Em Linha]. Disponível <<http://www.malthus.com.br/artigos.asp?id=145>> [Consultado em 07/10/2014].

Garbin, C.A.S. *et alii.* (2006). Violência doméstica: análise das lesões em mulheres. *Cad. Saúde Pública*, 22(12), pp. 2567-2573. [Em Linha]. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n12/06.pdf>> [Consultado em 07/10/2014].

Garcia, M.V. *et alii.* (2008). Caracterização dos casos de violência contra a mulher atendidos em três serviços na cidade de Uberlândia, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24(11), pp. 2551-2563. [Em Linha]. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n11/10.pdf>> [Consultado em: 25/11/2014].

Gebara, I. (2000). *Rompendo o Silêncio – Uma Fenomenologia Feminista do Mal.* Petrópolis: Editora Vozes.

González, J. (2004). *Medicina Forense*. México, McGraw - Hill Interamericana Editores S.A., p. 180.

Granville-Garcia, A.F. *et alii*. (2006). Ocorrência de Maus Tratos em Crianças e Adolescentes na Cidade de Caruaru. *Pesq. Bras. Odontop. Clin. Integr*, 6(1): pp. 67-72. [Em Linha]. Disponível em <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63760111>> [Consultado em 25/11/2014].

Granville-Garcia, A.F., Menezes, V.A., Silva, P.F.R.M. (2008). Maus Tratos Infantis: Percepção e responsabilidade do cirurgião dentista. *Rev. Odonto Ciênc*; 23(1): pp. 35-39. [Em Linha]. Disponível em <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fo/article/download/1112/2869>> [Consultado em 25/11/2014].

Guzzo, S. C. *et alii*. (2014). Preventive and interceptive orthodontics in the primary health care network of the Brazilian Unified Health System: the viewpoint of the dental surgeons of Florianopolis City Hall. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(2), pp. 449-460. [Em Linha]. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n2/1413-8123-csc-19-02-00449.pdf>> [Consultado em: 25/02/2015].

IBGE. (2010). *Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística*. Primeiros Resultados do Censo demográfico 2010. [Em Linha]. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>> [Consultado em 20/01/2015].

Jong, L.C. (2000). *Perfil epidemiológico da violência doméstica contra a mulher em cidade do interior paulista* [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. [Em Linha]. Disponível em <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=272931&indexSearch=ID>>. [Consultado em 20/01/2015].

Kellogg, N.D. (2007). Committee on Child Abuse and Neglect. Evaluation of Suspected Child Physical Abuse. *Pediatrics*, 119(6), pp. 1232-1241. [Em Linha]. Disponível em <<http://pediatrics.aappublications.org/content/116/2/506.full.pdf+html>> [Consultado em 20/11/2014].

Krause, R.G.S. *et alii.* (2004). Etiologia e incidência das fraturas faciais: estudo prospectivo de 108 pacientes. *R. Ci. Méd. Biol.*, Salvador, 3(2), pp. 188-193. [Em Linha]. Disponível em <<http://www.portalseer.ufba.br/index.php/cmbio/article/view/4424/3282>> [Consultado em 20/09/2014].

Le, B.T. *et alii.* (2001). Maxillofacial injuries associated with domestic violence. *J Oral Maxillofac Surg*, 59(11), pp. 1277-1283. [Em Linha]. Disponível em <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0278239101973811>> [Consultado em 20/09/2014].

Leite, M.M. *et alii.* (2011). Importância da Atuação do Odontologista no Processo de Identificação Humana de Vítimas de Desastre Aéreo. *Rev Odontol Bras Central*, 20(52): pp. 52-58. [Em Linha]. Disponível em <<http://files.bvs.br/upload/S/0104-7914/2011/v20n52/a2605.pdf>> [Consultado em 20/09/2014].

Maciel, C.D. (2011). Estudo da prevalência de maloclusões em crianças de três a cinco anos na Estratégia de Saúde da Família de Nova Brasília, Complexo do Alemão, Rio de Janeiro. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde*; 13(4) pp. 48-53. [Em Linha]. Disponível em <<http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/viewFile/2999/2373>> [Consultado em 20/03/2015].

Marques, J.A.M. (2004). *Metodologia de identificação de marcas de mordidas*. [Dissertação de Mestrado]. São Paulo. Faculdade de Odontologia da USP. Orientador: Moacyr da Silva. [Em Linha]. Disponível em <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/23/23142/tde-30082004-141220/publico/TeseToda.pdf>> [Consultado em 19/11/2014].

Matos, M. (2012). Vítimas de Violência Doméstica: avaliação psicológica. In: Almeida, F. e Paulino, M. *Profiling, Vitimologia e Ciências Forenses Perspetivas Atuais*. Lisboa: Editora Pactor. pp. 167-173.

Menoli, A.P. *et alii.* (2007). Manifestações Buciais de Maus-Tratos Físicos e Sexuais em Crianças – Conduta do Cirurgião-dentista. *Varia Scientia*, 7(14), pp. 11-22. [Em Linha]. Disponível em <<http://e->

revista.unioeste.br/index.php/variascientia/article/view/2602/1972> [Consultado em 13/10/2014].

Minayo, M.C.S, Souza, E.R. (1998). Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. *História, Ciências, Saúde — Manguinhos*, IV(3), pp. 513-531. [Em Linha]. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v4n3/v4n3a06>> [Consultado em: 05/10/2014].

Minayo, M.C.S. (1994) Social Violence from a Public Health Perspective. *Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, 10(1), pp. 07-18. [Em Linha]. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v10s1/v10supl1a02.pdf>>. [Consultado em: 05/10/2014].

Montovani, J.C. *et alii.* (2006). Etiology and incidence facial fractures in children and adults. *Rev. Bras. Otorrinolaringol*, 72(2), pp. 235-241. [Em Linha]. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rboto/v72n2/en_a14v72n2.pdf> [Consultado em 13/10/2014].

Musse, J.O. (2007). *A influência do meio aquático nos processos de identificação humana: estudo epidemiológico e laboratorial (recuperação do DNA)*. [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP. Orientador: Rogério Nogueira de Oliveira. [Em Linha]. Disponível em <https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0CCYQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.teses.usp.br%2Fteses%2Fdisponiveis%2F23%2F23148%2Fde-16052007-120412%2Fpublico%2FJamillydeOliveiraMusse.pdf&ei=HilbVY_XKcTzUsTmgNgP&usq=AFQjCNFMZAMJagyBiKtV2LtP-bwtYXkHtg&sig2=8XehMqedmbfA29jmoN6lkA&bvm=bv.93564037,d.d24> [Consultado em 19/11/2014].

Nedel, F. *et alii.* (2009). Evaluation of identification cases involving forensic dentistry in the city of Pelotas, RS, Brazil, 2004-2006. *Braz J Oral Sci.* 8(1) pp. 55-58. [Em Linha]. Disponível em <<https://tspace.library.utoronto.ca/bitstream/1807/58138/1/os09011.pdf>> [Consultado em 19/11/2014].

Oliveira, C.M.C.S. *et alii.* (2008). Epidemiologia dos traumatismos buco-maxilo-faciais por agressões em Aracaju/SE. *Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-fac*, Camaragibe, 8(3), pp. 57-68. [Em Linha]. Disponível em <<http://www.revistacirurgiabmf.com/2008/v8n3/8.pdf>> [Consultado em 19/11/2014].

Oliveira, P.M., Carvalho, M.L.O (2006). Perfil das mulheres atendidas no programa municipal de atendimento à mulher vítima de violência sexual em Londrina-PR e as circunstâncias da violência sexual sofrida: período de outubro de 2001 a agosto de 2004. *Semina Ciênc Biol Saúde*, 27(1), pp. 3-11. [Em Linha]. Disponível em <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminabio/article/view/3524/2851>> [Consultado em 02/12/2014].

OMD. (2006). *Código deontológico*. [Em Linha]. Disponível em <<http://doc.omb.pt/docs/cdd/codigo-deontologico.pdf>> [Consultado em: 02/02/2015].

OMD. (2010). *Madeira: médicos dentistas ajudaram na identificação das vítimas*. [Em Linha]. Disponível em <https://www.omb.pt/noticias/2010/02/madeira-identificacao-vitimas?set_language=pt> [Consultado em: 02/02/2015].

OPAS. (1994). Organização Mundial da Saúde. Primera Conferencia Interamericana sobre Sociedad, Violencia y Salud. *Boletín Epidemiológico*; 15(4), pp. 15-16. [Em Linha]. Disponível em <http://cidbimena.desastres.hn/docum/ops/publicaciones/Epidemiologico/BE_v15n4.pdf> [Consultado em 02/10/2014].

Peterson, L.J, *et al.* (1996). *Cirurgia oral e maxilofacial contemporânea*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Pimenta *et alii.* (2013). Levantamento de lesões na região bucomaxilofacial em vítimas de violência periciadas no Instituto Médico Legal (IML) de Feira de Santana-BA, entre 2007 e 2009. *Arq Odontol*, Belo Horizonte, 49(4): pp. 154-161. [Em Linha]. Disponível em <<http://revodontobvsalud.org/pdf/aodo/v49n4/a01v49n4.pdf>>. [Consultado em 24/02/2015].

Porto, P.R.F. (2007). *Violência doméstica e familiar contra a mulher: Lei 11.340/06: Análise crítica e sistêmica*. Porto Alegre: Livraria do Advogado.

Portugal. (2002). *Constituição da República Portuguesa (de acordo com a revisão de 2001)*. Quis Júris Sociedade Editora, 12ª edição, Lisboa 2002.

Portugal. (2012a). *Leis, decretos e etc. Código Penal*. [anot] Maria João Antunes. 19ª ed. Outubro. Art. 143 p. 76, Art. 152 p. 79, Art. 152b p. 80.

Portugal. (2012b). *Leis, decretos e etc. Código do Processo Penal*. [anot] Maria João Antunes. 19ª ed. Outubro. Art. 242 p. 113.

Portugal. (2008). Tabela Nacional de Incapacidades (TNI). *Edição Instituto da Segurança Social, IP*. [Em Linha]. Disponível em <http://www.spot.pt/media/64876/tabela_nacional_incapacidades.pdf> [Consultado em 27/03/2015].

Quaresma, C.C.P.C.F. (2012). Violência Doméstica: da Participação da Ocorrência à Investigação Criminal. *Cadernos da Administração Interna Coleção Direitos Humanos e Cidadania*, Lisboa, pp. 1-191. [Em Linha]. Disponível em <http://popdesenvolvimento.org/images/ficheiros-pt/genero/Publicacao_VD_dez_2012_v1.pdf> [Consultado em: 21/02/2015].

Quaresma, C.C.P.C.F. (2014). *Violência Doméstica - 2013*. Relatório anual de monitorização. Ministério da Administração Interna Ex-Direção-Geral de Administração Interna (Área de Planeamento Estratégico e Política Legislativa). Lisboa. [Em Linha]. Disponível em <http://www.dgai.mai.gov.pt/files/conteudos/Rel%20VD%202013_%20v14ago2014.pdf> [Consultado em 21/02/2015].

Queirós, M.G.A. (2009). *Tipificação das lesões na Violência Doméstica*. [Dissertação de Mestrado]. Porto. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto. [Em Linha]. Disponível em <<http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/20566/2/Dissertao%20Maria%20Gabriel%20Araujo%20Queirs.pdf>> [Consultado em 21/08/2014].

Rezende, E.J.C. *et alii*. (2007). Lesões buco-dentais em mulheres em situação de violência: um estudo piloto de casos periciados no IML de Belo Horizonte, MG. *Rev*

Bras Epidemiol, 10(2), pp. 202-214. [Em Linha]. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v10n2/07.pdf>> [Consultado em 30/09/2014].

Roselino, L.M.R. *et alii.* (2009). Danos buco-maxilo-faciais em homens da região de Ribeirão Preto (SP) entre 1998 e 2002. *Odontologia, Ciência e Saúde – Revista do Conselho Regional de Odontologia de Minas Gerais*, 10(2), pp. 71-77. [Em Linha]. Disponível em <<http://www.ricardohenrique.com.br/artigos/rc-danos.pdf>> [Consultado em 20/03/2015].

Sales-Peres, A. *et alii.* (2008). Odontologia e o desafio na identificação de maus-tratos. *Odontologia. Clín.-Científ.*, 7(3), pp. 185-189. [Em Linha]. Disponível em <<http://www.ricardohenrique.com.br/artigos/crope-maus.pdf>> [Consultado em 11/12/2014].

Saliba, O. *et alii.* (2007). Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. *Rev Saúde Pública*, 41(3), pp. 472-477. [Em Linha]. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41n3/5805.pdf>> [Consultado em 11/12/2014].

Santana, J.L.B. *et alii.* (2011). Lesões corporais e faciais em mulheres submetidas a exame de corpo de delito em Recife/PE, Brasil. *Odontol. Clín.-Cient.*, Recife, 10(2), pp. 133-136. [Em Linha]. Disponível em <<http://revodonto.bvsalud.org/pdf/occ/v10n2/a07v10n2.pdf>> [Consultado em 29/01/2015].

Santos, C. M. (2010). Da delegacia da mulher à Lei Maria da Penha: Absorção/tradução de demandas feministas pelo Estado. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 89, pp. 153-170. [Em Linha]. Disponível em <http://www.ces.uc.pt/cesfct/md/RCCS_89_Cecilia_Santos.pdf> [Consultado em 22/02/2015].

Schraiber L.B. *et alii.* (2002). Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. *Rev Saúde Pública*, 36, pp. 470-477. [Em Linha]. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v36n4/11766.pdf>> [Consultado em 22/09/2014].

Schraiber, L. *et alii.* (2003). Violence experienced: the nameless pain. *Interface - Comunic, Saúde, Educ*, 7(12), pp. 41-54. [Em Linha]. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v7n12/v7n12a03.pdf>> [Consultado em 12/11/2014].

Silva, M.R. (2001) *Avaliação da conduta cirurgião-dentista frente à violência doméstica contra crianças e adolescentes: violência física* [dissertação de Mestrado], São Paulo: Universidade de São Paulo.

Silva, I.V. (2003). Violência contra mulheres: a experiência de usuárias de um serviço de urgência e emergência de Salvador, Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 19(2), pp. 263-272. [Em Linha]. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v19s2/a08v19s2.pdf>> [Consultado em 29/11/2014].

Silva, R.F. *et alii.* (2010). Atuação profissional do cirurgião-dentista diante da Lei Maria da Penha. *Rev Sul-Bras Odontol*, 7(1), pp. 110-116. [Em Linha]. Disponível em <http://univille.edu.br/community/depto_odontologia/VirtualDisk.html?action=downloadFile&file=15atuacao_mariapenha_rhonan.pdf¤t=%2FODONTOLOGIA%2FRSBO%2FRSBO_v7_n1_marco2010> [Consultado em 29/01/2015].

Silva, C.J.P. *et alii.* (2011). Perfil dos traumas maxilofaciais em vítimas de violência interpessoal: uma análise retrospectiva dos casos registrados em um hospital público de Belo Horizonte (MG). *Cad. Saúde Colet.*, Rio de Janeiro, 19(1), pp. 33-40. [Em Linha]. Disponível em <http://www.cadernos.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2011_1/artigos/CSC_v19n1_33-40.pdf> [Consultado em 14/01/2015].

Silva, E.N. *et alii.* (2013). *Levantamento de Lesões na Região Bucomaxilofacial em Mulheres Periciadas no IML de Feira de Santana-Ba.* [Trabalho de Conclusão de Curso] Universidade Estadual de Feira de Santana. [Em Linha]. Disponível em <<http://www.imaginologiaforense.com.br/wp-content/uploads/2013/07/anais.pdf>>. [Consultado em 21/08/2014].

Silva, C.J.P. *et alii.* (2014) Traumatismos maxilofaciais como marcadores de violência urbana: análise comparativa entre gêneros. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 19(1), pp. 127-136. [Em Linha]. Disponível em

<<http://www.scielo.org/pdf/csc/v19n1/1413-8123-csc-19-01-00127.pdf>> [Consultado em 22/02/2015].

Silva, C. D. *et alii.* (2015). Social representation of domestic violence against women among Nursing Technicians and Community Agents. *Journal of School of Nursing. USP*, 49(1), pp. 22-29. [Em Linha]. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n1/0080-6234-reeusp-49-01-0022.pdf>>. [Consultado em 03/04/2015].

Silveira, M. e Silveira, M. E. (2005). Psicologia e reabilitação: a importância da reabilitação facial para o paciente e sua subjetividade. *Psicópio: Revista Virtual de Psicologia Hospitalar e Saúde*, 1(2), pp. 13-17. [Em Linha]. Disponível em <https://docs.google.com/folderview?pli=1&id=0B_4hx80bxOzhWXlwbVp1ekVURU> [Consultado em 13/10/2014].

Silveira, J.L.G.C., Mayrink, S., Néto, O.B.S. (2005). Maus-tratos na infância e adolescência: casuística, conhecimento e práticas de cirurgiões-dentistas de Blumenau-SC. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*, 5(2), 119-126. [Em Linha]. Disponível em <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63750205>> [Consultado em 13/10/2014].

Silveira, E.M.S.Z.S.F. (2006). Odontologia legal: a importância do DNA para as perícias e peritos. *Saúde, Ética & Justiça*, 11(1/2), 12-18.

Vanrell, J.P. (2002). *Odontologia Legal e Antropologia Forense*. 1^a ed. Editora Guanabara Koogan S.A.

Verçosa, C.B. *et alii.* (2014). Tabelas na Quantificação do Dano Odontológico: Relato de Caso. *RBOL – Revista Brasileira de Odontologia Legal*, 1(1), pp. 4-11. [Em Linha]. Disponível em <<http://portalabol.com.br/rbol/v1n1/RBOL-V1N1-3.pdf>> [Consultado em 27/03/2015].

Vilela, L.F. (2008). Manual para Atendimento às Vítimas de Violência na Rede de Saúde Pública do Distrito Federal – Brasília: *Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal*, pp. 1-68. [Em Linha]. Disponível em <<http://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20197%20Anexo.pdf>> [Consultado em 20/02/2015].

Waiselfisz, J.J. (2012). Mapa da Violência 2012. Os novos padrões da violência homicida no Brasil. São Paulo, *Instituto Sangari*. pp.1-245 [Em Linha]. Disponível em <http://mapadaviolencia.org.br/pdf2012/mapa2012_web.pdf> [Consultado em 20/02/2015].

WHO. (2005). *Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women*. Summary report. [Em Linha]. Disponível em <http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/Introduction-Chapter1-Chapter2.pdf> [Consultado em 20/09/2014].

WHO. (2010). *Preventing intimate partner and sexual violence against women: taking action and generating evidence*. pp. 1-102. [Em Linha]. Disponível em <http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/violence/9789241564007_eng.pdf> [Consultado em 20/09/2014].