

UNIVERSIDADE CESUMAR - UNICESUMAR  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE

MÁRCIO SOLDATELLI STUDZINSKI

**TRAUMAS FACIAIS EM MULHERES VÍTIMAS DE  
VIOLÊNCIA PRATICADA POR PARCEIROS ÍNTIMOS**

MARINGÁ  
2021

MÁRCIO SOLDATELLI STUDZINSKI

**TRAUMAS FACIAIS EM MULHERES VÍTIMAS DE  
VIOLÊNCIA PRATICADA POR PARCEIROS ÍNTIMOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde da Universidade Cesumar - Unicesumar, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Promoção da Saúde.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Andréa Grano Marques  
Coorientador: Prof. Dr. Lucas França Garcia

MARINGÁ  
2021

### **Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**

S933t Studzinski, Márcio Soldatelli.  
Traumas faciais em mulheres vítimas de violência praticada por parceiros íntimos / Márcio Soldatelli Studzinski. – Maringá-PR: UNICESUMAR, 2021.  
57 f. : il. ; 30 cm.

Orientadora: Profa. Dra. Andréa Grano Marques.  
Coorientador: Prof. Dr. Lucas França Garcia.  
Dissertação (mestrado) – Universidade Cesumar - UNICESUMAR,  
Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde, Maringá, 2021.

1. Violência contra a mulher. 2. Traumatismo facial. 3. Ferimentos e lesões.  
I. Título.

CDD – 364.374

Roseni Soares – Bibliotecária – CRB 9/1796  
Biblioteca Central UniCesumar

Ficha catalográfica elaborada de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

MARINGÁ  
2021

**MÁRCIO SOLDATELLI STUDZINSKI**

**Traumas faciais em mulheres vítimas de violência praticada por parceiros íntimos**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde da Universidade Cesumar, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Promoção da Saúde pela Comissão Julgadora composta pelos membros:

**COMISSÃO JULGADORA**

---

Profª. Dra. Andréa Grano Marques  
Universidade Cesumar – UNICESUMAR

---

Prof. Dr Ewerton Helder Bentes de Castro  
Universidade Federal do Amazonas

---

Profª. Dra. Profª. Tânia Maria Gomes da Silva  
Universidade Cesumar – UNICESUMAR

Aprovado em: 10 de março de 2021.

## AGRADECIMENTOS

Agradecer em especial a minha esposa Carolina Dierings Saggin e a minha família que me deram apoio e suporte em toda essa trajetória.

## **Traumas faciais em mulheres vítimas de violência praticada por parceiros íntimos**

### **RESUMO**

A violência doméstica contra a mulher, no Brasil, se tornou questão de saúde pública. Tal violência acometida por familiares pode ser em todas as categorias de classe econômica e escolaridade. O acometimento, quando realizado por indivíduo com laços pessoais e emocionais com a vítima pode ser também chamado de violência perpetrada por parceiro íntimo (VPPI), classificada em física, psicológica, sexual e patrimonial. Dentre os locais acometidos pela VPPI, destaca-se o trauma facial ou bucomaxilofacial, que pode acometer os olhos, dentição, nariz, maxilares, ossos faciais, seios da face e até mesmo o sistema nervoso central. Os traumas que acometem a região facial podem levar a sequelas temporárias ou permanentes. A devida documentação e registro das violências físicas na face de mulheres, praticadas por parceiros íntimos, no exame de corpo delito, contribui para o dimensionamento epidemiológico do problema. Tal registro pode servir de auxílio para o desenvolvimento de programas e ações específicas ao problema. O objetivo do presente estudo foi investigar os traumas faciais ocasionados em mulheres vítimas de violência perpetrada por parceiros íntimos. Para isso, 300 exames de corpo de delito realizados no Instituto Médico Legal (IML) de Cuiabá – MT por mulheres vítimas de VPPI no período de 01 janeiro de 2010 até 31 de dezembro de 2019 foram avaliados. Foram coletados dados sociodemográficos como a faixa etária da vítima, cidade onde residia, cidade onde ocorreu a agressão, nível de escolaridade da vítima, cor/raça da vítima, estado civil da vítima, situação ocupacional da vítima, ano e mês da ocorrência, sexo do agressor, nível de escolaridade do agressor, vínculo da vítima com o agressor e dados médicos sobre o trauma como tipo de agressão sofrida, a região anatômica atingida, tipo de lesão ocasionada e eventuais sequelas deixadas. Os dados coletados foram tabulados em uma tabela de frequência onde foram descritos de maneira quantitativa e avaliados estatisticamente pelo teste do Qui-Quadrado com intervalo de confiança de 95%, utilizando o software estatístico SPSS 20.0. Foi possível perceber uma maior incidência de casos entre vítimas com baixa escolaridade, com cerca de 85% das vítimas possuindo não mais do que o ensino fundamental completo. A maioria das vítimas de agressão eram solteiras 179, 84 em união estável e 37 casadas. O tipo de agressão sofrida mais prevalente foi através de força física direta (socos, chutes, mordidas, puxões), equivalendo a 59,67% dos casos, seguido por força física indireta (pedrada, garrafada, paulada) 22,33%. Concluiu-se nesse estudo os pontos específicos que precisam ser melhorados e focados pelo poder público no combate a este crime. O público de jovens adultas deve receber atenção especial nas políticas de combate à violência uma vez que parece ser o público mais prevalente no objeto desse estudo.

**Palavras-chave:** Violência contra a Mulher. Traumatismo faciais. Ferimentos e Lesões.

## **Facial trauma in women victims of violence committed by intimate partners**

### **ABSTRACT**

Domestic violence against women in Brazil has become a public health issue. Such violence against family members can be found in all categories of economic class and education. Such involvement, when carried out by an individual with personal and emotional ties with the victim, can also be called violence perpetrated by an intimate partner (IPVP), which is classified as physical, psychological, sexual and patrimonial. Among the places affected by IPVP, facial or oral maxillofacial trauma stands out, which can affect the eyes, dentition, nose, jaws, facial bones, sinuses and even the central nervous system. Trauma that affects the facial region can lead to temporary or permanent sequelae. The proper documentation and registration of physical violence on the face of women, practiced by intimate partners, in the examination of the offending body, contributes to the epidemiological dimension of the problem. Such registration can serve as an aid to the development of programs and specific actions to the problem. The aim of the present study was to investigate facial traumas caused by women victims of violence perpetrated by intimate partners. For this purpose, 300 body exams carried out at the Legal Medical Institute (IML) in Cuiabá - MT by women victims of IPVP in the period from January 1, 2010 to December 31, 2019 were evaluated. Sociodemographic data were collected, such as the victim's age group, city where he lived, city where the aggression occurred, victim's education level, victim's color / race, victim's marital status, victim's occupational status, year and month of occurrence, sex of the aggressor, education level of the aggressor, bond of the victim with the aggressor and medical data about the trauma such as the type of aggression suffered, the anatomical region affected, the type of injury caused and any sequelae left. The collected data were tabulated in a frequency table where they were described both qualitatively and quantitatively and statistically evaluated by the Chi-Square test with a 95% confidence interval, using the statistical software SPSS 20.0. It was possible to perceive a higher incidence of cases among victims with low education, with about 85% of the victims having no more than complete elementary school. Most of the victims of aggression were not married, being 179 single, 84 in a stable relationship and 37 married. The most prevalent type of aggression suffered was through direct physical force (punches, kicks, bites, pulls), equivalent to 59.67% of the cases, followed by indirect physical force (stoned, stoned, beaten) 22.33%. This study concluded the specific points that need to be improved and focused by the public authorities in the fight against this crime. The public of young adults should receive special attention in policies to combat violence, since it seems to be the most prevalent public in the object of this study.

**Keywords:** Violence Against Women. Facial Injuries. Wounds and Injuries

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1.</b> Faixa etária em percentual da idade das vítimas.....	27
<b>Figura 2.</b> Cidade onde a vítima residia.....	27
<b>Figura 3.</b> Cidade onde ocorreu a agressão da vítima.....	28
<b>Figura 4.</b> Sexo do agressor.....	30
<b>Figura 5.</b> Cor/raça das vítimas.....	30
<b>Figura 6.</b> Estado civil da vítima.....	31
<b>Figura 7.</b> Situação ocupacional da vítima.....	31



## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1.</b> Nível de escolaridade das vítimas.....	28
<b>Tabela 2.</b> Nível de escolaridade do agressor.....	29
<b>Tabela 3.</b> Vínculo da vítima com o agressor.....	29
<b>Tabela 4.</b> Tipo de agressão sofrida por vínculo com o agressor.....	29
<b>Tabela 5.</b> Ano de ocorrência da agressão.....	32
<b>Tabela 6.</b> Mês de ocorrência da agressão.....	32
<b>Tabela 7.</b> Região anatômica da lesão na vítima.....	33
<b>Tabela 8.</b> Tipo de agressão sofrida por região anatômica.....	33
<b>Tabela 9.</b> Tipo de lesão ocasionada na vítima.....	33
<b>Tabela 10.</b> Tipo de agressão sofrida por faixa etária da vítima.....	34
<b>Tabela 11.</b> Tipo de agressão sofrida por sequela.....	34
<b>Tabela 12.</b> Tipo de agressão sofrida por tipo de lesão.....	34

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	11
<b>1.2 Objetivos</b> .....	13
1.2.1 Objetivo Geral .....	13
1.2.2 Objetivos Específicos .....	13
<b>2. REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	14
<b>2.1 Violência contra a mulher</b> .....	14
<b>2.2 Traumas na face</b> .....	17
<b>2.3 Promoção de saúde</b> .....	18
<b>3. MATERIAIS E MÉTODOS</b> .....	22
<b>3.1 Delineamento da Pesquisa</b> .....	22
<b>3.2 Pesquisa Documental</b> .....	22
<b>3.3 Instrumento</b> .....	22
<b>3.4 Procedimentos e coleta de dados</b> .....	22
<b>3.5 Aspectos éticos</b> .....	22
<b>3.6 Análise dos dados</b> .....	22
3.6.1 Análise descritiva .....	22
3.6.2 Correlação.....	23
<b>4. ARTIGO 1</b> .....	24
<b>5. NORMAS DO ARTIGO 1</b> .....	44
REFERÊNCIAS .....	52
ANEXOS .....	54
ANEXO 1: INSTRUMENTO DE COLETA .....	55
ANEXO 2: DECLARAÇÃO DE REVISÃO DE TEXTO DE INGLÊS E POTUGUÊS .....	57

## 1. INTRODUÇÃO

A violência doméstica ou a violência praticada por parceiros íntimos é um problema global que ocorre independente da cultura, etnia ou condições socioeconômicas (MELLO FILHO; RICZ, 2014), sendo essa questão considerada como um problema de saúde pública (BOTT et al., 2019; CARNEIRO et al., 2019). Pesquisas indicam que entre 30 e 35% das mulheres são vítimas de violência física ou sexual, em algum momento de suas vidas (DEVRIES et al., 2013; BOTT et al., 2019). Tal ocorrência tem como origem as desigualdades de gênero (CARNEIRO et al., 2019), ficando o Brasil na quinta colocação, em um *ranking* de 83 países com maior estatística de violência contra a mulher, sendo cerca de um terço dessa violência perpetrada por parceiros íntimos (WAISELFISZ, 2015; BOTT et al., 2019).

Apesar da implementação de estratégias, visando a redução e o combate da violência contra a mulher, como por exemplo, a Lei Maria da Penha que tipificou a violência doméstica como forma de violação dos direitos humanos (TAVARES et al., 2015), houve aumento dos casos de violência entre os anos de 2015 e 2017 (EVANS et al., 2019). Estudo realizado por Tavares et al. (2015) descreveu que as vítimas relataram dificuldades relacionadas à aplicação da lei, em função de burocracias, fazendo-as se sentirem desprotegidas, desrespeitadas e humilhadas, conseqüentemente, desencorajadas a seguir com o processo de denúncia.

Dados de violência contra a mulher foram compilados e publicado em um Atlas da Violência pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (2018). Sendo importante considerar que muitas vítimas não denunciam seus agressores, o que ocasiona a subestimação dos estatísticos sobre a prevalência da violência doméstica contra as mulheres, existindo, ainda, uma previsão de aumento de 6,4% na violência contra a mulher para os próximos dez anos (BOTT et al., 2019).

Dentre as regiões do corpo que sofre agressão, a face aparece como uma das mais afetadas, devido a intrínseca exposição dessa região, geralmente desprotegida. Mais especificamente, olhos, dentes, nariz, ossos faciais e, até mesmo, o sistema nervoso central pode ser afetado com os golpes desferidos na região facial. A agressão física, além de causar lesões, pode afetar psicologicamente a vítima, resultando em sentimento de baixa autoestima, vergonha e humilhação (COSTA et al., 2014; RODRIGUES et al., 2019). A violência contra a mulher, apesar do seu forte vínculo com a questão de gênero, apresenta-se como fenômeno que afeta todo o grupo familiar, pois as conseqüências são negativas para o desenvolvimento dos filhos (BOTT et al., 2019).

Apesar da relevância do tema, são poucos os estudos na literatura, acerca das injúrias nos tecidos faciais de mulheres vítimas de violência perpetrada por parceiros íntimos. Parte disso deve-se ao fato de, muitas vezes, a vítima não procurar ajuda, seja para a denúncia ou para o atendimento médico (RODRIGUES et al., 2019). A ausência da acusação, geralmente, se deve ao fato de a violência se iniciar de maneira lenta e silenciosa, sem agressões físicas, fazendo com que as vítimas se sintam envergonhadas, humilhadas e estigmatizadas, progredindo posteriormente para casos mais graves, incluindo a manifestação pública de atos de violência (BOTT et al., 2019).

Estudos conduzidos em Institutos Médicos Legais são indicados para avaliar os casos de violência contra a mulher, pois quando ocorre uma denúncia de agressão o exame de corpo de delito realizado nesses institutos faz parte do protocolo da denúncia, dessa forma, tais locais reúnem grande quantidade de informações coletadas durante o exame, que, muitas vezes, não são registradas e tratadas em âmbito hospitalar no setor de emergência (FERREIRA et al., 2014; RODRIGUES et al., 2019). Sendo assim, a pesquisa em tais locais torna-se um mecanismo de investigação útil que pode identificar populações de risco, além de ajudar na criação de programas de combate à violência (RODRIGUES et al., 2019).

O trabalho tem grande importância para vários profissionais e acadêmicos da área da saúde, por ser multidisciplinar e demonstrar as diversas formas de identificar e avaliar as agressões sofridas pelas vítimas. Mostrando dentro da Odontologia as áreas de grande importância contidas nesse trabalho, como a deontologia, odontologia legal e a cirurgia e traumatologia buco maxilo facial. Além disso, uma relevância social, por ajudar identificar as características sociodemográficas das vítimas de maior prevalência, suas consequências e assim orientar ações de conscientização para mulheres, com a intenção de prevenir, encorajar a denúncia, dar tratamento e suporte após a agressão, atuando na promoção de saúde.

## **1.2 Objetivos**

### 1.2.1 Objetivo Geral

Investigar os traumas faciais em mulheres vítimas de violência, perpetrada por parceiros íntimos.

### 1.2.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar o perfil sociodemográfico da mulher vítima de violência, perpetrada por parceiro íntimo;
- Identificar, por meio do laudo pericial e do exame de corpo delito, as sequelas e as regiões anatômicas lesionadas em função das agressões físicas sofridas por mulheres vítimas de violência, perpetrada por parceiros íntimos.

## **2. REVISÃO DE LITERATURA**

### **2.1 Violência contra a mulher**

O termo violência é uma palavra derivada do latim *vis*, que significa força, sendo relacionada às noções de constrangimento e uso da superioridade física sobre o outro, podendo ser empregado como condutas, ações ou palavras que gerem algum tipo de dano a outra pessoa, grupo ou sociedade (CASIQUE; FEREGATO, 2006). Ainda que não utilize a força física para causar dano a outra pessoa, a tortura psicológica e o abuso de poder são considerados como atos de violência (GUARNIERI, 2010).

Quando falamos em violência, a natureza pode ser classificada em física, psicológica, sexual e do tipo controlador. A violência física pode causar ou tentar causar dano não acidental, tendo como meio a força física ou algum objeto que podem causar ou não lesões externas, internas ou as duas (MINISTÉRIO DA SAÚDE BR, 2002). Na violência psicológica, ocorre insultos, humilhação, degradação pública, intimidação e ameaça. Normalmente ocorrem na família, em casa, afetando a autoimagem e autoestima não somente da vítima, mas da família toda. Violência sexual praticada por parceiro é de difícil denúncia, pois as vítimas sentem constrangimento em ser no interior da relação com o parceiro íntimo e estar vinculado a questões de poder. Classificando como violência sexual a relação sexual forçada pelo parceiro e o a relação sexual degradante. E a violência do tipo controlador que tem como comportamentos: suspeitar frequentemente de traição, evitar que veja amigos, restringir acesso a família, ignorar ou tratar a vítima de forma diferente e insistir em saber onde a pessoa está em todos os momentos (KRUG et al., 2002).

Segundo Sandoval et al. (2019) a violência contra a mulher é um problema de saúde pública, que ocorre em escala global e afeta todas as classes sociais, uma vez que aumenta o risco de mortalidade, não apenas diretamente, por meio da própria agressão, mas também indiretamente, por meio do desenvolvimento de diversas condições e problemas de saúde, como doenças não comunicáveis.

Segundo Fonseca e Lucas (2016), as relações hierárquicas estabelecidas entre os sexos e sacramentada ao longo dos anos, pode ser um dos motivos que originam situações de violência contra a mulher, estabelecido por meio de uma diferença de papéis instituídos socialmente às mulheres e aos homens, resultado de uma educação diferenciada. Aos homens se estabeleceu as qualidades referentes aos espaços públicos, a agressividade e o domínio, enquanto que para as mulheres foi dada a etiqueta de “sexo frágil”, pelo fato de serem mais expressivas,

contrapondo-se aos traços masculinos, e por estas atribuições seriam menos valorizadas pela sociedade (FONSECA; LUCAS, 2016).

Em estudo realizado por Costa et al. (2014), cujo objetivo foi determinar a ocorrência de trauma facial em mulheres de diferentes faixas etárias, atendidas em uma enfermagem de urgência no nordeste do Brasil, foi demonstrado que a idade influenciou na origem dos traumas. Esse mesmo estudo descreveu também que na infância e velhice a origem do trauma foi devido à queda, e na fase adulta foi por agressão física, ocasionando traumas faciais.

Foi descrito na literatura consequências, tanto físicas quanto psíquicas, ocasionadas pela violência doméstica. Tal ocorrência atinge, não apenas as mulheres, mas toda a rede familiar (GUEDES et al., 2016; GRAHAM-BERMANN et al., 2017; BOTT et al., 2019). Um estudo realizado por Graham-Bermann et al. (2017) descreveu que, mesmo quando as crianças não são vítimas direta da violência, o fato de testemunhar as agressões entre os progenitores resulta em estresse pós-traumático e ansiedade e predispõe quadro de depressão na vida adulta.

Em estudo de Teitelman et al. (2011) foram avaliadas 102 adolescentes do sexo feminino, vítimas diretas de violência, no qual foi confirmada uma associação entre a violência perpetrada por parceiro íntimo e depressão. Mais especificamente, tal estudo exibiu que não apenas a violência física, mas especialmente a violência não-física (abuso emocional, abuso verbal e comportamentos ameaçadores) também se relacionam com a depressão em adolescentes, afirmando que não apenas a violência física deve ser considerada como um fator que predispõe a ocorrência de depressão em vítimas de violência, perpetrada por parceiro íntimo.

A presença do álcool é um fator que vem sendo descrito como responsável por ter a capacidade de exacerbar os conflitos conjugais (ARTEGA et al, 2015; LEONARD; QUINGLEY, 2017). Em uma revisão que reuniu trinta anos de pesquisas sobre como o álcool está relacionado com a violência perpetrada por parceiro íntimo, Leonard e Quingley (2017) relataram que no início das pesquisas, apesar de diversos relatos sobre o álcool ser um fator contribuinte, não havia uma evidência forte deste exercer um fator causal. Nos últimos anos, metanálises encontraram associação estatisticamente significativa e indicaram o álcool como um gatilho para a violência, sendo este relacionado, também, com a gravidade das agressões (LEONARD; QUINGLEY, 2017). Desta forma, os autores sugeriram a mudança na pergunta que questionava se o álcool causa ou não violência, perpetrada por parceiro íntimo, mas examinar os processos pelos quais o álcool facilita a ocorrência, uma vez que seriam dados mais proveitosos para gerar intervenções, com o intuito de diminuir a violência dos parceiros.

Corroborando com o estudo anterior, Sprunger et al. (2015) relataram que o uso do álcool funcionaria como um desinibidor, o qual diminuiria a capacidade de a pessoa resistir aos impulsos agressivos e que o problema seria mais acentuado em parceiros recém-casados. Adicionalmente, o efeito do álcool seria, não apenas de via única, não somente influenciando a violência do homem contra a mulher, mas uma via bidirecional.

Com a necessidade da implementação de políticas voltadas ao combate da violência contra a mulher, uma maior atenção foi dada ao problema, a partir da década de 80, com os debates realizados pelos movimentos feministas, causando maior sensibilização da sociedade (ADEODATO et al., 2015). A partir dessa época, como conquista, ocorreu em 1984 a aprovação da Convenção sobre a eliminação de todas as formas de discriminação contra a mulher, iniciativa da Organização das Nações Unidas (ADEODATO et al., 2015). Nos anos seguintes, outras conquistas tiveram êxito, como a fundação das delegacias de mulher, dos Juizados Especiais Criminais e a Lei 11.340/2006, conhecida como Lei Maria da Penha, concebida para coibir e prevenir a violência doméstica e familiar contra a mulher (GUARNIERI, 2010).

A Lei Maria da Penha pode ser organizada em três eixos de intervenção, da seguinte forma: o primeiro aborda as medidas criminais, para a condenação da violência, nele estão os métodos como a volta do inquérito policial, prisão preventiva, a prisão em flagrante ou decorrente de pena condenatória, a restrição da representação criminal para alguns crimes e o veto para a aplicação da Lei 9099/95 a qualquer crime que se configure como violência familiar e doméstica contra a mulher; o segundo eixo são as ações de salvaguarda da integridade física e dos direitos da mulher, compõe também as medidas de assistência, envolvendo o atendimento psicológico, social e jurídico e; o terceiro eixo é a prevenção e educação, possíveis e necessárias, para coibir a reprodução social da violência e da discriminação baseadas no gênero (PASINATO, 2010).

Outros projetos pretenderam acrescentar previsões à Lei Maria da Penha (11.340/06), como a obrigatoriedade de profissionais de saúde, o registro no prontuário médico da paciente e a comunicação à polícia, em até 24h, se houver indícios de violência contra a mulher. Tais projetos tornaram-se Lei (13.931/2019) em separado da Lei Maria da Penha. Tal comunicação é de notificação compulsória. tanto no serviço público quanto privado, servindo tanto para as autoridades policiais tomarem as providências cabíveis, quanto para fins estatísticos (Lei 13.931/2019).



## 2.2 Traumas na face

Mais especificamente, olhos, dentes nariz, ossos faciais e, até mesmo, o sistema nervoso central pode ser afetado durante o ato da agressão (COSTA et al., 2014; RODRIGUES et al., 2019). Em um estudo realizado no King's College Hospital, em Cambridge Inglaterra, sobre pacientes com lesões na face provocadas por violência doméstica, foi identificado que a maior população afetada, em relação ao gênero, foi a população feminina, com 14 casos dos 18 recebidos (BOYES; FAN, 2019). A média de idade foi de 28 anos, com relatos de vítimas entre 16 até 44 anos. Em mais da metade dos relatos foi identificado que o parceiro foi o perpetrador da violência e, cerca de 80%, das vítimas procuraram assistência no mesmo dia da agressão. Em mais de 70% dos casos a agressão foi realizada por meio de soco e a laceração da face foi a injúria mais prevalente. Em oito casos houve fratura na região facial. O complexo dentoalveolar esteve envolvido em 4 casos, seguido por 3 casos do osso zigomático, 3 casos do osso nasal e 2 casos da mandíbula.

Em um estudo transversal e exploratório, realizado por Bernadino et al. (2017), no Brasil, por meio da análise de 7.132 registros médico-legais e sociais, de vítimas de violência interpessoal, atendidas em um Centro de Medicina Legal e Odontologia Forense, foi delineado o perfil das lesões acometidas. Os resultados mostraram que pouco mais de 40% das lesões identificadas ocorreram na face, sendo quase a totalidade destas em tecido mole, 1,6% fraturas de ossos faciais e 0,6% envolvendo o completo dentoalveolar. Estudo realizado por Avansini et al. (2019) avaliou, por meio de um estudo transversal, o trauma maxilofacial em pacientes atendidos em uma cidade de médio porte no sul do Brasil. Os dados coletados foram recuperados diretamente de prontuários do período de janeiro de 2010 a abril de 2014. Foram coletados dados referentes a idade do paciente, sexo, destino do paciente, após o tratamento inicial, causa do trauma e tipo de lesão. Os resultados mostraram que a causa mais frequente foi colisão no trânsito (39,6%), seguida de quedas (33,6%) e violência interpessoal apareceu com uma proporção de 22,0%. Em outro estudo, Cillo Júnior et al. (2019), em Pitsburg Pensilvânia, Estados unidos da América, também descreveram a ocorrência de lesões faciais causadas por queda e acidente veicular. No que se refere à gravidade das lesões, estas estavam mais associadas com a violência interpessoal do que aos demais fatores de risco.

Yamamoto et al. (2019) realizaram um estudo retrospectivo envolvendo registros clínicos e radiográficos de 272 pacientes com traumas maxilofaciais, associados à violência interpessoal, durante um período de 36 anos. As lesões identificadas, em sua maioria, foram resultado do impacto do punho, mão ou cotovelo (82,3%). O local de fratura mais afetado foi a

mandíbula (70,2%), seguido pelo terço médio da face (28,7%) e a combinação dos dois locais correu em apenas 1,1% dos casos. Dentre as fraturas na mandíbula, 39,6% estavam localizadas no ângulo da mandíbula, 27,5% na sínfise e 33,0% em outros locais. Mais da metade das fraturas no terço médio (53,1%) estavam no zigoma, enquanto 23,5% na maxila e 23,5% em outros locais. Além dos registros realizados no âmbito hospitalar de emergência, os registrados em Institutos Médicos Legais fornecem riqueza de informações que podem ser responsáveis por identificar não só as partes do corpo mais sujeitas ao trauma, mas também as populações mais vulneráveis, além de contribuir para fins estatísticos e auxílio na criação de políticas de combate a violência (RODRIGUES et al., 2019).

### **2.3 Promoção de saúde**

Quando falamos em promoção de saúde, a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em novembro de 1986 em Ottawa é uma grande referência das ideias desse tema, mundialmente. Trinta e cinco países participaram da conferência a qual resultou na Carta de Ottawa, com um conjunto de valores, entre eles: saúde, vida, equidade, solidariedade, cidadania, desenvolvimento, participação e ação conjunta, resultando em muitas estratégias, melhorando a saúde e qualidade de vida mundial (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1986).

Algumas estratégias em promoção da saúde, através da Carta de Ottawa são:

1) Realização de políticas públicas saudáveis: além dos cuidados de saúde, alguns determinantes: renda, proteção ambiental, trabalho, agricultura. A saúde deve ter grande importância na agenda de prioridades políticas em todos os níveis e setores, que devem tomar consciência de suas decisões e responsabilidades. A Carta de Ottawa instiga ações legislativas, fiscais e organizacionais visando à diminuição das desigualdades sociais e à melhoria da qualidade de vida da população. Sugere, também, a adoção de uma postura intersetorial para a formulação de políticas públicas e sua ação sobre o setor saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1986);

2) Criação de ambientes favoráveis para a saúde: propõe ações de proteção do meio ambiente e a conservação dos recursos naturais sendo parte da estratégia de promoção à saúde. Para que isto aconteça, sugere ações que objetivem o monitoramento de mudanças das áreas tecnológicas, do trabalho, produção de energia e urbanização, que tem relação direta na saúde da população (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1986);

3) Novos pensamentos dos serviços de saúde: orientando que os serviços de saúde devem voltar-se na direção de um enfoque na saúde e não na doença, que apontem para a integralidade das ações de saúde. Propõe mudanças na formação dos profissionais e nas atitudes das organizações dos serviços de saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1986);

4) Reforçando a ação comunitária: orientando ações e recursos existentes na comunidade, que possam intensificar a autoajuda, o apoio social e o desenvolvimento da participação da população, nos assuntos de saúde, o *empowerment* comunitário (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1986);

5) Desenvolvimento de habilidades pessoais: capacitar e orientar as pessoas para "aprenderem através da vida" e se "prepararem para todos os estágios" é uma das estratégias da nova promoção da saúde. Organizar o desenvolvimento pessoal e social mediante a divulgação de informação, educação para a saúde e intensificação das habilidades vitais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1986).

Estas principais estratégias da Carta de Ottawa são o marco de referência da promoção da saúde em todo o mundo, como reconheceram as outras conferências internacionais sobre esse tema (1988, 1991, 1997, 2000 e 2005), que trouxeram contribuições importantes para a corrente moderna da promoção à saúde.

A II Conferência Internacional sobre Promoção à Saúde e em conjunto a Declaração de Adelaide políticas públicas saudáveis foi realizada em abril de 1988, tendo como foco principal às políticas públicas voltadas para a saúde, reafirmando as cinco linhas de ação da Carta de Ottawa e da Declaração de Alma Ata. Expõe que as políticas "caracterizam-se pelo interesse e preocupação explícitos de todas as áreas das políticas públicas em relação à saúde e à equidade e pelos compromissos com o impacto de tais políticas sobre a saúde da população". Organizou-se quatro áreas prioritárias para promover ações imediatas: apoio à saúde da mulher; alimentação e nutrição; tabaco e álcool; criação de ambientes favoráveis. Sendo aqui o início ao olhar voltado para a saúde da mulher (MINISTÉRIO DA SAÚDE BR, 2002).

Na III Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde e a Declaração de Sundsvall criação de ambientes favoráveis à saúde, evidencia-se as situações de extrema pobreza e privação, em ambientes de risco a milhares de pessoas no planeta. Orienta a ação de diversos segmentos da sociedade colaborarem no desenvolvimento de ambientes físicos, sociais, econômicos e políticos mais favoráveis à saúde. Reconhece que para promover este ambiente favorável à saúde, é preciso englobar quatro aspectos importantes: a dimensão social; a dimensão política; a dimensão econômica e a necessidade de reconhecer e utilizar a capacidade e o conhecimento das mulheres em todos os setores, inclusive o político e o econômico.

Voltando novamente as atenções às mulheres e suas multidisciplinaridades (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

IV Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde e a Declaração de Jacarta: realizada em 1997, em Jacarta, foi a primeira a convidar representantes do setor privado a participar. Renova a discussão sobre o "reforço da ação comunitária", definido na Carta de Ottawa. Evidencia que a promoção à saúde deve ser realizada em conjunto com toda população, e demonstra que para melhorar a capacidade das comunidades na promoção de saúde, é necessário que a população tenha direito de voz e acesso ao processo de tomada de decisão, às habilidades e conhecimentos essenciais para efetuar a mudança (MINISTÉRIO DA SAÚDE BR, 2002).

Em 2000, a V Declaração do México Quinta Conferência Internacional de Promoção da Saúde foi realizada na cidade do México. Revendo a importância das ações de promoção à saúde nos programas e políticas governamentais, no nível local, regional, nacional e internacional. Renova o valor das ações intersetoriais para assegurar a implementação das ações de promoção e ampliar as parcerias na área da saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Na VI Conferência Mundial de Promoção à Saúde, a Carta de Bangkok foi realizada na cidade de Bangkok na Tailândia, em 2005. Demonstra as mudanças no contexto da saúde global, incluindo o crescimento das doenças transmissíveis e crônicas, no qual incluem as doenças cardíacas, câncer e diabetes. Orienta dar uma nova direção para a Promoção à Saúde, buscando alcançar saúde para todos, através de quatro compromissos: desenvolvimento da agenda global, responsabilidade de todos os governos, meta principal da comunidade e da sociedade civil, necessidade para boa administração prática. Além de já abranger uma área importante da violência de gênero, principalmente contra as mulheres (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005).

Como forma de prevenir ou cessar a ocorrência de violência perpetrada por parceiro íntimo, Leppakoski et al. (2010) sugeriram o treinamento por parte dos profissionais de saúde como enfermeiros, médicos e técnicos para que possam identificar vítimas de violência perpetrada por parceiros íntimos e, dessa forma, fornecer os cuidados e orientações adequadas, bem como encaminhá-las aos serviços comunitários adequados. Nesse estudo, realizado na Finlândia, foi descrito que quase metade dos profissionais de saúde relataram ter encontrado mulheres vítimas de violência perpetrada por parceiro íntimo ao menos uma vez por mês e 20% relataram que tal fato ocorria, repetidamente, com as mesmas mulheres. É importante que a equipe responsável pelo atendimento de vítimas de violência seja capaz de identificar o trauma facial como uma possível consequência de ato de violência.

Em um estudo de Boyes e Fan (2019), um questionário foi aplicado para uma equipe de cirurgia oral e maxilofacial de um hospital em Londres, para obter uma visão de suas atitudes em relação à triagem de violência doméstica. A maioria dos médicos da equipe declaram se sentir pouco confiante em reconhecer e perguntar sobre violência doméstica, e poucos estavam "muito" ou "extremamente confiantes". Isso demonstra que o treinamento direcionado para a equipe de linha de frente nas equipes responsáveis pelo atendimento de traumas faciais é uma necessidade. Através do adequado treinamento, a confiança entre os profissionais pode ser estabelecida para identificar e gerenciar tais pacientes, encaminhá-los adequadamente e promover a saúde.

Bernadino et al. (2017) apontam que características sociodemográficas e circunstanciais são fatores importantes na vitimização por traumatismo facial e violência interpessoal. O estudo concluiu que as mulheres são mais propensas a sofrer violência doméstica e a apresentarem lesões em tecidos moles, tanto na face quanto em outras regiões do corpo. O entendimento das características sociodemográficas e circunstanciais ajuda a entender populações de risco e trabalhar políticas públicas relacionadas ao combate da violência interpessoal, levando em consideração as necessidades específicas de cada grupo de indivíduos expostos.

Avansini et al. (2019) afirmam que o entendimento dos comportamentos de trauma facial em diferentes populações pode colaborar com a prevenção eficaz e o gerenciamento eficiente dos recursos públicos, a fim de oferecer um melhor tratamento nos grandes sistemas de saúde. Adicionalmente, o entendimento das características das lesões faciais pode contribuir também com o manejo mais eficaz do tratamento (YAMAMOTO et al., 2019). Tal eficácia pode gerar um menor tempo de internamento (HOPPE et al., 2015) e, conseqüentemente, colaborar com o melhor gerenciamento dos recursos públicos destinados a esse tipo de atendimento (YAMAMOTO et al., 2019).

### **3. MATERIAIS E MÉTODOS**

#### **3.1 Delineamento da Pesquisa**

O presente estudo é do tipo transversal retrospectivo. Foi realizado por meio da análise dos laudos dos exames de corpo de delito de mulheres vítimas de violência, perpetrada por parceiro íntimo, atendidas no Instituto Médico Legal (IML) de Cuiabá – MT.

#### **3.2 Pesquisa Documental**

Pesquisou-se, nesse estudo, 300 prontuários e exames de corpo delito de vítimas de agressão de parceiros íntimos do Instituto Médico Legal de Cuiabá-MT, no período de 01 de janeiro de 2010 até 31 de dezembro de 2019.

#### **3.3 Instrumento**

Foi desenvolvido um instrumento de coleta de dados, contendo 17 informações estruturadas com respostas fechadas com dados referentes às características da vítima, do agressor e das agressões.

#### **3.4 Procedimentos e coleta de dados**

A coletada de dados foi autorizada pelo órgão responsável POLITEC – Cuiabá – MT e realizada no Instituto Médico Legal de Cuiabá – MT, onde as informações foram coletadas dos prontuários e exames de corpo e delito digitalizados, disponíveis no computador da instituição.

#### **3.5 Aspectos éticos**

Este trabalho foi aprovado no Comitê de Ética do Centro Universitário de Maringá no CAAE: 40978820.0.0000.5539.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi dispensado por se tratar de prontuários e exames.

#### **3.6 Análise dos dados**

##### **3.6.1 Análise descritiva**

Os dados coletados foram tabulados em uma tabela de frequência onde foram descritos tanto de maneira quantitativa e avaliados estatisticamente pelo teste do Qui-Quadrado com intervalo de confiança de 95%, utilizando o *software* estatístico SPSS 20.0.

A porcentagem ( $p_i$ ) é o resultado da razão entre a frequência absoluta e o tamanho da amostra, multiplicado por 300, isto é,  $300 \cdot \frac{n_i}{n}$ .

### 3.6.2 Correlação

Para a comparação das pontuações dos domínios do instrumento, entre os níveis das variáveis sociodemográfico, foi realizada uma análise de variância (ANOVA) de um fator, sendo que as comparações múltiplas entre os níveis dos fatores que apresentaram efeitos fixos significativos foram realizadas por meio de testes com o valor p ajustado pelo método de Tukey HSD (*honest significant difference*).

Todas as análises foram realizadas com o auxílio do ambiente estatístico R (*R Development Core Team*, 2016), versão 3.3.1.

#### 4. ARTIGO 1

### TRAUMAS FACIAIS EM MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA PRATICADA POR PARCEIROS ÍNTIMOS

Márcio Soldatelli STUDZINSKI, Lucas França GARCIA, Andréa Grano MARQUES.

#### Resumo:

**Introdução** O estudo é sobre a violência doméstica ou a violência praticada por parceiros íntimos, que é um problema global que ocorre independente da cultura, etnia ou condições socioeconômicas, sendo essa questão considerada como um problema de saúde pública. **Objetivo** O presente trabalho tem por objetivo investigar os traumas faciais em mulheres vítimas de violência perpetrada por parceiros íntimos. **Método** O presente estudo se trata de um estudo do tipo transversal retrospectivo. Foi realizado por meio da análise dos laudos dos exames de corpo de delito de mulheres vítimas de violência perpetrada por parceiros íntimos atendidas no Instituto Médico Legal (IML) de Cuiabá – MT. **Resultados** Foi possível perceber uma maior incidência de casos entre vítimas com baixa escolaridade, com cerca de 85% das vítimas possuindo não mais do que o ensino fundamental completo. A maioria das vítimas de agressão não eram casadas, sendo 179 solteiras, 84 em união estável e 37 casadas. O tipo de agressão sofrida mais prevalente foi através de força física direta (socos, chutes, mordidas, puxões), equivalendo a 59,67% dos casos, seguido por força física indireta (pedrada, garrafada, paulada) 22,33%. **Conclusão** Identificou-se, nesse estudo, os pontos específicos que precisam ser melhorados e focados pelo poder público no combate a este crime. O público de jovens adultas deve receber atenção especial nas políticas de combate à violência, uma vez que parece ser o público mais prevalente no objeto desse estudo.

**Palavras-chave:** Violência contra a Mulher. Traumatismo faciais. Ferimentos e Lesões.

### FACIAL TRAUMA IN WOMEN VICTIMS OF VIOLENCE COMMITTED BY INTIMATE PARTNERS

#### Abstract:

**Introduction** - The study about domestic violence or violence practiced by intimate partners, which is a global problem that occurs regardless of culture, ethnicity or socioeconomic conditions, and this issue is considered a public health problem. **Objective** This study aims to investigate facial traumas in women victims of violence perpetrated by intimate partners. **Method** The present study is a retrospective cross-sectional study. It was carried out through the analysis of the reports of the crime exams of women victims of violence perpetrated by an intimate partner attended at the Legal Medical Institute (IML) in Cuiabá -MT. **Results** It was possible to notice a higher incidence of cases among victims with low education, with about 85% of victims having no more than complete elementary school. Most of the victims of aggression were not married, being 179 single, 84 in a stable relationship and 37 married. The most prevalent type of aggression suffered was through direct physical force (punches, kicks,



bites, pulls), equivalent to 59.67% of the cases, followed by indirect physical force (stoned, stoned, beaten) 22.33%. **Conclusion** In this study, specific points were identified that need to be improved and focused by the public authorities in the fight against this crime. The public of young adults should receive special attention in policies to combat violence, since it seems to be the most prevalent public in the object of this study.

**Keywords:** Violence Against Women. Facial Injuries. Wounds and Injuries.

## INTRODUÇÃO

A violência doméstica ou a violência praticada por parceiros íntimos é um problema global que ocorre independente da cultura, etnia ou condições socioeconômicas (MELLO FILHO & RICZ, 2014), sendo essa questão considerada como um problema de saúde pública (BOTT et al., 2019; CARNEIRO et al., 2019). Pesquisas indicam que entre 30 e 35% das mulheres são vítimas de violência física ou sexual em algum momento de suas vidas (DEVRIES et al., 2013; BOTT et al., 2019) e tal ocorrência tem como origem as desigualdades de gênero (CARNEIRO et al., 2019), ficando o Brasil na quinta colocação, em um *ranking* de 83 países com maior estatística de violência contra a mulher, sendo que cerca de um terço dessa violência perpetrada por parceiro íntimo (WAISELFISZ, 2015; BOTT et al., 2019).

Apesar da implementação de estratégias visando a redução e o combate da violência contra a mulher, como por exemplo, a Lei Maria da Penha, que tipificou a violência doméstica como forma de violação dos direitos humanos (TAVARES et al., 2015), houve aumento dos casos de violência entre os anos de 2015 e 2017 (EVANS et al., 2019). Estudo realizado por Tavares et al. (2015) descreveu que as vítimas relataram dificuldades relacionadas à aplicação da lei em função de burocracias, fazendo-as se sentirem desprotegidas, desrespeitadas e humilhadas, conseqüentemente, desencorajadas a seguir com o processo de denúncia.

Dados de violência contra a mulher foram compilados e publicado em um Atlas da Violência pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (2018), onde existe, ainda, uma previsão de aumento de 6,4% na violência contra a mulher para os próximos dez anos. Sendo importante considerar que muitas vítimas não denunciam seus agressores, o que ocasiona a subestimação dos estatísticos sobre a prevalência da violência doméstica contra as mulheres (BOTT et al., 2019).

Dentre as regiões do corpo que sofre agressão, a face aparece como uma das mais afetadas, devido à intrínseca exposição dessa região, geralmente desprotegida (COSTA et al., 2014). Mais especificamente, olhos, dentes, nariz, ossos faciais e, até mesmo, o sistema nervoso central pode ser afetado com os golpes desferidos na região facial (COSTA et al., 2014;

RODRIGUES et al., 2019). A agressão física, além de causar lesões, pode afetar psicologicamente a vítima, resultando em sentimento de baixa autoestima, vergonha e humilhação (RODRIGUES et al., 2019). A violência contra a mulher, apesar do seu forte vínculo com a questão de gênero, apresenta-se como fenômeno que afeta todo o grupo familiar, pois as consequências são negativas para o desenvolvimento dos filhos (BOTT et al., 2019).

Apesar da relevância do tema, são poucos os estudos na literatura acerca das injúrias nos tecidos faciais de mulheres, vítimas de violência, perpetrada por parceiros íntimos. Parte disso deve-se ao fato de que, muitas vezes, a vítima não procura ajuda, seja para a denúncia ou para o atendimento médico (RODRIGUES et al., 2019). A ausência da acusação, geralmente, se deve ao fato da violência se iniciar de maneira lenta e silenciosa, sem agressões físicas (BOTT et al., 2019), fazendo com que as vítimas se sintam envergonhadas, humilhadas e estigmatizadas, progredindo posteriormente para casos mais graves, incluindo a manifestação pública de atos de violência (BOTT et al., 2019).

Estudos conduzidos em Institutos Médicos Legais são indicados para avaliar os casos de violência contra a mulher, pois quando ocorre uma denúncia de agressão o exame de corpo de delito realizado nesses institutos faz parte do protocolo da denúncia, dessa forma tais locais reúnem grande quantidade de informações coletadas durante o exame, que, muitas vezes, não são registradas e tratadas em âmbito hospitalar no setor de emergência (FERREIRA et al., 2014; RODRIGUES et al., 2019). Sendo assim, a pesquisa em tais locais torna-se um mecanismo de investigação útil que pode identificar populações de risco, além de ajudar na criação de programas de combate a violência (RODRIGUES et al., 2019).

## **METODOLOGIA**

O presente estudo é do tipo transversal retrospectivo. Foi realizado por meio da análise dos laudos dos exames de corpo de delito de mulheres vítimas de violência, perpetrada por parceiros íntimos, atendidas no Instituto Médico Legal (IML) de Cuiabá – MT. Os dados coletados corresponderam ao período de 01 de janeiro de 2010 até 31 de dezembro de 2019 e foram classificados quanto à faixa etária da vítima, cidade onde residia, cidade onde ocorreu a agressão, nível de escolaridade, cor/raça, estado civil, situação ocupacional, ano e mês da ocorrência, sexo do agressor, nível de escolaridade do agressor, vínculo da vítima com o agressor, o tipo de agressão sofrida, a região anatômica atingida, tipo de lesão ocasionada e eventuais sequelas deixadas.

A idade da vítima e do agressor foram classificadas em intervalos: menor que 18 anos, entre 18 e 20 anos, mais que 20 e até 30 anos, mais que 30 anos até 40 anos, mais que 40 anos até 50 anos, mais que 50 anos até 60 anos e mais do que 60 anos. A cor ou raça da vítima foi definida segundo os critérios do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em branco, pardo, preto, amarelo ou indígena. A região facial foi definida em: frontal, orbital, nasal, malar, zigomática, mandibular, maxilar, dentária e lábio. As fraturas ósseas, dentárias e associadas foram classificadas em ausentes ou presentes. O mecanismo de trauma foi classificado em trauma contundente, cortante, perfurocortante, cortocontundente, cortocontuso e físico-químico.

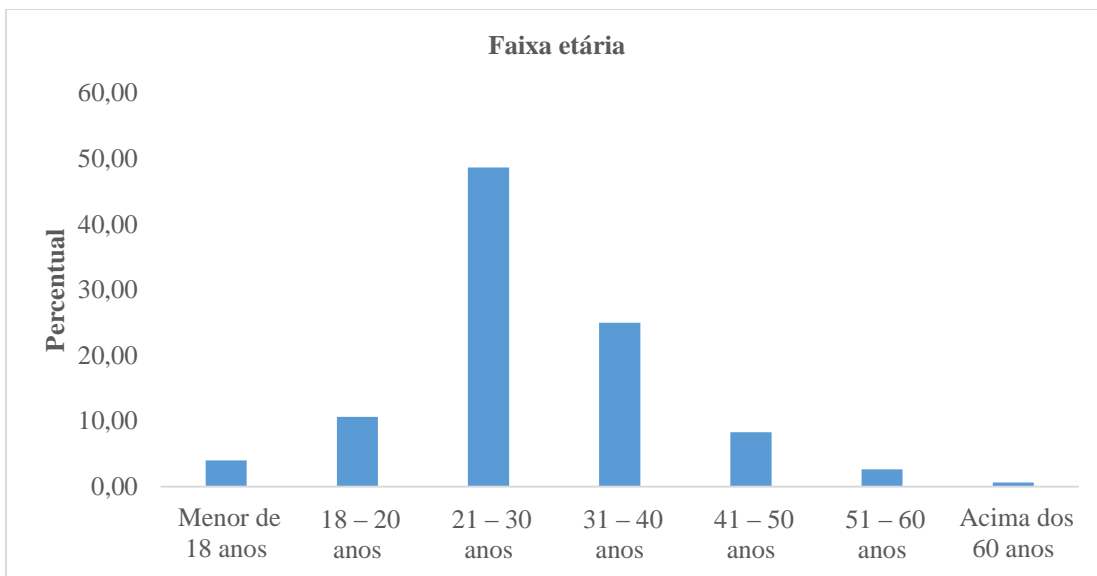
O perfil sociodemográfico foi registrado quanto à região habitada, situação educacional, condição de atividade econômica e nível de ocupação. Os dados coletados foram tabulados em uma tabela de frequência onde foram descritos, tanto de maneira qualitativa, quanto quantitativa e avaliados estatisticamente pelo teste do Qui-Quadrado, com intervalo de confiança de 95%, utilizando o *software* estatístico SPSS 20.0.

O trabalho foi aprovado no Comitê de Ética do Centro Universitário de Maringá, no CAAE: 40978820.0.0000.5539.

## **RESULTADOS**

Foram coletados durante o período da pesquisa 300 boletins de ocorrência e exames de corpo de delito do Instituto Médico Legal de Cuiabá. Das 300 vítimas, 12 possuíam menos de 18 anos, 32 vítimas estavam na faixa etária de 18 a 20 anos. A faixa etária onde houve maior frequência de vítimas foi entre 21 e 30 anos, com 146 ocorrências. A partir daí, houve uma redução progressiva, com 75 vítimas entre 31 e 40 anos, 25 vítimas entre 41 e 50 anos, 8 vítimas entre 51 e 50. Acima de 60 apenas 2 casos foram registrados. Os valores em porcentagem podem ser visualizados na Figura 1.

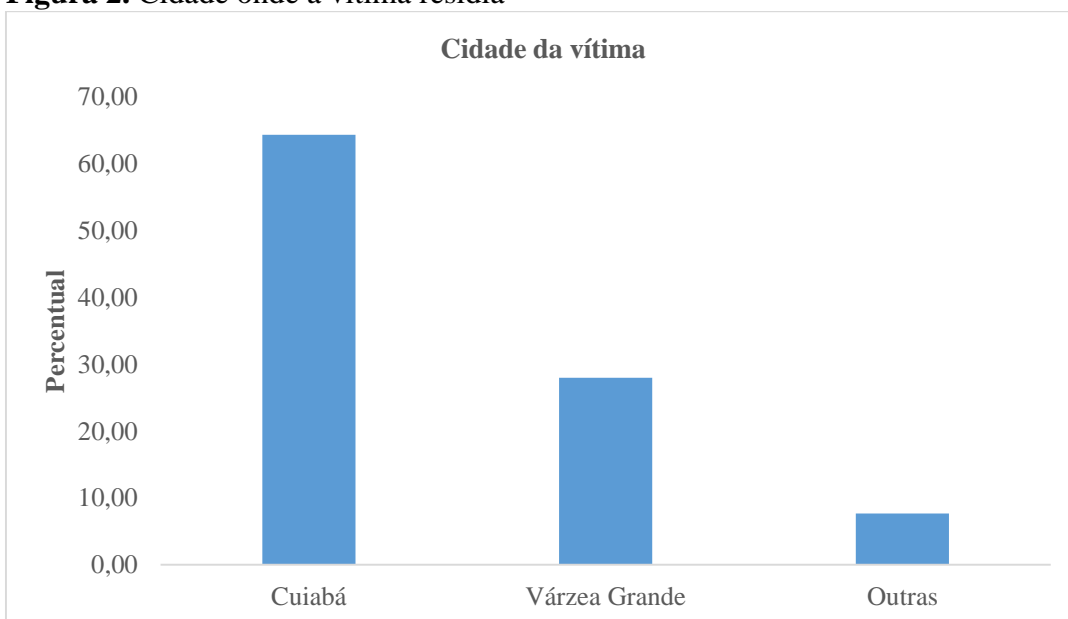
**Figura 1.** Faixa etária em percentual da idade das vítimas



**Fonte:** Dados da pesquisa (2021).

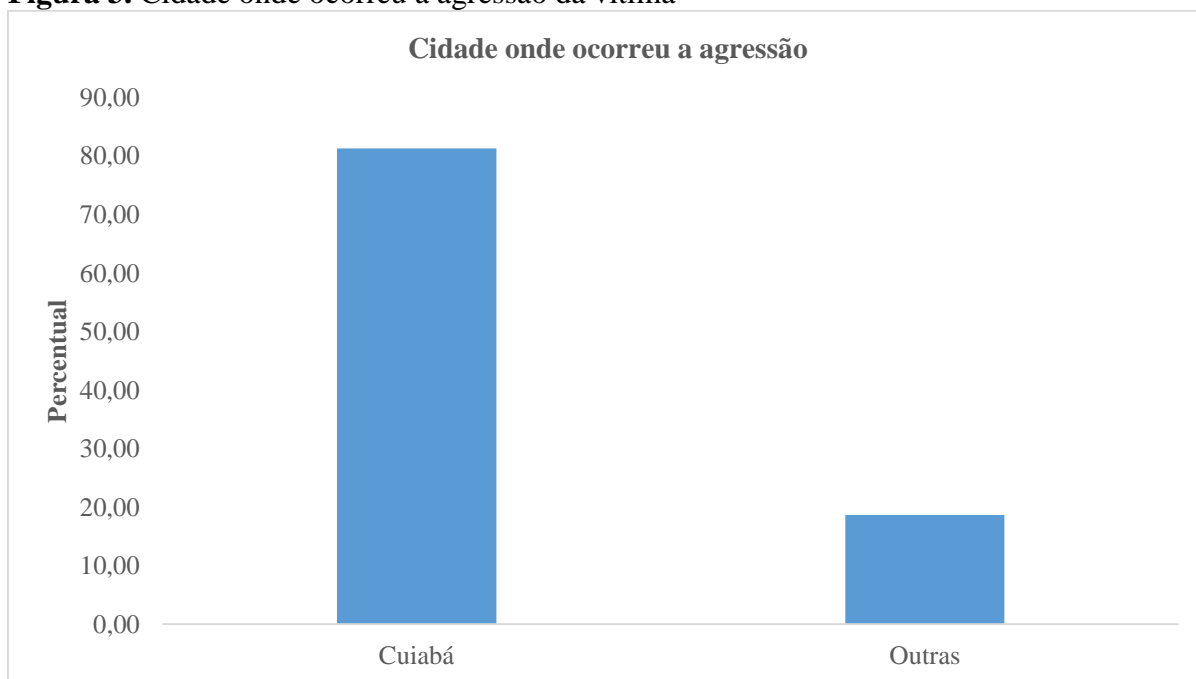
Mais da metade das vítimas eram residentes da capital, especificamente 193 pessoas. Outras 84 vítimas residiam em Várzea Grande, região metropolitana de Cuiabá. Vinte e três ocorrências eram de outras localidades que não Cuiabá ou Várzea Grande. A localidade onde as vítimas sofreram a agressão não necessariamente eram onde residiam. Quando avaliado a cidade de agressão, foi registrado que 244 das agressões ocorreu em Cuiabá e 56 fora de Cuiabá. Os percentuais, de acordo com a cidade onde a vítima residia e o local da agressão podem ser visualizados na Figura 2 e Figura 3.

**Figura 2.** Cidade onde a vítima residia



**Fonte:** Dados da pesquisa (2021).

**Figura 3.** Cidade onde ocorreu a agressão da vítima



**Fonte:** Dados da pesquisa (2021).

O nível de escolaridade das vítimas pode ser observado na Tabela 1. Foi possível perceber uma maior incidência de casos entre vítimas com baixa escolaridade, com cerca de 85% delas, possuindo não mais do que o ensino fundamental completo. Acima do ensino médio incompleto, o percentual de vítimas foi diminuindo conforme a escolaridade foi aumentando.

O nível de escolaridade do agressor pode ser visualizado na Tabela 2 e na Tabela 3 o vínculo da vítima com o agressor. Adicionalmente na Tabela 4 é exibido a distribuição do tipo de agressão por vínculo com o agressor. Enfatiza-se que dentre as mulheres que sofreram agressão por armas de fogo, esta foi praticada por um ex-namorado.

**Tabela 1.** Nível de escolaridade das vítimas

Escolaridade da vítima	%
Analfabeta	22,33
Ensino fundamental incompleto.	34,33
Ensino fundamental completo.	28,33
Ensino médio incompleto.	6,33
Ensino médio completo.	5,33
Terceiro grau incompleto.	2,67
Terceiro grau completo.	0,67

**Fonte:** Dados da pesquisa (2021).

**Tabela 2.** Nível de escolaridade do agressor

Escolaridade do agressor	%
Analfabeto	17,67
Ensino fundamental incompleto.	32,33
Ensino fundamental completo.	25,00
Ensino médio incompleto.	16,33
Ensino médio completo.	6,33
Terceiro grau incompleto.	1,00
Terceiro grau completo.	1,33

**Fonte:** Dados da pesquisa (2021).

**Tabela 3.** Vínculo da vítima com o agressor

Vínculo com o agressor	%
Companheiro/marido.	25,00
Ex-companheiro/ex-marido.	26,33
Namorado.	31,33
Ex-namorado.	17,33

**Fonte:** Dados da pesquisa (2021).

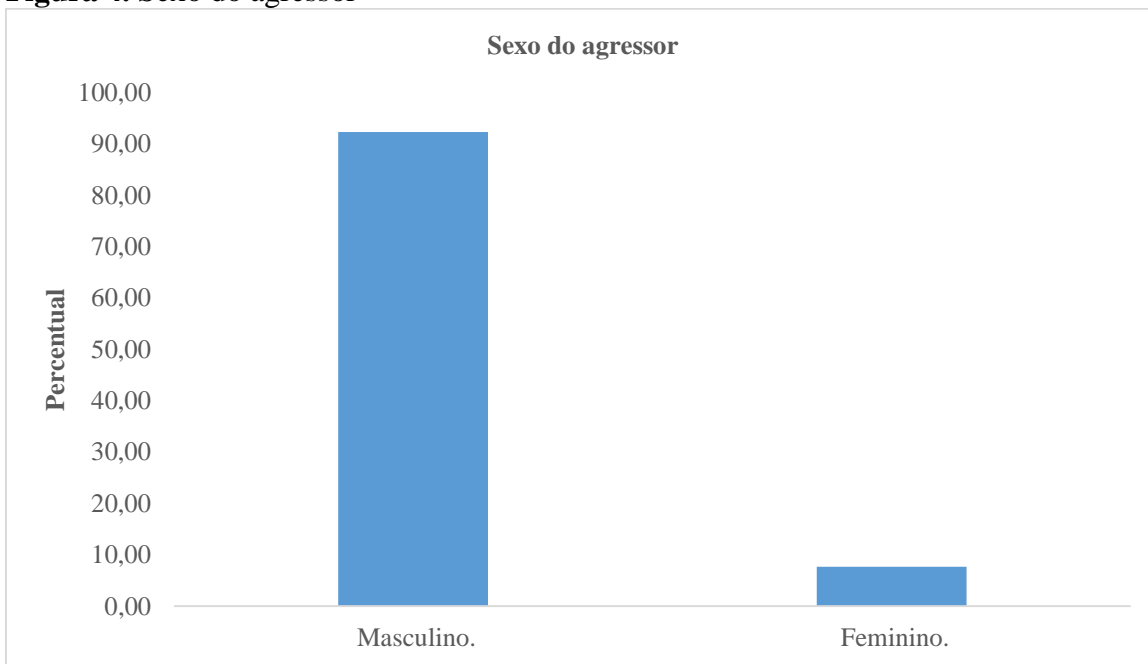
**Tabela 4.** Tipo de agressão sofrida por vínculo com o agressor

Vínculo com o agressor	Tipo de agressão				
	Força física direta	Força física indireta	Arma branca	Arma de fogo	Esganadura
Marido/companheiro	22,90%	40,30%	21,10%	0,00%	9,40%
Ex-marido/ex-comp.	29,10%	16,40%	42,10%	0,00%	21,90%
Namorado	34,10%	17,90%	36,80%	0,00%	46,90%
Ex-namorado	14,00%	25,40%	0,00%	100,00%	21,90%
Total	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

**Fonte:** Dados da pesquisa (2021).

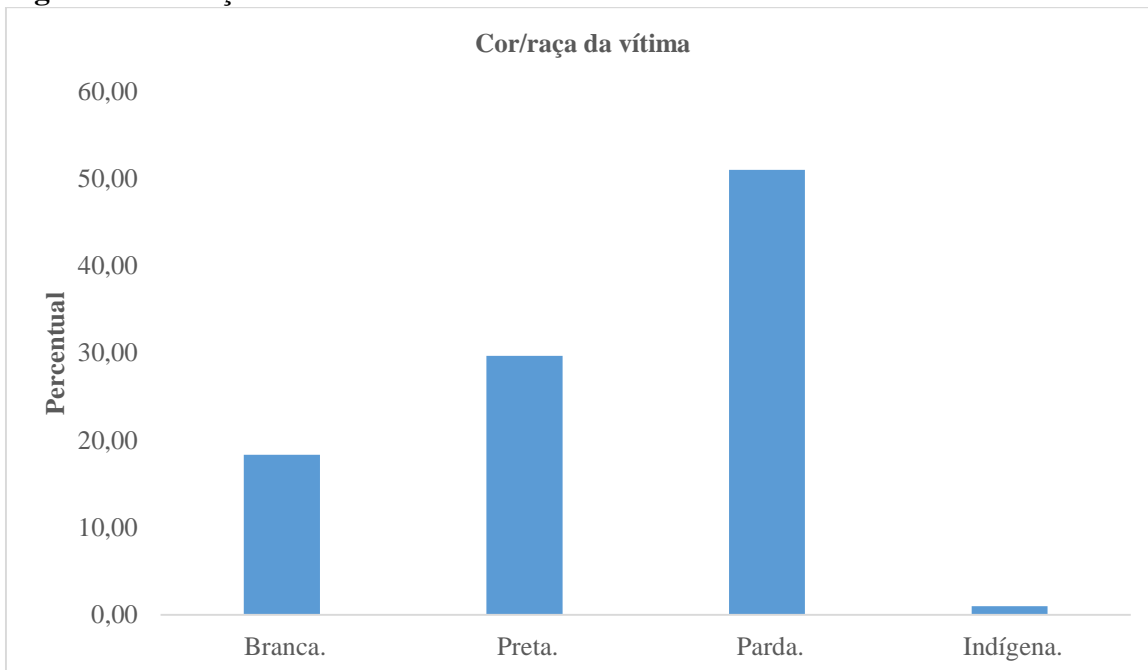
Em relação ao agressor, 92.33% destes eram do sexo masculino, enquanto 7.67% do sexo feminino (Figura 4). Pouco mais da metade das vítimas eram da cor parda, seguido por 89 pretas, 55 brancas e apenas 3 casos foram relatados em indígenas. O percentual da cor/raça pode ser observado na Figura 5.

**Figura 4.** Sexo do agressor



**Fonte:** Dados da pesquisa (2021).

**Figura 5.** Cor/raça das vítimas

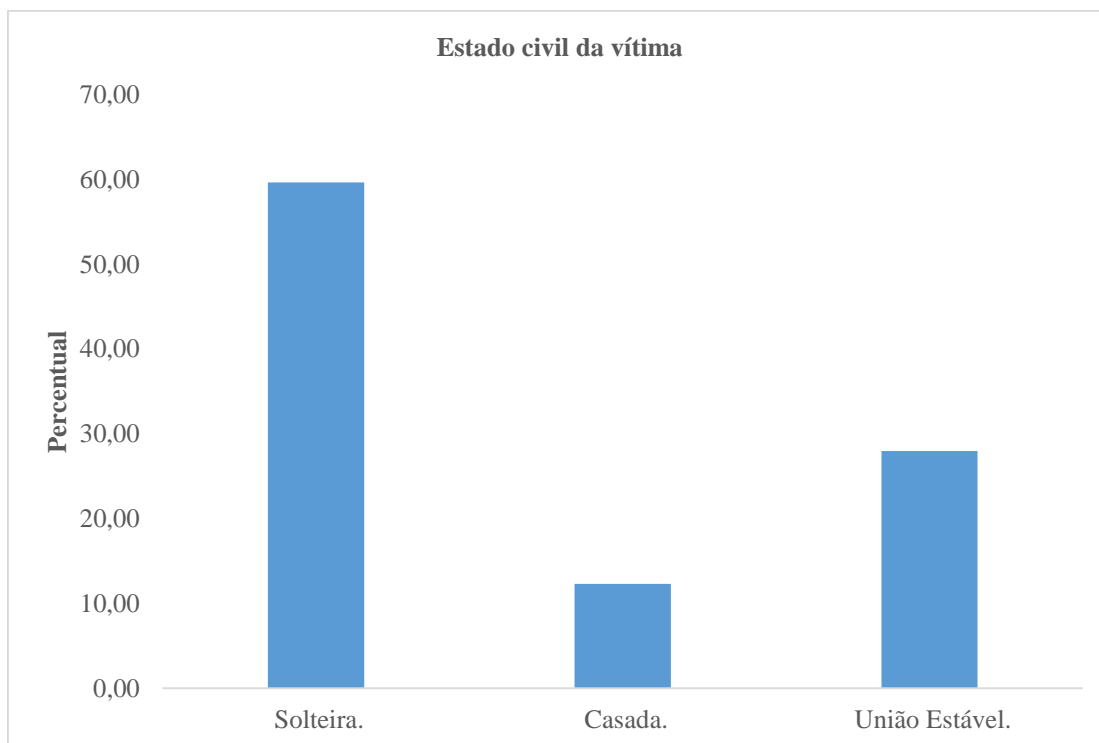


**Fonte:** Dados da pesquisa (2021).

A maioria das vítimas de agressão não eram casadas, sendo 179 solteiras, 84 em união estável e 37 casadas (Figura 6). Em relação à situação ocupacional, a maioria das vítimas possuíam emprego, sendo em número de 183 e outras 29 trabalhadores do lar. Ainda, 69 eram desempregadas, 16 estudantes e 3 aposentadas. Os percentuais da situação ocupacional podem

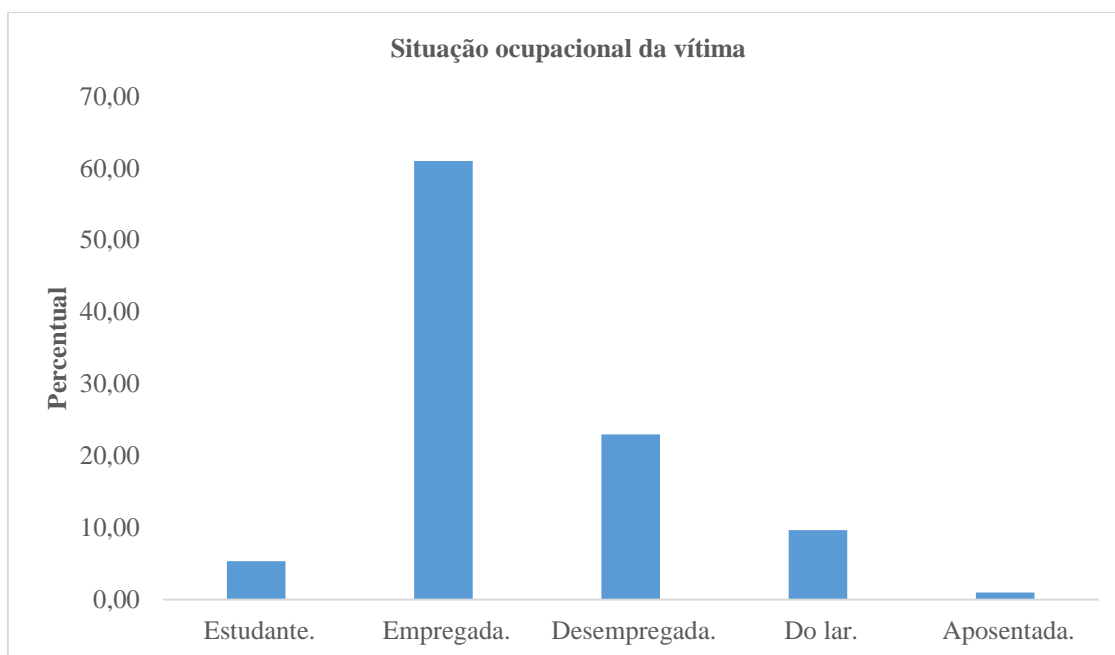
ser observados na Figura 7. O ano em que ocorreu a agressão pode ser visualizado na Tabela 5 e o mês da agressão na Tabela 6.

**Figura 6.** Estado civil da vítima



**Fonte:** Dados da pesquisa (2021).

**Figura 7.** Situação ocupacional da vítima



**Fonte:** Dados da pesquisa (2021).



**Tabela 5.** Ano de ocorrência da agressão

Ano de ocorrência	%
2010	11,00
2011	10,33
2012	9,67
2013	7,33
2014	16,33
2015	11,67
2016	7,67
2017	9,00
2018	10,67
2019	6,33

Fonte: Dados da pesquisa (2021).

**Tabela 6.** Mês de ocorrência da agressão

Mês de ocorrência	%
Janeiro	13,00
Fevereiro	10,67
Março	5,67
Abril	6,33
Mai	7,00
Junho	9,67
Julho	9,33
Agosto	5,67
Setembro	9,33
Outubro	6,67
Novembro	5,33
Dezembro	11,33

Fonte: Dados da pesquisa (2021).

O tipo de agressão sofrida mais prevalente foi através de força física direta (socos, chutes, mordidas, puxões), equivalendo a 59,67% dos casos, seguido por força física indireta (pedrada, garrafada, paulada) 22,33%. A utilização de armas brancas e armas de fogo foram equivalentes a 6,33% e 1%, respectivamente, na população geral do estudo. A prática da esganadura ocorreu em 10,67% dos casos. A região anatômica da lesão mais frequente foi a região nasal, seguido da órbita e o tipo de lesão ocasionada na vítima com maior frequência foi do tipo contundente. A lista completa das regiões mais afetadas, o tipo de agressão por região anatômica e o tipo de lesão geral podem ser visualizadas na Tabela 7, 8 e 9 respectivamente.

**Tabela 7.** Região anatômica da lesão na vítima

Região anatômica	%
Frontal.	1,33
Orbital.	21,67
Nasal.	30,67
Malar.	2,00
Zigomática.	14,33
Mandibular.	5,67
Maxilar.	4,00
Dentária.	12,33
Lábio.	8,00

Fonte: Dados da pesquisa (2021).

**Tabela 8.** Tipo de agressão sofrida por região anatômica

Região anatômica	Tipo de agressão				
	Força física direta	Força física indireta	Arma branca	Arma de fogo	Esganadura
Frontal	2,20%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Orbita	15,10%	28,40%	31,60%	0,00%	40,60%
Nasal	29,60%	34,30%	0,00%	0,00%	46,90%
Malar	2,20%	0,00%	10,50%	0,00%	0,00%
Zigomática	15,10%	20,90%	0,00%	0,00%	12,50%
Mandibular	8,90%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Maxilar	5,00%	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%
Dentária	14,50%	7,50%	31,60%	0,00%	0,00%
Lábio	7,30%	9,00%	26,30%	0,00%	0,00%
Total	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Fonte: Dados da pesquisa (2021).

**Tabela 9.** Tipo de lesão ocasionada na vítima

Tipo de lesão	%
Físico-químico.	0,67
Contundente.	51,33
Cortante.	6,67
Perfurocortante.	9,33
Cortocontundente.	15,67
Cortocontuso.	16,33

Fonte: Dados da pesquisa (2021).

A maior seqüela registrada foi de dano à integridade da vítima, com 64,67%, seguido por deformidade permanente (29%), debilidade funcional permanente (5,67%) e incapacidade ocupacional em dois casos (0,67%). Quando avaliado o tipo de agressão, em função da idade da vítima, percebe-se que todos os tipos de agressão ocorreram na faixa etária de mulheres com

idade entre 21 a 40 anos. Destaca-se, ainda, que quando vítimas de arma branca, todas as mulheres tinham entre 21 e 30 anos, e quando vítimas de arma de fogo, a maioria (66,70%) tinha entre 31 e 40 anos, conforme pode-se observar na Tabela 10. Na Tabela 11 é apresentada a distribuição dos tipos de agressão em função do tipo de sequela ocasionada. Nota-se que para todos os tipos de agressão, o dano à integridade foi a sequela que mais marcou a vítima. Na Tabela 12 é apresentada a combinação entre o tipo agressão com o tipo de lesão ocasionada.

**Tabela 10.** Tipo de agressão sofrida por faixa etária da vítima

Faixa Etária	Tipo de agressão				
	Força física direta	Força física indireta	Arma branca	Arma de fogo	Esganadura
Até 20 anos	16,80%	13,40%	0,00%	0,00%	0,00%
21 a 30 anos	42,50%	53,70%	100,00%	33,30%	40,60%
31 a 40 anos	28,50%	20,90%	0,00%	66,70%	25,00%
41 a 50 anos	8,90%	7,50%	0,00%	0,00%	12,50%
51 a 60 anos	3,40%	3,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Mais de 60 anos	0,00%	1,50%	0,00%	0,00%	3,10%
Total	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

**Fonte:** Dados da pesquisa (2021).

**Tabela 11.** Tipo de agressão sofrida por sequela

Sequela	Tipo de agressão				
	Força física direta	Força física indireta	Arma branca	Arma de fogo	Esganadura
Dano à integridade	60,90%	79,10%	57,90%	100,00%	53,10%
Debilidade funtional permanente	9,50%	0,00%	15,80%	0,00%	18,80%
Deformidade permanente	28,50%	20,90%	26,30%	0,00%	28,10%
Incapacidade ocupacional	1,10%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Total	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

**Fonte:** Dados da pesquisa (2021).

**Tabela 12.** Tipo de agressão sofrida por tipo de lesão

Tipo de lesão	Tipo de agressão				
	Força física direta	Força física indireta	Arma branca	Arma de fogo	Esganadura
Físicoquímico	1,10%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Contudente	52,00%	50,70%	36,80%	0,00%	68,80%
Cortante	10,10%	0,00%	5,30%	0,00%	0,00%
Perfurocortante	11,20%	4,50%	26,30%	0,00%	0,00%
Cortocontudente	11,20%	32,80%	0,00%	0,00%	12,50%
Cortocontuso	14,50%	11,90%	31,60%	100,00%	18,80%
Total	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

## DISCUSSÃO

A violência praticada por parceiros íntimos, muitas vezes denominada como violência doméstica, por esta ocorrer com grande frequência dentro do lar, é um tema de fundamental discussão, ainda nos dias atuais (ACOSTA et al., 2013). Tal evento possui uma diversidade muito grande de fatores que podem estar relacionados com a sua ocorrência, como escolaridade, idade, cor/raça, escolaridade, renda, dentre outros (TAQUETTE, 2007; ZART & SCORTEGAGNA, 2015; CARRIJO & MARTINS, 2020). Reconhecendo a importância da discussão acerca da problemática apresentada, o presente estudo analisou laudos de exames de corpo de delito em busca de associações entre determinadas características das vítimas e dos agressores e a ocorrência da violência.

A faixa etária das vítimas é, geralmente, um fator que pode estar associado à ocorrência da violência. Adolescentes e adultos jovens estão em uma faixa etária comumente relatada como vítima de violência doméstica. É um período em que mudanças físicas, sexuais, e emocionais estão ocorrendo, onde a maturidade não está totalmente estabelecida e desequilíbrios nas relações afetivas podem favorecer à violência que, muitas vezes, não é nem percebida claramente pela vítima (TAQUETTE, 2007). Já, entre mulheres idosas, geralmente, em situação de carência afetiva e de saúde, também são estão sujeitas à violência doméstica. Sendo um grupo em que a violência pode gerar perdas na estrutura física e mental, de maneira irremediável e irreversível, em razão da faixa etária mais avançada.

No presente estudo foi identificado que as ocorrências das agressões não foram nos extremos de faixa etária, como pode ser observado na Figura 1. Há um aumento na prevalência conforme a idade da mulher foi aumentando, atingindo seu ápice na faixa etária entre 21 e 30 anos, após os 30 anos uma diminuição gradativa até poucas ocorrências acima de 60 anos. É importante ressaltar a limitação do estudo em buscar apenas o registro efetivo da denúncia. Sabe-se que grupos mais vulneráveis como idosos e adolescente podem não ter discernimento da violência sofrida ou, muitas vezes, estarem em situação de dependência emocional e econômica, em relação ao companheiro, o que pode gerar um tempo considerável para que haja reação em denunciar pelos meios legais (LEI MARIA DA PENHA, 2006; TAQUETTE, 2007; CAPALDI et al., 2012).

Quando avaliado o local onde a vítima residia e o local onde a agressão ocorreu, é possível observar que a maior parte se deu na capital do estado (Figura 2 e 3), seguido de outra importante cidade da região metropolitana. Tal resultado pode abrir diferentes interpretações. Uma delas é pela amostra de conveniência, onde a coleta se deu em um instituto médico da

capital e, devido a isso, a maior parte dos casos registrados tenham sido do próprio local. Em outros casos, a maior concentração de registros em capitais pode indicar uma maior facilidade de acesso da população em realizar a denúncia pela presença de delegacias especializadas e políticas públicas específicas (TAVARES et al., 2015). Diferentes de cidades menores que carecem de políticas e órgãos específicos para atender a mulher vítima de violência (MACHADO et al., 2020).

É importante ressaltar que a falta de uma unidade física especializada não deve ser fator dificultador para a denúncia, uma vez que, atualmente, existem diversos canais em que a denúncia pode ser feita (MACHADO et al., 2020). O Ligue 180 é um exemplo de central de atendimento à mulher disponibilizado pelo Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos que funciona 24h por dia, que, além de receber denúncias de violência, é responsável também por encaminhar o conteúdo dos relatos aos órgãos competentes e de acompanhar o andamento dos processos. O Ligue 180 também oferece orientações às mulheres em situação de violência, informando-a sobre seus direitos, as legislações vigentes sobre o assunto e redes de atendimento e acolhimento. Atualmente, além desse serviço as denúncias podem ser realizadas através do aplicativo Direitos Humanos Brasil, disponível no *website* da Ouvidoria Nacional de Direitos Humanos, onde a denúncia pode ser realizada através de um *chat online*. Adicionalmente, o Ministério disponibiliza um canal de comunicação com a equipe da Central de Atendimento à Mulher, do Ligue 180, pelo aplicativo do *Telegram*, por meio de busca utilizando-se o termo “Direitos Humanos Brasil” dentro do aplicativo.

A escolaridade, uma outra variável avaliada nesse estudo, exibida na Tabela 1, mostrou que aproximadamente 85% das vítimas possuíam baixa escolaridade até o ensino fundamental. Sabe-se que é comum o baixo nível educacional estar relacionado com a carência de informação, o que dificulta as mulheres de lidarem com a situação de violência (ACOSTA et al., 2013.) A baixa escolaridade representa, constantemente, uma dificuldade de inserção a bons empregos pelas mulheres, o que leva a baixa remuneração, baixa qualidade de vida e autoestima (ZART & SCORTEGAGNA, 2015). Esse conjunto de dificuldades cria uma relação de dependência, tanto financeira, quanto emocional com o parceiro agressor. Foi observado, ainda, na Tabela 1, que a partir do ensino fundamental incompleto, conforme a instrução educacional aumentou, o registro de violência diminuiu. Isso pode estar relacionado, tanto com as melhores condições e capacidade de a mulher de se livrar dos maus-tratos, tendo maior chance de independência financeira e melhor autoestima, ou pode estar relacionado, também, com uma subnotificação nesse grupo (ZART & SCORTEGAGNA, 2015).

Na Tabela 2, na qual são apresentados os dados acerca do grau de escolaridade do agressor, é exibido que, provavelmente, ou haja uma tendência de que quanto maior à instrução, menor à tendência do homem, sexo mais prevalente na prática (Figura 4), realizar a agressão contra a mulher ou também pode haver subnotificação nos estratos de onde a vítima/agressor possuam maior instrução educacional. No entanto, uma ampla e contínua campanha contra a violência deve ser realizada pelo poder público, bem como a aplicação rigorosa da lei, para que esse tipo de ocorrência venha a diminuir, independentemente da instrução educacional da vítima ou agressor. Tal fato também é relatado no estudo de Madureira et al. (2014), onde estudou-se o perfil de homens autores de violência contra mulher e foi achado que há uma alta prevalência de indivíduos com baixa escolaridade, semelhante com o presente estudo. Também se encontrou no estudo que próximo de 10% eram analfabetos e cerca de 80% possuíam até o ensino fundamental, seguido por 7,7% que apresentavam o ensino médio e apenas 2,3% possuíam o ensino superior completo.

Quando se discute a instrução educacional, no Brasil essa se confunde, muitas vezes, com a cor da pele. Sendo os negros uma população que historicamente sofre com o racismo, ocupando posições no mercado de trabalho economicamente inferiores e protagonizando estatísticas de baixos índices de escolaridade (DIEESE, 2007; CARRIJO & MARTINS, 2020). No presente estudo, a maior prevalência foi de vítimas pardas, com cerca 50%, sendo as vítimas pretas cerca de 30% (Figura 5). No estudo do DIEESE intitulado “Escaridade e Trabalho: desafios para a população negra nos mercados de trabalho metropolitanos” foi considerado a divisão de perfil populacional entre negros e não negros, sendo os negros englobando pardos e pretos. Caso esse critério fosse seguido no presente estudo, teríamos cerca de 80% das vítimas classificadas como negras.

Apesar da perpetração da violência ser comumente atribuída ao parceiro, a maior parte das vítimas não eram casadas, cerca de 60% das vítimas eram solteiras, cerca de 28% em situação de união estável e cerca de 12% casadas (Figura 6). Tal resultado poderia indicar que vítimas solteiras, ainda namorando e provavelmente em estágio inicial de relacionamento estariam mais sujeitas à violência, mas ao mesmo tempo teriam mais facilidade de se desvencilhar da situação praticada pelo namorado, enquanto vítimas em união estável ou já casadas podem viver situação de dependência emocional e financeira, causando uma subnotificação nos casos de violência contra a mulher (SOUZA & DA ROS, 2006; ZART & SCORTEGAGNA, 2015). É importante ressaltar, ainda, o elevado índice de ocorrências praticadas por ex-maridos e ex-companheiros (Tabela 3), em que, geralmente, a mulher chega a denunciar o parceiro ou ex-parceiro e falha no processo policial ou judicial permite que o ex-

parceiro cometa o delito, mesmo após denúncia (SOUZA & DA ROS, 2006; LEVY, 2010), inclusive os casos onde houve envolvimento de arma de fogo se deu por esse tipo de vínculo. Assim como no estudo de Boyes & Fan (2019), a agressão é mais comum pelo parceiro atual (marido/companheiro ou namorado). O tipo de agressão mais prevalente achado por Boyes & Fan (2019) foi o soco, classificado em nosso estudo como uma força física direta, muito prevalente temente cometida pelo namorado. Já o uso de objetos como facas e lâmpadas foi o segundo método de agressão mais utilizado no estudo de Boyes & Fan, (2019). Na presente pesquisa, o uso de armas brancas e de força física indireta foram classificados de maneira distinta, sendo a força física indireta mais prevalente de ser realizada pelo marido e o uso de arma branca por ex-marido (Tabela 4).

Ainda foi possível observar que a maior parte das vítimas eram empregadas (Figura 7), o que pode causar a falsa impressão de contradição, uma vez que diversos relatos indicam uma situação de dependência financeira. A partir disso, dois pontos podem ser discutidos: o fato de a mulher ser empregada não indica necessariamente condição de independência financeira, uma vez que muitos casos podem se tratar de subempregos; o segundo ponto é que, por possuir emprego, talvez estas não possuam a tão citada dependência financeira do parceiro, o que encoraja a denúncia e, conseqüentemente, o maior registro apresentado nesse estudo.

A distribuição das ocorrências ao longo dos anos pode ser um indicativo que as políticas de prevenção e combate à violência contra a mulher estejam sendo efetivas. No presente estudo os resultados indicam que esse índice tem flutuado ao longo dos anos, não exibindo uma tendência clara de regressão (Tabela 5). Quando avaliado dentro dos meses (Tabela 6), também não foi observado prevalência em determinado mês. Como o presente estudo avaliou até o ano de 2019, não adentraram dados de 2020, ano em que o mundo sofreu com a pandemia da COVID-19. Existem evidências de que o isolamento dentro do lar tenha, infelizmente, aumentado nesse período, onde maridos e mulheres enfrentaram mais problemas financeiros, familiares, com filhos presentes em casa sem estudar, problemas de saúde e em coexistência forçada no lar (CAMPOS et al., 2020; MARQUES et al., 2020; VIEIRA et al., 2020). Trabalhos futuros que englobem o ano de 2020, provavelmente serão mais efetivos em nos dar respostas sobre o atual cenário no combate à violência contra a mulher.

Adicionalmente, é necessário o apoio físico e psicológico à vítima, onde as marcas da agressão, comumente afetando a face, como apresentado nas Tabelas 7, 8 e 9, podem perdurar por muito tempo ou ser permanente, causando sentimento de vergonha e baixa autoestima à vítima (COSTA et al., 2014; RODRIGUES et al., 2019). Diferente de outros relatos (BERNARDINO et al., 2017; BOYES & FAN, 2019; YAMAMOTO et al., 2019), o presente

estudo ainda evidenciou grande prevalência de trauma na região nasal e de órbita. A região nasal foi atingida em 29,60% nos casos de força física direta, 34,30% de força física indireta e em 49,9% dos casos de esganadura. Enquanto a região de órbita com 15,10% dos casos de força física direta, 28,40% dos casos de força física indireta, 31,60% dos casos ocorridos com arma branca e 40,60% dos casos em que houve esganadura. A região mandibular, por sua vez, apresentou pouca repercussão, sendo apenas evidenciada com menos de 10% dentre os casos de força física direta.

Em relação ao tipo de lesão em função do tipo de agressão, mais da metade das lesões foram do tipo contundente, corroborando com os dados de Yamamoto et al., (2019). Adicionalmente, ressalta-se que a faixa etária por volta dos 21-30 anos, de acordo com nossos resultados parece estar mais sujeita a todas as modalidades de ataque, seja por força física direta, indireta, armas brancas, armas de fogo ou esganadura, como demonstrado na Tabela 10. Esse fato se assemelha, também, ao estudo de Yamamoto et al., (2019), em que 74.3% dos participantes que sofreram danos maxilofaciais possuíam faixa etária próxima (10-29).

Observando os dados das Tabelas 11 e 12 vê-se uma grande prevalência de dano à integridade da vítima de violência. Tal agressão, corriqueiramente, deixa marcas no corpo da vítima onde o profissional de saúde, dentre eles o cirurgião-dentista precisa estar treinado a reconhecer lesões que possam indicar um paciente vítima de violência doméstica (SILVA et al., 2010). É importante ressaltar, ainda, que a notificação dos casos de violência contra a mulher, tanto atendidas no âmbito público, quanto privado é compulsória (Lei 10.778/2003), devendo o profissional preencher ficha do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) e, de maneira sigilosa, por meio dos códigos CID-10 T74, encaminhar à autoridade competente. Dessa maneira e, de acordo com nossos resultados, é importante realizar não somente um exame clínico intraoral minucioso, onde lesões dentárias podem ser identificadas, mas também extraoral, onde sinais de esganadura na região de pescoço, lesões contundentes, cortantes, contusas e variações nas regiões mais comumente afetadas como nariz, órbita, zigomática, maxilar, mandibular e labial podem indicar uma paciente vítima de agressão doméstica.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O estudo desenvolvido procurou investigar o perfil sociodemográfico de mulheres vítimas de violência perpetrada por parceiro íntimo e a repercussão dessa violência na face. Tal abordagem, mesmo que retrospectiva, contribui para identificar pontos específicos que



precisam ser melhorados e focados pelo poder público no combate a este crime. O público de jovens adultas deve receber atenção especial nas políticas de combate à violência, uma vez que parece ser o público mais prevalente no objeto desse estudo. Além disso, campanhas de incentivo para a denúncia devem ser estimuladas entre adolescentes e idosos onde uma subnotificação pode existir, principalmente entre mulheres casadas ou em união estável.

A implementação de unidades físicas especializadas no acolhimento de mulheres vítimas da violência, aliada à ampla divulgação e integração com os canais de atendimento via telefone e *online* podem criar um mutualismo entre tais ferramentas, potencializando o alcance e efetividade destas. Deve haver, também, uma política de integração para o rápido acolhimento ou encaminhamento quando da necessidade de atendimento médico, uma vez que as lesões, principalmente na face, podem deixar marcas perenes se não adequadamente tratadas. Tais marcas podem, ainda, perturbar psicologicamente a mulher, mesmo após esta desvencilhar-se da situação de violência, pois tem potencial de mexer com a autoestima da pessoa, além de servir como uma lembrança constante da situação vivida no passado.

As Políticas de Promoção da Saúde que favoreçam melhor distribuição de renda e melhores condições de trabalho podem contribuir para a diminuição de tais ocorrências ao manumitir as mulheres de uma posição de dependência financeira e psicológica do seu companheiro, favorecendo a tomada de decisão para a denúncia e libertação da situação de submissão. Nesse quesito inclui-se, também, políticas de inclusão racial, haja visto que, ainda, os não-brancos são os que mais ocupam posições de subemprego.

O incentivo à escolaridade permanente, que parece corroborar, tanto para a identificação da situação de subordinação, quanto para a obtenção de melhores condições de emprego futuro, se faz necessário. É importante ressaltar que tais políticas aqui sugeridas contribuem, não somente para desvencilhar a vítima da situação de agressão, mas também para o próprio agressor, que ao possuir maior instrução educacional, pode diminuir, mas infelizmente não elimina, as chances da prática da violência.

## **REFERÊNCIAS**

Acosta DF, Gomes, VLO, Barlem, ELD. Perfil das ocorrências policiais de violência contra a mulher. *Acta paul. enferm.*, São Paulo, 2013;26(6):547-553.

Bernardino IM, Barbosa KGN, Nóbrega LM, Cavalcante GMS, Ferreira EF, d'Ávila S. Violência interpessoal, circunstâncias das agressões e padrões dos traumas maxilofaciais na região metropolitana de Campina Grande, Paraíba, Brasil (2008-2011). *Ciência & Saúde Coletiva*. 2017; 22(9), 3033-3044.

Bott S, Guedes A, Ruiz-Celis AP, Mendoza JA. Intimate partner violence in the Americas: a systematic review and reanalysis of national prevalence estimates. *Rev Panam Salud Publica*. 2019 Mar 20;43: e26.

Boyes H, Fan K. Maxillofacial injuries associated with domestic violence: experience at a major trauma centre. *Br J Oral Maxillofac Surg*. 2019 Dec 14. pii: S0266-4356(19)30746-6.

Brasil, Lei nº. 11.340, de 7 de agosto de 2006, (Lei Maria da Penha).

Campos B, Tchalekian B & Paiva V. Violência contra a mulher: vulnerabilidade programática em tempos de sars-cov-2/ covid-19 em São Paulo. *Psicologia & Sociedade*, 2020; 32, e020015.

Capaldi, D. M., Knoble, N. B., Shortt, J. W., & Kim, H. K. A systematic review of risk factors for intimate partner violence. *Partner Abuse*, 2012; 3, 231– 280. doi:10.1891/1946-6560.3.2.231

Carneiro JB, Gomes NP, Campos LM, Silva AF, Cunha KS, Costa DMSC. Understanding marital violence: a study in grounded theory. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2019;27:e3185.

Carrijo C, Martins PA. A violência doméstica e racismo contra mulheres negras. *Rev. Estud. Fem.*, Florianópolis, 2020;28(2):e60721.

Costa MC, Cavalcante GM, Nóbrega LM, Oliveira PA, Cavalcante JR, d'Avila S. Facial traumas among females through violent and non-violent mechanisms. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2014 May-Jun;80(3):196-201.

Devries KM, Mak JY, García-Moreno C, Petzold M, Child JC, Falder G, Lim S, Bacchus LJ, Engell RE, Rosenfeld L, Pallitto C, Vos T, Abrahams N, Watts CH. Global health. The global prevalence of intimate partner violence against women. *Science*. 2013 Jun 28;340(6140):1527-8.

DIEESE – Departamento Intersindical de Estatísticas e Estudos Socioeconômicos. *Escaridade e Trabalho: desafios para a população negra nos mercados de trabalho metropolitanos*. Ano 3, n. 37, Nov 2007.

Evans DP, Shojaie DZ, Sahay KM, DeSousa NW, Hall CD, Vertamatti MAF. Intimate Partner Violence: Barriers to Action and Opportunities for Intervention Among Health Care Providers in São Paulo, Brazil. *J Interpers Violence*. 2019 Oct 14:886260519881004.

Levy SD. A continuidade pós-separação: necessidades comuns aos ex-cônjuges e seus filhos. *Estud. pesqui. psicol.*, Rio de Janeiro, 2010;10(3):650-663.

Machado DF, Almeida MAS, Dias A, Bernardes JM, Castanheira ERL. Violência contra a mulher: o que acontece quando a Delegacia de Defesa da Mulher está fechada? *Ciênc. Saúde Colet*. Feb. 2020; 25(2): 483-494.

Madureira AB, Raimondo ML, Ferraz MIR, Marcovicz GV, Labronici LM, Mantovani MF. Perfil de homens autores de violência contra mulheres detidos em flagrante: contribuições para o enfrentamento. *Escola Anna Nery*, 2014; 18(4), 600-606.

Marques ES, Moraes CL, Hasselmann MH, Deslandes SF, Reichenheim ME. A violência contra mulheres, crianças e adolescentes em tempos de pandemia pela COVID-19: panorama, motivações e formas de enfrentamento. *Cad. Saúde Pública.*, 2020; 36(4) e00074420.

Mello Filho FV, Ricz H. Epidemiological modifications of facial trauma and its implications. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2014 May-Jun;80(3):187-8.

Rodrigues LG, Barbosa KGN, Silva CJP, Alencar GP, D'avila S, Ferreira EFE, Ferreira RC. Trends of maxillofacial injuries resulting from physical violence in Brazil. *Dent Traumatol.*, 2020 Feb;36(1):69-75.

Silva RF, Prado MM, Garcia RR, Daruge-Júnior E, Daruge E. Atuação profissional do cirurgião-dentista diante da Lei Maria da Penha. *RSBO (Online)*. 2010;7(1):pp. 110-116. ISSN 1984-5685.

Souza PA, Da Ros MA. Os motivos que mantêm as mulheres vítimas de violência no relacionamento violento. *Revista de Ciências Humanas.* 2006 Out;40: 509-527.

Taquette SR. *Violência contra a mulher adolescente-jovem – Rio de Janeiro: EdUERJ, 2007. 200p*

Tavares MS. Roda de Conversa entre mulheres: denúncias sobre a Lei Maria da Penha e descrença na justiça. *Rev. Estud. Fem., Florianópolis*, 2015;23(2): p. 547-559.

Vieira PR, Garcia LM, Maciel ELN. Isolamento social e o aumento da violência doméstica: o que isso nos revela? *Rev. bras. Epidemiol.*, 2020; 23: e200033.

Yamamoto K, Matsusue Y, Horita S, Murakami K, Sugiura T, Kirita T. Maxillofacial Fractures Associated with Interpersonal Violence. *J Craniofac Surg.* 2019 Jun;30(4):e312-e315.

WAISELFISZ, J. J. Mapa da violência 2015: homicídio de mulheres no Brasil. Brasília, 2015. Zart L, Scortegagna AS. Perfil sociodemográfico de mulheres vítimas de violência doméstica e circunstâncias do crime. *PERSPECTIVA, Erechim.* 2015;39(148): 85-93.

## 5. NORMAS DO ARTIGO 1

### REVISTA DE ODONTOLOGIA DA UNESP - INSTRUÇÕES AOS AUTORES

#### Escopo e política

A Revista de Odontologia da UNESP tem como missão publicar artigos científicos inéditos de pesquisa básica e aplicada que constituam avanços do conhecimento científico na área de Odontologia, respeitando os indicadores de qualidade. A ROU é uma revista de acesso aberto que utiliza a Creative Commons Attribution (CCBY) nos artigos publicados. Esta licença permite que os artigos possam ser reutilizados, sem permissão, para qualquer finalidade desde de que os autores e fonte

#### ~~REQUISITOS EXIGIDOS PARA A APRESENTAÇÃO DOS ARTIGOS~~

Os artigos enviados para publicação devem ser inéditos e não ter sido submetidos simultaneamente a outro periódico. A Revista de Odontologia da UNESP reserva-se todo o direito autoral dos trabalhos publicados, inclusive tradução, permitindo, entretanto, a sua posterior reprodução como transcrição com a devida citação da fonte.

- Podem ser submetidos artigos escritos em português ou inglês. O texto em inglês, após aceito para publicação, deverá ser submetido a uma revisão gramatical do idioma por empresa reconhecida pela Revista.

- A Revista de Odontologia da UNESP tem publicação bimestral e tem o direito de submeter todos os artigos a um corpo de revisores, totalmente autorizados para decidir pela aceitação, ou para devolvê-los aos autores com sugestões e modificações no texto, e/ou para adaptação às regras editoriais da revista.

- Os conceitos afirmados nos trabalhos publicados são de inteira responsabilidade dos autores, não refletindo obrigatoriamente a opinião do Editor Científico. A ~~auditoria~~ ~~do~~ ~~artigo~~, bem como sua aprovação, devem constar na publicação.

#### CRITÉRIOS DE ANÁLISE DOS ARTIGOS

- Todos os artigos são avaliados, antes de serem enviados aos pareceristas, em software para detecção de plágio. A revista considera inaceitável a prática de plágio. Quando detectado por software a ocorrência de plágio os autores serão informados, com a apresentação do relatório gerado pelo programa utilizado. A revista utiliza o *software Turnitin* para detecção de plágio. O artigo será imediatamente rejeitado para publicação.

- Os artigos que estiverem de acordo com as normas são avaliados por um Editor de Área, que o encaminha ao Editor Científico para uma análise quanto à adequação ao escopo e

quanto a critérios mínimos de qualidade científica e de redação. Depois da análise, o Editor Científico pode recusar os artigos, com base na avaliação do Editor de Área, ou encaminhá-los para avaliação por pares.

- Os artigos aprovados para avaliação pelos pares são submetidos à análise quanto ao mérito e método científico por, no mínimo, dois revisores; mantendo-se sigilo total das identidades dos autores.

- Quando necessária revisão, o artigo é devolvido ao autor correspondente para as alterações, mantendo-se sigilo total das identidades dos revisores. A versão revisada é ressubmetida, pelos autores, acompanhada por uma carta resposta (*cover letter*), explicando cada uma das alterações realizadas no artigo a pedido dos revisores. As sugestões que não forem aceitas devem vir acompanhadas de justificativas convincentes. As alterações devem ser destacadas no texto do artigo em negrito ou em outra cor. Quando as sugestões e/ou correções forem feitas diretamente no texto, recomendam-se modificações nas configurações do Word, para que a identidade do autor seja preservada. O artigo revisado e a carta resposta são, inicialmente, avaliados pelo Editor Científico, que os envia aos revisores, quando solicitado.

- Nos casos de inadequação da língua portuguesa ou inglesa, uma revisão técnica por um especialista é solicitada aos autores.

- Nos casos em que o artigo for rejeitado por um dos dois revisores, o Editor Científico decide sobre seu envio para a análise de um terceiro revisor.

Nos casos de dúvida sobre a análise estatística, esta é avaliada pelo estatístico consultor da revista.

### **CORREÇÃO DAS PROVAS DOS ARTIGOS**

- A prova final dos artigos é enviada ao autor correspondente através de e-mail com um link para baixar o artigo diagramado em PDF para aprovação final.

- O autor dispõe de um prazo de 72 horas para correção e devolução do original devidamente revisado, se necessário.

- Se não houver retorno da prova em 72 horas, o Editor Científico considera como final a versão sem alterações, e não são mais permitidas maiores modificações. Apenas pequenas modificações, como correções de ortografia e verificação das ilustrações, são aceitas. Modificações extensas implicam a reapreciação pelos revisores e atraso na publicação do artigo.

- A inclusão de novos autores não é permitida nessa fase do processo de publicação.

- A revista tem rigorosa atenção com as normas éticas para realização de pesquisas em animais e em humanos. Os certificados dos Comitês de ética em animais

e humanos deverão ser apresentados no momento da submissão do artigo. Em caso de dúvida na documentação apresentada, a revista poderá negar o artigo.

### **Forma e preparação de manuscritos**

#### **SUBMISSÃO DOS ARTIGOS**

Todos os manuscritos devem vir, obrigatoriamente, acompanhados da **Carta de Submissão**, do **Certificado do Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição**, como também da **Declaração de Responsabilidade/Transferência de Direitos Autorais** e da **Declaração de Conflito de Interesse** (documento explicitando presença ou não de conflito de interesse que possa interferir na imparcialidade do trabalho científico) assinada pelo(s) autor(es) (modelos anexos).

O manuscrito deve ser enviado em dois arquivos: um deles deve conter somente o título do trabalho e respectivos autores; o outro, o artigo completo sem a identificação dos autores. A revista cobra a taxa de R\$ 450,00 por artigo aceito para publicação. Não há taxa de avaliação de artigos.

Os direitos autorais dos artigos aceitos para a publicação permanecem com os

#### **PREPARAÇÃO DO ARTIGO**

Deverão ser encaminhados a revista os arquivos:

1. página de identificação
2. Artigo
3. Ilustrações
4. carta de submissão
5. cópia do certificado da aprovação em Comitê de Ética, **Declaração de Responsabilidade/Transferência de Direitos Autorais e Declaração de Conflito de Interesse.**

#### **Página de identificação**

A página de identificação deve conter as seguintes informações:

- títulos em português e em inglês devem ser concisos e refletir o objetivo do estudo.
- nomes por extenso dos autores (sem abreviatura), com destaque para o sobrenome (em negrito ou em maiúsculo) e na ordem a ser publicado; nomes da instituição aos quais são afiliados (somente uma instituição), com a respectiva sigla da instituição (UNESP, USP, UNICAMP, etc.); cidade, estado (sigla) e país (Exemplo: Faculdade de Odontologia, UNESP Univ - Estadual Paulista, Araraquara, SP, Brasil). Os autores deverão ser de no máximo 5 (cinco). Quando o estudo for desenvolvido por um número maior que 5 pesquisadores, deverá ser enviada justificativa, em folha separada, com a descrição da participação de todos os

autores. A revista irá analisar a justificativa baseada nas diretrizes do "International Committee of Medical Journal Editors", disponíveis em [http://www.icmje.org/ethical\\_1author.html](http://www.icmje.org/ethical_1author.html).

- endereço completo do autor correspondente, a quem todas as correspondências devem ser endereçadas, incluindo telefone, fax e e-mail;
- e-mail de todos os autores.

### **Artigo**

O texto, incluindo resumo, abstract, tabelas, figuras e referências, deve estar digitado no formato .doc, preparado em Microsoft Word 2007 ou posterior, fonte Times New Roman, tamanho 12, espaço duplo, margens laterais de 3 cm, superior e inferior com 2,5 cm, e conter um total de 20 laudas. Todas as páginas devem estar numeradas a partir da página de identificação.

### **Resumo e Abstract**

O artigo deve conter RESUMO e ABSTRACT precedendo o texto, com o máximo de 250 palavras, estruturado em seções: introdução; objetivo; material e método; resultado; e conclusão. Nenhuma abreviação ou referência (citação de autores) deve estar presente.

### **Descritores/Descriptors**

Indicar os Descritores/Descriptors com números de 3 a 6, identificando o conteúdo do artigo, e mencioná-los logo após o RESUMO e o ABSTRACT.

Para a seleção dos Descritores/Descriptors, os autores devem consultar a lista de assuntos do MeSH Data Base (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh>) e os Descritores em Ciências da Saúde - DeCS (<http://decs.bvs.br/>).

Deve-se utilizar ponto e vírgula para separar os descritores/descriptors, que devem ter a primeira letra da primeira palavra em letra maiúscula. Exemplos: Descritores: Resinas compostas; dureza. Descriptors: Photoelasticity; passive fit.

### **Introdução**

Explicar precisamente o problema, utilizando literatura pertinente, identificando alguma lacuna que justifique a proposição do estudo. No final da introdução, estabelecer a hipótese a ser avaliada.

### **Material e método**

Apresentar com detalhes suficientes para permitir a confirmação das observações e possibilitar sua reprodução. Incluir cidade, estado e país de todos os fabricantes, depois da

primeira citação dos produtos, instrumentos, reagentes ou equipamentos. Métodos já publicados devem ser referenciados, exceto se modificações tiverem sido feitas. No final do capítulo, descrever os métodos estatísticos utilizados.

### **Resultado**

Os resultados devem ser apresentados seguindo a sequência do Material e método, com tabelas, ilustrações, etc. Não repetir no texto todos os dados das tabelas e ilustrações, enfatizando somente as observações importantes. Utilizar o mínimo de tabelas e de ilustrações possível.

### **Discussão**

Discutir os resultados em relação à hipótese testada e à literatura (concordando ou discordando de outros estudos, explicando os resultados diferentes). Destacar os achados do estudo e não repetir dados ou informações citados na introdução ou nos resultados. Relatar as limitações do estudo e sugerir estudos futuros.

### **Conclusão**

A(s) conclusão(ões) deve(m) ser coerentes com o(s) objetivo(s), extraídas do estudo, não repetindo simplesmente os resultados.

### **Agradecimentos**

Agradecimentos às pessoas que tenham contribuído de maneira significativa para o estudo e agências de fomento devem ser realizadas neste momento. Para o(s) auxílio(s) financeiro(s) deve(m) ser citado o(s) nome(s) da(s) organização(ões) de apoio de fomento e o(s) número(s) do(s) processo(s).

### **Ilustrações e tabelas**

As ilustrações, tabelas e quadros são limitadas no máximo de 4 (quatro). As ilustrações (figuras, gráficos, desenhos, etc.), são consideradas no texto como figuras.

Devem ser numeradas consecutivamente em algarismos arábicos segundo a ordem em que aparecem no texto e indicadas ao longo do Texto do Manuscrito, logo após sua primeira citação com as respectivas legendas. As figuras devem estar em cores originais, digitalizadas em formato tif, gif ou jpg, com no mínimo 300dpi de resolução, 86 mm (tamanho da coluna) ou 180 mm (tamanho da página inteira).

As legendas correspondentes devem ser claras, e concisas. As tabelas e quadros devem ser organizadas e numeradas consecutivamente em algarismos arábicos segundo a ordem em que aparecem no texto e indicadas ao longo do Texto do Manuscrito, logo após sua primeira citação com as respectivas legendas. A legenda deve ser colocada na parte superior. As notas de rodapé devem ser indicadas por asteriscos e restritas ao mínimo indispensável.



## Citação de autores no texto

Os autores devem ser citados no texto em ordem ascendente

A citação dos autores no texto pode ser feita de duas formas:

**Exemplo:** Radiograficamente, é comum observar o padrão de "escada", caracterizado por uma radiolucidez entre os ápices dos dentes e a borda inferior da mandíbula.<sup>6,10,11,13</sup>

### Alfanumérica

- um autor: Ginnan<sup>4</sup>
- dois autores: separados por vírgula - Tunga, Bodrumlu<sup>13</sup>
- três autores ou mais de três autores: o primeiro autor seguido da expressão et al. - Shipper et al.<sup>2</sup>

**Exemplo:** As técnicas de obturação utilizadas nos estudos abordados não demonstraram ter tido influência sobre os resultados obtidos, segundo Shipper et al.<sup>2</sup> e Biggs et al.<sup>5</sup> Shipper et al.<sup>2</sup>, Tunga, Bodrumlu<sup>13</sup> e Wedding et al.<sup>18</sup>, [...].

## Referências

Todas as referências devem ser citadas no texto; devem também ser ordenadas e numeradas na mesma sequência em que aparecem no texto.

As Referências devem seguir os requisitos da National Library of Medicine (disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK7256/>).

Os títulos dos periódicos devem ser referidos de forma abreviada, sem negrito, itálico ou grifo, de acordo com o Journals Data Base (PubMed) (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals>), e, para os periódicos nacionais, verificar o Portal de Revistas Científicas em Ciências da Saúde da Bireme (<http://portal.revistas.bvs.br/?lang=pt>).

A exatidão das referências constantes da listagem e a correta citação no texto são de responsabilidade do(s) autor(es) do artigo. Citar apenas as referências relevantes ao estudo.

Referências à comunicação pessoal, trabalhos em andamento, artigos *in press*, resumos, capítulos de livros, dissertações e teses não devem constar da listagem de referências. Quando essenciais, essas citações devem ser registradas por asteriscos- no rodapé da página do texto em que são mencionadas.

## EXEMPLOS DE REFERÊNCIAS

### ARTIGOS DE PERIÓDICOS

Duane B. Conservative periodontal surgery for treatment of intrabony defects is associated with improvements in clinical parameters. *Evid Based Dent.* 2012;13(4):115-6.

Litonjua LA, Cabanilla LL, Abbott LJ. Plaque formation and marginal gingivitis associated with restorative materials. *Compend Contin Educ Dent*. 2012 Jan;33(1): E6-E10.

Sutej I, Peros K, Benutic A, Capak K, Basic K, Rosin-Grget K. Salivary calcium concentration and periodontal health of young adults in relation to tobacco smoking. *Oral Health Prev Dent*. 2012;10(4):397-403.

Tawil G, Akl FA, Dagher MF, Karam W, Abdallah Hajj Hussein I, Leone A, et al. Prevalence of IL-1beta+3954 and IL-1alpha-889 polymorphisms in the Lebanese population and its association with the severity of adult chronic periodontitis. *J Biol Regul Homeost Agents*. 2012 Oct-Dec;26(4):597-606.

Goyal CR, Klukowska M, Grender JM, Cunningham P, Qaqish J. Evaluation of a new multi-directional power toothbrush versus a marketed sonic toothbrush on plaque and gingivitis efficacy. *Am J Dent*. 2012 Sep;25 Spec No A(A):21A-26A.

Caraivan O, Manolea H, Corlan Puşcu D, Fronie A, Bunget A, Mogoantă L. Microscopic aspects of pulpal changes in patients with chronic marginal periodontitis. *Rom J Morphol Embryol*. 2012;53(3 Suppl):725-9.

## **LIVROS**

Domitti SS. Prótese total articulada com prótese parcial removível. São Paulo: Santos; 2001.

Todescan R, Silva EEB, Silva OJ. Prótese parcial removível: manual de aulas práticas disciplina I. São Paulo: Santos; 2001.

Gold MR, Siegal JE, Russell LB, Weintein MC, editors. Costeffectiveness in health and medicine. Oxford: Oxford University Press; 1997.

## **PRINCÍPIOS ÉTICOS E REGISTRO DE ENSAIOS CLÍNICOS**

### **- Procedimentos experimentais em animais e em humanos**

**Estudo em Humanos:** Todos os trabalhos que relatam experimentos com humanos, ou que utilizem partes do corpo ou órgãos humanos (como dentes, sangue, fragmentos de biópsia, saliva, etc.), devem seguir os princípios éticos estabelecidos e ter documento que comprove sua aprovação (protocolo e relatório final) por um Comitê de Ética em Pesquisa em seres humanos (registrado na CONEP) da Instituição do autor ou da Instituição em que os sujeitos da pesquisa foram recrutados, conforme Resolução 196/96 e suas complementares do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde.

**Estudo em animais:** Em pesquisas envolvendo experimentação animal, é necessário que o protocolo e seu relatório final tenham sido aprovados pelo Comitê de Pesquisa em Animais da Instituição do autor ou da Instituição em que os animais foram obtidos e realizado o experimento.

O Editor Científico e o Conselho Editorial se reservam o direito de recusar artigos que não demonstrem evidência clara de que esses princípios foram seguidos ou que, ao seu julgamento, os métodos empregados não foram apropriados para o uso de humanos ou de animais nos trabalhos submetidos a este periódico.

**Ética na Pesquisa:** a Revista de Odontologia da UNESP preza durante todo o processo de avaliação dos artigos pelo mais alto padrão ético. Todos os Autores, Editores e Revisores são encorajados a estudarem e seguirem as orientações do Committee on Publication Ethics/COPE(<http://publicationethics.org>, [http://publicationethics.org/files/International%20standards\\_authors\\_for%20website\\_11\\_Nov\\_2011.pdf](http://publicationethics.org/files/International%20standards_authors_for%20website_11_Nov_2011.pdf), [http://publicationethics.org/files/International%20standard\\_editors\\_for%20website\\_11\\_Nov\\_2011.pdf](http://publicationethics.org/files/International%20standard_editors_for%20website_11_Nov_2011.pdf)) em todas as etapas do processo.

Nos casos de suspeita de má conduta ética, está será analisada pelo Editor chefe que tomará providências para que seja esclarecido. Quando necessário a revista poderá publicar correções, retratações e esclarecimentos.

Casos omissos nestas normas são resolvidos pelo Editor Científico e pela Comissão Editorial.

#### **ABREVIATURAS, SIGLAS E UNIDADES DE MEDIDA**

Para unidades de medida, devem ser utilizadas as unidades legais do Sistema Internacional de Medidas.

#### **MEDICAMENTOS E MATERIAIS**

Nomes de medicamentos e de materiais registrados, bem como produtos comerciais, devem aparecer entre parênteses, após a citação do material, e somente uma vez (na primeira).

## REFERÊNCIAS

ACOSTA, D. F. et al. Perfil das ocorrências policiais de violência contra a mulher. **Acta paulista de enfermagem**, São Paulo, v. 26, n. 6, p. 547-553, 2013.

AVANSINI, M. J. et al. Epidemiology of Maxillofacial Trauma in a Prehospital Service. Brazil. **Journal of Trauma Nursing**, v. 26, n. 6, p.323-327, 2019.

BERNARDINO, I. M. et al. Violência interpessoal, circunstâncias das agressões e padrões dos traumas maxilofaciais na região metropolitana de Campina Grande, Paraíba, Brasil (2008-2011). **Ciência & Saúde Coletiva**, v.22. n.9, p.3033-3044, 2017.

BOTT, S. et al. Intimate partner violence in the Americas: a systematic review and reanalysis of national prevalence estimates. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 20, n.43, p.e26, 2019.

BOYES, H. F. K. Maxillofacial injuries associated with domestic violence: experience at a major trauma centre. **Brazilian Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, 2019

BRASIL. **Lei nº. 11.340, de 7 de agosto de 2006** (Lei Maria da Penha).

BRASIL. 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**. Brasília; 2003.

CAMPOS, B.; TCHALEKIAN, B.; PAIVA, V. Violência contra a mulher: vulnerabilidade programática em tempos de sars-cov-2/ covid-19 em São Paulo. **Psicologia & Sociedade**, v.32, n. e020015, 2020.

CAPALDI, D. M. et al. A systematic review of risk factors for intimate partner violence. **Partner Abuse**, v.3, p.231– 280, 2012.

CARNEIRO, J. B. et al. Understanding marital violence: a study in grounded theory. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v.27, p.e3185, 2019.

CARRIJO, C.; MARTINS, P. A. A violência doméstica e racismo contra mulheres negras. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 28, n. 2, p.e60721, 2020.

CILLO JÚNIOR, J. E. et al. Interpersonal Violence Is Associated With Increased Severity of Geriatric Facial Trauma. **Journal of Oral & Maxillofacial Surgery**, v.74. n.5, p.1023.e1-7, 2016.

COSTA, M. C. et al. Facial traumas among females through violent and non-violent mechanisms. **Brazilian Journal of Otorhinolaryngol**, v.80, n.3, p.196-201, 2014.

DEVRIES, K. M. et al. Global health. The global prevalence of intimate partner violence against women. **Science**, v.28, n.340, p.1527-8, 2013.

DIEESE – **Departamento Intersindical de Estatísticas e Estudos Socioeconômicos. Escolaridade e Trabalho: desafios para a população negra nos mercados de trabalho metropolitanos.** Ano 3, n. 37, 2007.

EVANS, D. P. et al. Violence: Barriers to Action and Opportunities for Intervention Among Health Care Providers in São Paulo, Brazil. **Journal Interpersonal Violence**, 2019.

GRAHAM-BERMANN, S. A. et al. Adults' Explanations for Intimate Partner Violence During Childhood and Associated Effects. **Journal of Clinical Psychology**, v.73, n.6, p.652-668, 2017.

HOPPE, I. C. et al. Pediatric Facial Fractures: Interpersonal Violence as a Mechanism of Injury. **Journal of Craniofacial Surgery**, v.26, n.5, p.1446-9, 2015.

KRUG, E. G. et al. **World Report on Violence and Health.** Geneva: World Health Organization, 2002.

LEONARD, K. E.; QUIGLEY, B. M. Thirty years of research show alcohol to be a cause of intimate partner violence: Future research needs to identify who to treat and how to treat them. **Drug and Alcohol Review**, v.36, n.1, p.7-9, 2017.

LEPPÄKOSKI, T. et al. Identification of women exposed to acute physical intimate partner violence in an emergency department setting in Finland. **Scandinavian Journal of Caring Science**, v.24, n.4, p.638-47, 2010.

LEVY, S. D. A continuidade pós-separação: necessidades comuns aos ex-cônjuges e seus filhos. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 650-663, 2010.

MACHADO, D. F. et al. Violência contra a mulher: o que acontece quando a Delegacia de Defesa da Mulher está fechada? **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 25, n.2, p.483-494, 2020.

MADUREIRA, A. B. et al. Perfil de homens autores de violência contra mulheres detidos em flagrante: contribuições para o enfrentamento. **Escola Anna Nery**, v.18, n.4, p.600-660, 2014.

MARQUES, E. S. et al. A violência contra mulheres, crianças e adolescentes em tempos de pandemia pela COVID-19: panorama, motivações e formas de enfrentamento. **Cadernos de Saúde Pública**, v.36, n.4, p.e00074420, 2020;

MELLO FILHO, F. V.; RICZ, H. Epidemiological modifications of facial trauma and its implications. **Brazilian Journal of Otorhinolaryngol**, v.80, n.3, p.187-8, 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **As cartas de promoção à saúde.** Brasília: O Ministério; 2002.

RODRIGUES, L. G. et al. Trends of maxillofacial injuries resulting from physical violence in Brazil. **Dental Traumatology**, v. 36, n.1, p.69-75, 2020.

SILVA, R. F. et al. Atuação profissional do cirurgião-dentista diante da Lei Maria da Penha. **RSBO**, v.7, n.1, p. 110-116, 2010.

SOUZA, P. A.; DA ROS, M. A. Os motivos que mantêm as mulheres vítimas de violência no relacionamento violento. **Revista de Ciências Humanas**, v.40, p.509-527, 2006.

SPRUNGER, J. G, et al. Anger, problematic alcohol use, and intimate partner violence victimisation and perpetration. **Criminal Behaviour and Mental Health**, v.10, n.4, p.273-86, 2015.

TAQUETTE, S. R. **Violência contra a mulher adolescente-jovem** – Rio de Janeiro: EdUERJ, 2007. 200p

TAVARES, M. S. Roda de Conversa entre mulheres: denúncias sobre a Lei Maria da Penha e descrença na justiça. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 23, n. 2, p. 547-559, 2015.

TEITELMAN, A. et al. Relationships Between Physical and Non-Physical Forms of Intimate Partner Violence and Depression among Urban Minority Adolescent Females. **Child and Adolescent Mental Health**, v. 1;16, n.2, p.92-100, 2011.

VIEIRA, P. R. et al. Isolamento social e o aumento da violência doméstica: o que isso nos revela? **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.3, p.e200033, 2020.

WAISELFISZ, J. J. Mapa da violência 2015: homicídio de mulheres no Brasil. Brasília, 2015.

WORLD Health Organization. **The Ottawa charter for health promotion**. Geneve: WHO; 1986.

WORLD Health Organization. **Bangkok charter for health promotion in the a globalized world**. Geneve: WHO; 2005

YAMAMOTO, K. et al. Maxillofacial Fractures Associated with Interpersonal Violence. **Journal of Craniofacial Surgery**, v.30, n.4, p.e312-e315, 2019.

ZART, L.; SCORTEGAGNA, A. S. Perfil sociodemográfico de mulheres vítimas de violência doméstica e circunstâncias do crime. **Perspectiva**, Erechim. v. 39, n.148, p. 85-93, 2015.

## ANEXOS

## ANEXO 1: INSTRUMENTO DE COLETA

Os instrumentos de coleta são os Boletins de Ocorrência e Exame de Corpo de Delito anexados aos mesmos, no Instituto Médico Legal de Cuiabá. Através desse formulário:

### COLETA ATRAVÉS DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA CARACTERÍSTICAS DA VÍTIMA

- 1) Data do nascimento:**
- 2) Idade da vítima no momento da agressão:**
- 3) Cidade onde reside:**
- 4) Cidade onde ocorreu a agressão:**
- 5) Escolaridade da vítima:**
  - ( ) Analfabeta
  - ( ) Ensino fundamental incompleto.
  - ( ) Ensino fundamental completo.
  - ( ) Ensino médio incompleto.
  - ( ) Ensino médio completo.
  - ( ) Terceiro grau incompleto.
  - ( ) Terceiro grau completo.
- 6) Raça/cor da vítima:**
  - ( ) Branca.
  - ( ) Preta.
  - ( ) Parda.
  - ( ) Indígena.
- 7) Estado Civil:**
  - ( ) Solteira.
  - ( ) Casada.
  - ( ) União Estável.
- 8) Situação ocupacional:**
  - ( ) Estudante.
  - ( ) Empregada.
  - ( ) Desempregada.
  - ( ) Do lar.
  - ( ) Aposentada.

#### PERÍODO DA AGRESSÃO.

- 9) Ano da Agressão:**
- 10) Mês da agressão:**

#### CARACTERÍSTICAS DAS AGRESSÕES.

- 11) Sexo do agressor:**
  - ( ) Masculino.
  - ( ) Feminino.
- 12) Escolaridade do agressor:**
  - ( ) Analfabeta
  - ( ) Ensino fundamental incompleto.
  - ( ) Ensino fundamental completo.

- Ensino médio incompleto.
- Ensino médio completo.
- Terceiro grau incompleto.
- Terceiro grau completo.

**13) Vínculo do agressor:**

- Companheiro/marido.
- Ex-companheiro/ ex-marido.
- Namorado.
- Ex-namorado.

**COLETA ATRAVÉS DO LAUDO EXAME DE CORPO DE DELITO DO IML**

**14) Tipo de agressão:**

- Força física direta ( socos, chutes, mordidas, puxões).
- Força física indireta ( pedrada, garrafada, paulada).
- Arma branca. Qual:
- Arma de fogo. Qual:
- Esganadura.

**15) Região anatômica da lesão:**

- Frontal.
- Orbita.
- Nasal.
- Malar.
- Zigomática.
- Mandibular.
- Maxilar.
- Dentária.
- Lábio.

**16) Tipo da lesão:**

- Físico-químico.
- Contundente.
- Cortante.
- Perfurocortante.
- Cortocontudente.
- Cortocontuso.
- Outra:

**17) Sequela:**

- Dano a integridade.
- Debilidade funcional permanente.
- Deformidade permanente.
- Incapacidade ocupacional.



## ANEXO 2: DECLARAÇÃO DE REVISÃO DE TEXTO DE INGLÊS E POTUGUÊS



DECLARAÇÃO DE REVISÃO DE TEXTO:  
PORTUGUÊS E INGLÊS

Eu, Maura Maria Ribeiro, declaro, para os devidos fins e para fazer prova junto ao Programa de Pós-Graduação em Promoção Da Saúde, Universidade Cesumar – Unicesumar, que realizei a revisão de português e inglês da Dissertação, intitulada: **TRAUMAS FACIAIS EM MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA PRATICADA POR PARCEIROS ÍNTIMOS**, de autoria de: MÁRCIO SOLDATELLI STUDZINSKI, Consistindo em correção gramatical, adequação do vocabulário e inteligibilidade do texto.

Por ser esta expressão da verdade firmo a presente.

Sinop, 16 de março de 2021.

  
\_\_\_\_\_

Nome  
CPF  
Formação

Maura Maria Ribeiro  
00462064182  
Letras -Português/Inglês e Literaturas