

Lesões craniofaciais em mulheres vítimas de violência doméstica: estudo retrospectivo

Craniofacial injuries in women victims of domestic violence: a retrospective study

Mariana Cabral de Oliveira Cardoso¹; Verônica Reis Ferreira¹; Lucas Sebastião de Souza e Silva²; Meillyne Alves dos Reis³; Priscila Maria Alvares Usevicius⁴; Constanza Thaise Xavier Silva⁴

1. Discente do Curso de Medicina da Universidade Evangélica de Goiás - UniEVANGÉLICA, Anápolis, GO, Brasil.
2. Discente do Curso de Direito da Universidade Evangélica de Goiás - UniEVANGÉLICA, Anápolis, GO, Brasil.
3. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Evangélica de Goiás - UniEVANGÉLICA, Anápolis, GO, Brasil.
4. Docente do Curso de Medicina da Universidade Evangélica de Goiás - UniEVANGÉLICA, Anápolis, GO, Brasil.

Resumo

Objetivo: Descrever as lesões craniofaciais de acordo com o perfil sociodemográfico e clínico de mulheres vítimas de violência doméstica submetida ao exame do corpo de delito nos registros do instituto médico legal de Anápolis, Goiás de 2015-2018. **Método:** Trata-se de um estudo descritivo com base em fichas clínicas de mulheres vítimas de violência doméstica. **Resultados:** Foram identificados 326 inquéritos; predominaram vítimas entre a faixa etária de 21 a 30 anos (32,5%), cor parda (30,4%) e casadas/união estável (38,7%); os principais agressores foram o marido/esposa (58,9%); entre as lesões os tapas e socos (23,7%) foram mais frequentes, sendo a região orbitária (56,1%) a mais afetada, por instrumento contundente (83,4%) e com lesão equimótica (57,4%). **Conclusão:** Conclui-se que a maior parte das vítimas eram jovens, pardas, casadas, donas de casa e foram agredidas pelo parceiro íntimo. A principal lesão sofrida foi em região orbitária, causada por tapas/socos por instrumento contundente.

Palavras-chave:

Violência contra mulher.
Violência.
Medicina Legal.
Epidemiologia
Descritiva.

Abstract

Objective: Describe craniofacial injuries according to the sociodemographic and clinical profile of women victims of domestic violence submitted to the criminal body examination in the records of the Legal Medical Institute of Anápolis, Goiás, 2015-2018. **Method:** This is a descriptive study based on clinical records of women victims of domestic violence. **Results:** 326 inquiries were identified; victims between the age group of 21 to 30 years old (32.5%), brown (30.4%) and married/in a stable relationship (38.7%) predominated; the main aggressors were the husband/wife (58.9%); among injuries, slaps and punches (23.7%) were more frequent, with the orbital region (56.1%) being the most affected, due to a blunt instrument (83.4%) and with ecchymotic lesion (57.4%). **Conclusion:** It is concluded that the victims were young, brown, married, housewives and were attacked by their intimate partner. The main injury suffered was in the orbital region, caused by slapping/punching by a blunt instrument.

Keyword:

Violence
Against
Women. Violence. Forensic
Medicine. Epidemiology
Descriptive.

*Correspondência para/ Correspondence to:

Constanza Thaise Xavier Silva: constanzathaise@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

A violência contra a mulher é definida por qualquer agressão que tenha o gênero como alicerce, e que gere um dano ou sofrimento físico ou psicológico à vítima. Além disso, a violência em questão é capaz de resultar em privação de liberdade ou cuidado e na coerção mediante o uso da força física, provocando algum tipo de dano^{1,2}.

A violência doméstica é mais facilmente evidenciada nas relações entre cônjuges, companheiros, namorados, maridos ou relações que envolvam atração afetivo-sexual. Todavia, não é apenas nesse ambiente que se caracteriza a violência doméstica, existindo também, o caso em que o agressor possui relação familiar ou de parentesco, diverso do conjugal (afetivo), tal como relações entre irmãos, tios, pais, sobrinhos, inclusive esporadicamente agregadas, a questão primordial é que exista uma coexistência entre agressor e vítima^{3,4}.

No ano de 2006 foi criado a Lei 11.340/06⁵, conhecida como a Lei Maria da Penha, que cria mecanismos de prevenção contra a violência familiar e doméstica. Essa inovação surge como proposta para erradicar e combater esse fenômeno que ficou por anos à margem legislação. Contudo, é apenas no ano de 2015 com a Lei 13.104⁶ que o Código Penal é alterado e o Femicídio tipificado como homicídio doloso praticado contra a mulher por sua condição de gênero ou em decorrência de violência doméstica.

Apesar de todos os avanços no campo dos direitos das mulheres, o Brasil ainda ocupa a 5ª posição em um *ranking* de 83 países em assassinato de mulheres, atrás apenas de El Salvador, Colômbia, Guatemala e da Federação Russa⁷. O estado de Goiás ocupou a terceira posição no ranking de taxas de homicídios de mulheres em 2015 (8,6 homicídios por cem mil mulheres), ficando atrás de Roraima (11,4 homicídios por cem mil mulheres) e na frente de Mato Grosso (7,4 homicídios por cem mil mulheres), enquanto a média nacional é de 4,3 homicídios por cem mil mulheres⁸. Com isso, a taxa de mortes violentas de mulheres no estado, a cada 100 mil habitantes, no período, passou de 5,4% para 8,6%.

As mulheres maltratadas têm um grande prejuízo na sua saúde tanto pelas lesões resultantes do espancamento ou surra, quanto por desenvolverem dores crônicas, depressão e baixa estima, causas que muitas vezes as levam ao suicídio. A região de cabeça e pescoço representam as áreas mais atingidas, com 30% dos casos. De maneira específica, as áreas da face mais lesadas são a região periorbitária e frontal⁹. Os traumas de face se destacam não só pelas repercussões emocionais, estéticas e funcionais, sendo elas permanentes ou não, como também representar 7,4% para 8,7% da assistência médica prestada em centros hospitalares¹⁰. Nos dias atuais, existe um direcionamento mais claro para a violência doméstica, devido a sua maior facilidade de denúncia por meio da criação de delegacias de defesa da mulher, que propiciam um

atendimento mais adequado a essas vítimas, e outros serviços de apoio a mulheres em situação de violência, como as casas-abrigos e os centros de referência multiprofissionais^{11,12}.

O Instituto Médico Legal (IML), órgão subordinado à Secretaria de Segurança Pública do Estado, realiza exames de “corpo de delito” nas vítimas de violência para materialização dos fatos, conforme a legislação do artigo 158 do Código de Processo Penal (CPP): “Quando a infração deixar vestígios, será indispensável o exame de corpo de delito, direto ou indireto, não podendo supri-lo a confissão do acusado”. Dessa forma, é um órgão importante na repressão ao crime e defesa da mulher, na busca por identificar e caracterizar resultados físicos da agressão para providências legais¹³.

O conhecimento do perfil das vítimas de violência doméstica atendidas no IML permite uma reflexão sobre a relevância do tema, visto que há um aumento no número de agressão às mulheres⁹, pois acredita-se que conhecer o perfil das vítimas de violência doméstica, possibilita o desenvolvimento de ações sociais e de saúde voltadas para erradicação do problema⁸. Deste modo, o presente estudo teve por objetivo descrever as lesões craniofaciais de acordo com o perfil sociodemográfico e clínico de mulheres vítimas de violência doméstica submetida ao exame do corpo de delito nos registros no IML de Anápolis, Goiás de 2015-2018.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, baseado em dados secundários, provenientes das fichas clínicas de mulheres vítimas de violência doméstica com lesões craniofaciais submetidas ao exame de corpo de delito no IML entre o período de julho de 2015 a dezembro de 2018 (período em que os processos já transitaram em julgado, ou seja, já foram resolvidos por definitivo pelo poder judiciário) em Anápolis - Goiás.

A cidade de Anápolis, município do estado de Goiás possuía em 2010 população de 334.613 habitantes que se situa a 53 km da capital Goiana e 139 km da capital federal. Junto com essas duas cidades, faz do eixo Goiânia-Anápolis-Brasília, a região mais desenvolvida do Centro-Oeste com índice de desenvolvimento humano municipal (IDHM) de 0,737¹⁴.

O IML de Anápolis - GO está vinculado à Polícia Civil do Estado e ao 10º Núcleo Regional de Polícia Técnico-Científica que é também responsável pelo atendimento as 17 cidades vizinhas: Abadiânia; Alexânia; Campo Limpo de Goiás; Corumbá de Goiás; Damolândia; Gameleira de Goiás; Goianápolis; Jesúpolis; Leopoldo de Bulhões; Orizona; Ouro Verde de Goiás; Petrolina de Goiás; Pirenópolis; São Francisco de Goiás; Silvânia; Teresópolis de Goiás e Vianópolis.

Foram incluídos no estudo mulheres vítimas de lesões craniofaciais que tenham sido encaminhadas pelas delegacias ao IML em decorrência de violência doméstica em Anápolis- GO entre os anos de 2015 a 2018 com processos finalizados. E os critérios de exclusão foram: descon-

siderados os laudos referentes à violência interpessoal não-familiar, como casos de agressões por vizinhos, colegas de escola ou de trabalho, e outros agressores não incluídos no círculo de relação doméstica ou familiar e foram excluídos os laudos referentes a exames por violência sexual.

Foram coletados as seguintes variáveis sociodemográficas: faixa etária, raça/cor da pele, situação conjugal, tipo de ocupação ou profissão da mulher, grau de parentesco da vítima com o agressor; as variáveis clínicas foram: principais lesões craniofaciais (orbitária, labial, carotídiana, frontal, malar, infra-hióidea, nasal, parietal, bucinadora, temporal, auricular, occipital, mentoniana, masseteriana e zigomática)¹⁵, tipos de lesões mais frequentes, número de casos em relação aos meses dos anos; meio causador das lesões e se a agressão resultou na incapacidade permanente.

Os dados foram coletados das fichas clínicas durante o período entre maio a julho de 2020, por uma das pesquisadoras, e contemplaram todos os casos de violência doméstica em Anápolis-GO, iniciados no período de julho de 2015 a dezembro de 2018, transcritos para planilha e posteriormente, foram sistematizados e submetidos a análise estatística descritiva com frequência absoluta e relativa.

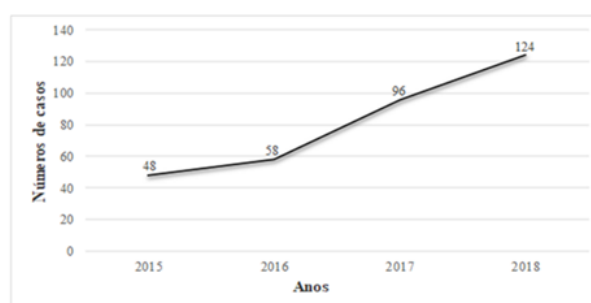
O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/UniEVANGÉLICA de acordo com o número do CAAE 37922820.9.0000.5076. no dia 12 de outubro de 2020 em conformidade com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466/12. Foram

utilizados exclusivamente dados secundários, registrados em fichas clínicas de atendimentos já realizados, de modo que houve dispensa da assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Outrossim, a base de dados foi digitada sem identificação nominal, para se reduzir o risco de quebra de sigilo de informações do participante.

RESULTADOS

Foram registradas 326 fichas clínicas referentes a mulheres vítimas de violência doméstica com lesão craniofaciais, passando de 48 ocorrências de agressões no ano de 2015 para 124 ocorrências em 2018 tendo um aumento de quase 3 vezes mais entre os anos de 2015 para 2018 (Figura 1).

Figura 1: Números de mulheres vítimas de violência doméstica com lesão craniofacial nos laudos dos inquéritos do Instituto Médico Legal de Anápolis – Goiás, jul. 2015 - dez. 2018.



A média de idade das mulheres foi de 30,8 anos (DP ± 12,87). Observou-se predominância de mulheres na faixa etária de 21 a 30 anos (32,5%), cor parda (30,4%), casadas/união estável (38,7%) e dona de casa, (14,5%). Foram observados que nas variáveis etnia/cor da pele e tipo de ocupação em 42,3% e 54,3% respectivamente,

não tinha informação nas fichas clínicas. A violência doméstica teve como principal agressor o marido/esposa e companheiro(a) da vítima com 58,9% dos inquéritos investigados (Tabela 1).

Tabela 1: Características sociodemográficas das mulheres vítimas de violência doméstica Anápolis - Goiás, 2015-2018 (n=326).

Características	n	%
Faixa Etária (anos)		
0-10	7	2,1
11 – 20	61	18,8
21 – 30	106	32,5
31 – 40	75	23,0
41 – 50	48	14,8
51 – 60	22	6,7
> 60	5	1,5
Não informado	2	0,6
Etnia/Cor da pele		
Parda	99	30,4
Branca	81	24,8
Preta	7	2,2
Amarela	0	0
Indígena	1	0,3
Não informado	138	42,3
Situação conjugal		
Casada/União estável	126	38,7
Solteira	87	26,7
Divorciada	18	5,6
Viúva	7	2,1
Separada Judicialmente	3	0,9
Outros	1	0,3
Não Informado	84	25,7
Tipo de ocupação ou profissão		
Dona de casa	47	14,5
Atividades do comércio	31	9,6
Estudante	26	8,0
Doméstica	15	4,6
Desempregada	5	1,5
Manicure/Cabelereira	5	1,5
Autônoma	4	1,2
Professora	4	1,2
Enfermeira/Técnica de enfermagem	3	0,9
Outros*	9	2,7
Não Informado	177	54,3
Grau de parentesco com o agressor		
Marido/Esposa ou companheiro(a)	192	58,9
Ex-Marido ou Ex-Companheiro	53	16,3
Irmão/Irmã	14	4,3
Namorado/Noivo	13	4,0
Mãe/Pai	20	6,2

	Continuação...	
Filho/Filha	9	2,7
Ex-Namorado	10	3,1
Ex-Esposa	2	0,6
Padrasto	2	0,6
Outros	11	3,3

*Outras profissões: bordadeira, camareira, cobradora, corretora de imóveis, costureira, cuidadora de crianças, servidora pública e vigilante foram citadas apenas uma vez e foram incluídos como outros

O local da lesão mais frequente foi na região orbitária (56,1%), seguida da região labial (30,1%) e com desenvolvimento de equimose na maioria das lesões (57,4%) (Tabela 2).

Tabela 2: Distribuição dos casos de acordo com a localização anatômica (cabeça e pescoço) e os tipos de lesões nos laudos dos inquéritos do Instituto Médico Legal de Anápolis – GO entre os anos de 2015 e 2018.

Regiões das lesões	n	%
Orbitária	183	56,1
Labial	98	30,1
Carotídiana	75	23,0
Frontal	68	20,9
Malar	56	17,2
Infra-hióidea	51	15,6
Nasal	43	13,2
Parietal	33	10,1
Bucinatora	28	8,6
Temporal	22	6,7
Auricular	21	6,4
Occipital	19	5,8
Mentoniana	17	5,2
Zigomática	14	4,3
Masseteriana	5	1,5
Tipos de lesões		
Equimose	187	57,4
Escoriação	182	55,8
Edema	119	36,5
Hematoma	79	24,2
Equimose violácea	72	22,1
Lesão contusa	56	17,2
Equimose avermelhada	14	4,3
Escoriação crostosa	13	4,0
Hemorragia	8	2,5
Lesão suturada	3	0,9

Continua...

O principal objeto utilizado durante as ofensas craniofaciais foram os tapas, socos (23,7%) e com instrumento contundente (83,4%). Não resultaram em incapacidade permanente da vítima (95,4%). Para 58,0% dos casos não havia informação na ficha em relação ao objeto causador da lesão (Tabela 3).

Tabela 3: Distribuição dos casos de acordo com objeto e o meio causador da lesão e se agressão resultou em incapacidade nos casos de violência doméstica nos laudos dos inquiridos do Instituto Médico Legal de Anápolis – GO entre os anos de 2015 e 2018.

Características	n	%
Objeto causador da lesão		
Socos/Tapas	78	23,7
Chutes	36	11,0
Esganadura	12	3,7
Faca	2	0,6
Mordida	2	0,6
Outros	8	2,4
Não informado	188	58,0
Meio causador da lesão		
Contundente	272	83,4
Corto-contundente	21	6,5
Cortante	8	2,5
Escoriativa	1	0,3
Perfurocortante	1	0,3
Não informado	23	7,0
Agressão resultou em incapacidade		
Não	311	95,4
Sim	11	3,4
Parcial	1	0,3
A definir	3	0,9

DISCUSSÃO

O presente estudo apresenta os dados sobre violência doméstica no período de 2012 a 2018 no município de Anápolis - GO, o que dimensiona o panorama desse agravo como problema de saúde pública. Essa pesquisa demonstrou que praticamente mulheres de todas

as faixas etárias são vítimas de violência doméstica, com registro de casos entre menores de 1 ano e maiores de 60 anos. Contudo, mulheres jovens, com faixa etária entre 21 e 30 anos, são as mais acometidas. Um estudo realizado em Belo Horizonte (MG)¹⁶ em mulheres em situação de violência, traz a faixa etária mais prevalente entre 20 e 29 anos (70,4%) e em estudo realizado em Ribeirão Preto (SP)¹⁷, houve predomínio na faixa de 30 a 39 anos (28,41%), seguida da faixa etária de 20 a 29 anos (27,80%), fato esse que justifica a baixa idade entre mulheres jovens/adultas jovens, são: a dependência econômica, menor escolaridade e o acesso restrito aos meios proteção¹⁸.

Com relação à etnia/cor, a maioria das mulheres se autodeclarou de cor parda. Contudo, vale a pena ressaltar que a maior parte dos dados analisados (42,3%) a raça/cor não havia sido informada na ficha. Em um estudo realizado na cidade do Maranhão¹⁸ e em Cuiabá¹⁹ traz um número expressivos de casos na cor parda com 98,35% e 66,8% respectivamente. Isto nos leva a perceber que o maior índice as ocorrências ao que se refere as mulheres de cor parda/preta são mais susceptíveis a violência, isso faz refletir na condição do preconceito sociocultural existente no país.

A situação conjugal apresentada na pesquisa mostra que mulheres casadas/união estável são a maioria, seguida de mulheres solteiras. Apesar disso, vale ressaltar que 25,7% das fichas em relação a situação conjugal das vítimas esta-

vam em branco. Estudos encontrados na literatura,^{16,20} apontando que as mulheres casadas/união estável são mais susceptíveis a violência. Os estudos em questão retratam a posição machista, dominadora, patriarcal que passa a ser cotidiano na vida das vítimas.

Outro ponto analisado é a ocupação exercida pela mulher na época da agressão. A maioria dos registros, foram de dona de casa, mulheres que exercem atividade no comércio, estudante e domésticas. Estudos evidenciam que a maioria das mulheres vítimas de violência realizavam trabalhos domésticos e atividades no comércio^{16,20}. Todavia, este também é um aspecto negligenciado quanto ao seu preenchimento, sendo que 54,3% das fichas não tinham essa informação.

A maioria das agressões foram relatadas em sua maioria por cônjuges e ex-cônjuges, juntos somam um total mais de 75,2% de todos os casos. Esse grupo, também foi o mais apontado nos mais diversos estudos sobre o assunto, como no estudo de Leôncio et al²¹, em que 49,1% das agressões correspondem ao parceiro e por Andrade et al²², em que observaram que 38% das mulheres estudadas foram agredidas pelos seus maridos e 38% por outro tipo de parceiro. Ou seja, os estudos em questão retratam a imposição do poder masculino enraizado na sociedade, desigualdade de gênero que faz vítimas desde sempre e em suas mais diversas culturas, etnias e situação socioeconômica. ao delinear a imagem feminina como inferior e subserviente.

Quanto ao sítio lesionado na agressão a região orbitária foi a mais afetada, seguida da labial e carotídiana. Outros estudos chegaram a um resultado de alta prevalência dessas regiões, o que confirma a vulnerabilidade de tais áreas durante as agressões^{20,24}. Para tanto, tem-se que a região da cabeça e pescoço uma maior prevalência de lesões visto que são as áreas de “preferência” do algoz. Isso se dá visto que a agressão nessas áreas simboliza humilhação, o que o agente imprimi à mulher quando atinge seu rosto não ocasionando ao ato só a ferida física, mas psicológica⁹.

Em relação ao objeto causador da lesão (socos/tapas e chutes). No entanto, a maior parte dos dados analisados (58,0%) não havia sido informada na ficha. Ao se analisar os tipos de lesões, tem-se uma vasta gama de possibilidades, das quais as mais presentes são as equimoses, as escoriações e os edemas, compatíveis com as lesões contundentes como evidenciado em outros estudos^{16,20,23}.

Com relação ao meio causador da lesão prevaleceu o instrumento contundente (principalmente golpes de punho e pés) e a agressão não resultou em incapacidade na maioria das fichas analisadas. Em concordância com o estudo de Garbin et al²⁴ que trazem o instrumento contundente com 60,6% dos casos. Isso faz com que geralmente haja apenas acometimento de tecido mole com exceção de casos de agressões mais incisivas, que levam a fratura ou acomete algum outro tecido. Por geralmente atingir ape-

nas tecido mole, normalmente o laudo apresenta características de gravidade leve, já que não há grande ofensa à integridade corporal, não vindo a causar incapacidade para as ocupações habituais por mais de trinta dias²⁵.

Destaca-se que a violência contra a mulher é passível de prevenção e necessita ser enfrentada. Acredita-se que a sua superação implica a eliminação das condições desiguais da mulher na sociedade. Todavia, até que esse ideal seja alcançado, as políticas públicas têm um papel fundamental. Para tanto, o desenvolvimento de políticas públicas socioeducativas e de saúde é necessário, com objetivo de auxiliar a reconstruir as vidas das mulheres vitimizadas e, também, voltadas aos agressores, para coibir novos casos e práticas recorrentes.

Como limitações inerentes ao estudo, destacam-se dificuldades decorrentes do uso de dados secundários, delineamento transversal – inviabilidade de estabelecer relação causal, viés de memória, incompletude dos dados causados por falta de sensibilização ou treinamento profissional adequado – além do distanciamento do pesquisador dos participantes do estudo. Destaca-se uma elevada proporção de incompletude das variáveis como: etnia/cor, situação conjugal, ocupação/profissão e o objeto causador da lesão. Ressalta-se que a presença de registros incompletos, recorrente em estudos desse tipo, não invalida os achados, porém recomenda maior cautela em sua interpretação. Outra limitação do estudo é o fato do mesmo ter sido realizada em âmbito regional.

Todavia, pesquisas com essas características são valiosas por contribuir de forma confiável com a caracterização dos aspectos relacionados à violência, fundamental para a formulação de políticas públicas voltadas ao seu enfrentamento, além de conceber maior visibilidade a essa temática.

Desse modo, a presente pesquisa, apesar de apresentar lacunas, decorrentes do não preenchimento de dados nos laudos dos casos de violência doméstica é de suma importância para que se monte um panorama acerca do tema. Este estudo permitiu constatar a necessidade de uma coleta de dados mais cuidadosa durante os exames periciais de lesões craniofaciais para evitar fichas incompletas e disponibilizar informações mais detalhadas da violência tais como: quantas vezes a mulher sofreu violência e tempo decorrido da agressão e o exame de corpo de delito.

CONCLUSÃO

Os resultados desse estudo mostram que o perfil das mulheres que sofreram violência doméstica com lesões craniofaciais em Anápolis, GO entre 2015 a 2018, foi caracterizado pela predominância na faixa etária entre 21 a 30 anos, cor parda, casada, dona de casa e foi agredida pelo marido/esposa ou companheiro(a). A lesão sofrida foi principalmente por instrumento contundente, do tipo equimótica em região orbitária, causada por tapas/socos e não resultou em incapacidade de trabalho.

DECLARAÇÃO DE CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram a inexistência de conflito de interesse.

Forma de citar este artigo: Cardoso MCP, Ferreira VR, Silva LSS, Reis MA, Usevicius PMA, Silva CTX. Lesões craniofaciais em mulheres vítimas de violência doméstica: estudo retrospectivo. Rev. Educ. Saúde. 2022; 10 (2): 36-45.

REFERÊNCIAS

1. Paulo BM. Novas configurações familiares e seus vínculos sócio-afetivos [dissertação]. Rio de Janeiro: PUC-RJ, 2006.
2. Bruno CR. Lei Maria da Penha: um estudo sobre os mecanismos de proteção à mulher em situação de violência [monografia]. Niterói: UFF, 2016.
3. Bastos TB. Violência doméstica e familiar contra a mulher. Porto Alegre: [Verbo Jurídico]; 2013.
4. Dias MB. Manual de Direito das Famílias. 8ª ed. São Paulo: Revista dos Tribunais; 2011.
5. Brasil. Lei n. 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher e dá outras providências. Diário Oficial da União 2006; 2006 ago 08. Seção 1, p. 1.
6. Brasil. Lei n. 13.104, de 9 de março de 2015. Altera o art. 121 do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, para prever o feminicídio como circunstância qualificadora do crime de homicídio, e o art. 1º da Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990, para incluir o feminicídio no rol dos crimes hediondos. Diário Oficial da União 2015; 2015 mar 09. Seção 1, p. 1.
7. Pereira MS, Pereira MS, Matos FTC, Marques MVF, Sarubbi GD, Damião JHF, et al. Orofacial Injuries in Women Victims of Domestic Violence: Integrative Literature Review. BJFS. 2014; 4(0): 1-11.
8. Moreira CA, Cavalcanti PMO. O combate à violência doméstica e familiar no estado de Goiás. Revista Raízes no Direito. 2018; 7(2): 27-55.
9. Pereira MS, Pereira MS, Lima DO, Matos FRC. Lesões bucofaciais decorrentes de situações de violência doméstica: revisão integrativa da literatura. Vivências. 2016; 12(22): 201-211.
10. Carvalho TBO, Cancian, LRL, Marques CG, Piatto VB, Maniglia JV, Molina FD. Seis anos de atendimento em trauma facial: análise epidemiológica de 355 casos. Braz. J. Otorhinolaryngol. 2010; 76(5): 565-574.
11. Nogueira PL, Utiyama MSA, Ventura MT, Gomes HG. Perfil epidemiológico das mulheres vítimas de violência atendidas no IML de Cuiabá e região. Perspectivas. 2017; 2 (2): 1-9.
12. Mota JC, Vasconcelos AGG, Assis SG. Análise de correspondência como estratégia para descrição do perfil da mulher vítima do parceiro atendida em serviço especializado. Ciênc saúde coletiva. 2007; 12(3): 799-809.
13. Lopes M, Gemitto L, Pinheiro F. Violência doméstica. Manual de recursos para a rede de intervenção integrada de distrito de Évora. 1ª ed. Évora: Tecnigraf; 2012.
14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. (2010) Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/go/anapolis/panorama>. Acessado em 24/05/2021.
15. Manual de Rotinas Instituto de Medicina Legal Leonídio Ribeiro da Polícia Civil do Distrito Federal. 2014: 1-240.
16. Rezende EJC, Araujo TM, Moraes MAS, Santana JSS, Radicchi R. Lesões buco-dentais em mulheres em situação de violência: um estudo piloto de casos periciados no IML de Belo Horizonte, MG. Rev Bras Epidemiol. 2007; 10(2): 202-14.
17. Bozzo ACB, Matos GC, Beraldi LP, Souza MD. Violência doméstica contra a mulher: caracterização dos casos notificados em um município do interior paulista. Rev enferm UERJ. 2017; 25(e11173): 1-5.
18. Silva SBJ, Conceição HN, Oliveira MR, Câmara JT, Moura LRP, Silva KS, et al. Perfil epidemiológico da violência contra a mu-

- Iher em um município do interior do Maranhão, Brasil. *Mundo da Saúde*. 2021; 45: 56-65.
19. Nogueira PL, Utiyama MSA, Ventura MT, Gomes HG. Perfil epidemiológico das mulheres vítimas de violência atendidas no IML de Cuiabá e região. *Perspectivas*. 2017; 2(2): 1-9
 20. Castro TL, Tinoco RLR, Lima LNC, Costa LRS, Francesquini Júnior L, Darugue Júnior E. Violence against women: characteristics of head and neck injuries. *Rev. Gaúch. Odontol*. 2017; 65(2): 100-108.
 21. Leôncio KL, Baldo PL, João VM, Biffi RG. O perfil de mulheres vitimizadas e de seus agressores. *Rev enferm*. 2008; 16(3): 307-12.
 22. Andrade MF, Giuliane CD, Biffi EFA. Perfil de mulheres vítimas de violência assistidas no pronto-socorro/Hospital de Clínicas-UFU. São Paulo, 2011.
 23. Faria C. Estudo do aspecto odonto-legal das lesões corporais decorrentes de violência doméstica [dissertação]. Piracicaba- SP. Faculdade de Odontologia de Piracicaba, da Universidade Estadual de Campinas-UNICAMP/FOP, 2006.
 24. Garbin CAS, Garbin AJI, Dossi AP, Dossi MO. Violência doméstica: análise das lesões em mulheres. *Cad Saúde Pública*. 2006; 22:2567-73.
 25. Vicenzi B, Nadal L, Fosquiera EC. Estudo retrospectivo de lesões do complexo maxilomandibular nos laudos do instituto médico-legal de Cascavel (Pr). *RBOLRevista Brasileira de Odontologia Legal*. 2017;4(2):02-11.