

AVALIAÇÃO DE FATORES RELACIONADOS À VIOLÊNCIA ASSOCIADA A GÊNERO – UM ESTUDO DO INQUÉRITO NACIONAL

FACTORS RELATED TO THE ASSESSMENT VIOLENCE ASSOCIATED GENDER – A STUDY OF THE NATIONAL INQUIRY

RAQUEL FERNANDA ÍSIS MINCOFF¹, ALINE TIEMI WATANABE DEMETRIO², MAYRA SENISE SODA GRAZIANO³, LUIZ FERNANDO LOLLI^{4*}, GISELE MENDES DE CARVALHO⁵

1. Cirurgiã-Dentista, Graduada pela Universidade Estadual de Maringá; 2. Cirurgiã-Dentista, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Odontologia Integrada da Universidade Estadual de Maringá. Especialista em Odontologia Legal; 3. Cirurgiã Dentista, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Odontologia Integrada da Universidade Estadual de Maringá; 4. Cirurgião-Dentista, Doutor em Odontologia Preventiva e Social. Docente do Departamento de Odontologia da Universidade Estadual de Maringá; 5. Advogada. Doutora em Direito Penal. Docente do Curso de Direito da Universidade Estadual de Maringá.

* Avenida Mandacarú - 1550. Maringá, Paraná, Brasil. CEP: 87080-000. profdrluizfernando@gmail.com.

Recebido em 31/03/2016. Aceito para publicação em 19/05/2016

RESUMO

A violência é um sério problema social e de saúde pública no Brasil. O objetivo desse trabalho foi analisar variáveis de inquérito intervenientes no fenômeno violência e a associação destas com o gênero. Trata-se de um estudo documental, observacional, transversal e quantitativo, com amostra de conveniência obtida do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) do Ministério da Saúde. As variáveis do estudo foram: “parte do corpo atingida”, “natureza da lesão”, “provável autor” e “encaminhamento/evolução” em associação à variável “gênero”. Foram levantados 5.950 casos, sendo 70% deles (n=4.159) registrados para homens. Considerando o gênero masculino, houve associação estatística com as variáveis “região de cabeça/face” ($p<0.001$), “múltiplos órgãos” ($p<0.001$) “lesão lacerativa/cortante” ($p<0.001$), “traumatismo de crânio” ($p=0.003$) e politraumatismo ($p=0.001$). Também com “amigo/conhecido” ($p<0.001$), “agente legal público” ($p<0.001$) e “desconhecidos” ($p<0.001$) como prováveis autores. Associou-se ainda com “internação hospitalar” ($p<0.001$) e ocorrência de “óbito” ($p=0.0006$). Para as mulheres, houve associação estatística com “lesão genital” ($p=0.0003$), “contusão” ($p<0.001$), “entorse/luxação” ($p<0.001$), “intoxicação” ($p<0.001$). Os agressores associados foram “companheiro/ex-companheiro” ($p<0.001$) e “outros familiares” ($p<0.001$). Registrou-se ainda associação com “encaminhamento de outro setor de apoio” ($p=0.03$). Conclui-se que existem associações diversas das variáveis intervenientes no fenômeno violência e os gêneros masculino e feminino, sendo necessários maiores estudos e fortalecimento de ações de enfrentamento e prevenção para ambos os casos.

PALAVRAS-CHAVE: Inquéritos epidemiológicos, exposição à violência, violência contra a mulher.

ABSTRACT

Violence is a serious social and public health problem in Brazil. The aim of this study was to analyze survey variables involved in the violence phenomenon and their association with the genre. This is a documentary study, observational, cross-sectional and quantitative, with convenience sample obtained from Violence and Accidents Surveillance System (VIVA) of the Ministry of Health. The variables were "part of the affected body", "nature injury", "probable author" and "forward / evolution" in association with the variable "gender". 5,950 cases have been raised, 70% of them (n=4,159) recorded for men. Considering the male, there was statistical association with the variables "region of head / face" ($p<0.001$), "multiple organ" ($p<0.001$) "lacerative / cutting injury" ($p<0.001$), "head trauma" ($p=0.003$) and multiple trauma ($p=0.001$). Also with "friend / acquaintance" ($p<0.001$), "public Agent Cool" ($p<0.001$) and "unknown" ($p<0.001$) as probable authors. It is still associated with "hospital internment" ($p<0.001$) and the occurrence of "death" ($p=0.0006$). For women, there was statistical association with "genital injury" ($p=0.0003$), "contusion" ($p<0.001$), "sprain / dislocation" ($p<0.001$), "intoxication" ($p<0.001$). The offenders associated were "partner / ex-partner" ($p<0.001$) and "other family members" ($p<0.001$). It was registered even association with "forwarding other support sector" ($p=0.03$). It is concluded that there are various associations of intervening variables in the violence phenomenon and male and female, requiring further studies and strengthening of coping and prevention actions for both cases.

KEYWORDS: Epidemiological surveys, exposure to violence, violence against women.

1. INTRODUÇÃO

A violência é um fenômeno de causalidade complexa, controverso, de mensuração problemática e o reconhecimento de sua ocorrência envolve a análise de valores e práticas culturais, como também em seus componentes causais sócio-históricos, econômicos e subjetivos¹. A Organização Mundial de Saúde (OMS) define violência como o uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça contra si próprio ou contra outra pessoa, grupo ou comunidade, que resulte ou possibilite resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação². A Organização das Nações Unidas (ONU) afirma que a violência persiste em todos os países do mundo como violação contundente dos direitos humanos e como um impedimento na conquista da igualdade de gênero³.

Os estudos epidemiológicos sobre violência de gêneros são de fundamental importância para que se tenha o conhecimento de como a violência se caracteriza em sua existência, evidenciando seus contornos e determinando sua magnitude⁴. É neste contexto mais amplo que se busca a relação entre violência e saúde, pois desta forma, pode-se ter a capacidade de legitimar o debate sobre sua ocorrência e importância. Grandes estudos sobre levantamentos epidemiológicos, como o realizado pela Organização Mundial da Saúde, publicado em 2010, trazem informações sobre a situação de violência, em vários setores, e sugere medidas de prevenção e alternativas de intervenções para que haja uma melhora no quadro mundial⁵. Outro grande estudo também publicado em 2010, é um documento intitulado: “Observatório de violência: melhores práticas”, que faz uma recompilação das experiências voltadas para o tema de prevenção da violência e lesões existentes na América Latina⁶. A partir de pesquisas desta natureza, é possível desenvolver políticas públicas preventivas em benefício dos cidadãos.

Considerando que atualmente os acidentes e violências constituem grave problema de saúde pública no país, foi instituída a Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências, que tem como uma das diretrizes a promoção da adoção de comportamentos e de ambientes seguros e saudáveis⁷. O profissional da saúde necessita conhecer o fenômeno violência e seus desdobramentos, até porque possui o dever legal notificar casos que apareçam no seu ambiente de trabalho e dos quais se tenha suspeita ou confirmação. Neste contexto, o Brasil possui em vigor legislação que determina a obrigatoriedade da notificação de doenças e agravos, incluindo a violência⁸.

O Brasil conta com vários sistemas de informação que consolida banco de dados sobre diversos temas. Muitos destes sistemas integram o Banco de Dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS). É o caso das informações sobre violências que constam no Sistema de Informação

sobre Agravos de Notificação (SINAN) e no Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA)⁹.

Com base no exposto, esse trabalho teve por objetivo analisar variáveis de inquérito intervenientes no fenômeno violência e a associação destas com o gênero masculino e feminino.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um delineamento documental, transversal, observacional, quantitativo e analítico, com amostra de conveniência derivada de um banco de dados nacional.

As informações utilizadas nesta pesquisa foram obtidas do Inquérito VIVA 2011, cujo registro foi feito a partir de informações disponibilizadas por hospitais de urgência e emergência. O acesso a este material foi realizado por meio do Tabnet – DATASUS.

Uma única examinadora foi responsável por coletar todos os dados. Em atendimento aos propósitos deste trabalho foram selecionadas as variáveis: “gênero”, “parte (s) do corpo atingida (s)”, “natureza da lesão”, “provável autor”, “evolução e encaminhamento”.

As informações obtidas no presente levantamento foram organizadas em planilhas eletrônicas de Microsoft Excel. Os dados foram apresentados em tabelas de associação, com auxílio do próprio dispositivo TABNET- DATASUS. Tais tabelas foram elaboradas no sentido de apresentar a associação da respectiva variável com o gênero.

As análises de associação foram realizadas por meio do teste Qui-quadrado (χ^2) coeficiente de contingência C com o auxílio do software Bioestat 5.0¹⁰. O nível de significância considerado nesse estudo foi de 5% ($P < 0,05$). Para tais análises foram desconsiderados os campos identificados como “sem declaração”, segundo os dados do inquérito.

3. RESULTADOS

A base de dados consultada apresentou 5.950 registros de violência, sendo 1.777 casos (30%) para o gênero feminino e 4.159 (70%) para o gênero masculino. Na apresentação tabular dos dados nem sempre o valor total coincide com a população amostral, pelo fato de que houve mais de uma citação em determinadas categorias.

A tabela 1 demonstra resultados da associação entre “parte do corpo atingida” e o “gênero”. A tabela 2 apresenta resultados da associação entre “natureza da lesão” e “gênero”. Já a tabela 3 relata os resultados de associação entre “provável autor” e “gênero” e, por fim, a tabela 4 expõe a associação entre “evolução/encaminhamento” e o “gênero”.

Tabela 1. Associação entre “Gênero” e “Partes do Corpo” em vítimas de violência segundo o Sistema de Vigilância de Violência e Acidentes – VIVA/DATASUS, (INQUÉRITO) – 2011.

Partes do corpo atingidas	Masculino	Feminino	Sem Declaração	Valor de “p”
Boca/Dentes	108	51	1	0.005
Outra Região Cabeça/Face	1383*	489	2	<0.0001
Pescoço	89	29	1	0.061
Coluna/Medula	31	14		0.86
Tórax/Dorso	363	76	1	<0.0001
Membros Superiores	839	382	1	0.32
Membros Inferiores	372	133	5	0.06
Genitais	17	22*		0.0003
Múltiplos Órgãos	607*	348	2	<0.0001
Não Se Aplica	95	155	1	NA
Sem Declaração	16	17		NA
Total	4159	1780	14	5953

*Significância Estatística ($p < 0.05$)

Tabela 2. Associação entre “Gênero” e “Natureza da lesão”, em vítimas de violência segundo o Sistema de Vigilância de Violência e Acidentes – VIVA/DATASUS, (INQUÉRITO) – 2011.

Natureza da lesão	Masculino	Feminino	Sem Declaração	Valor de “p”
Contusão	427	286*		<0.0001
Corte/Laceração	2383*	696	7	<0.0001
Entorse/Luxação	176	127*		<0.0001
Fratura	314	113	2	0.10
Amputação	10	3	2	0.58
Traumatismo Dentário	20	7	1	0.64
Traumatismo Crânio/Encefálico	187*	51		0.003
Politraumatismo	227*	62	1	0.001
Intoxicação	110	188*		<0.0001
Total	3936	1662	13	5611

*Significância Estatística ($p < 0.05$)

Tabela 3. Associação entre “Gênero” e “Provável Autor” em vítimas de violência segundo o Sistema de Vigilância de Violência e Acidentes – VIVA/DATASUS, (INQUÉRITO) – 2011.

Provável Autor	Masculino	Feminino	Sem Declaração	Valor de “p”
Genitores	52	59		<0.0001
Outros Familiares	187	449*	2	<0.0001
Companheiro/Ex-companheiro	335	195*	2	<0.0003
Amigo/Conhecido	1174*	356	5	<0.0001
Agente Legal Público	141*	11		<0.0001
Desconhecido	1703*	303	4	<0.0001
Outro	48	25		0.41
Não se Aplica	336	344		NA
Sem Declaração	183	15	1	NA
Total	4159	1757	14	5930

*Significância Estatística ($p < 0.05$)

Tabela 4. Associação entre “Gênero” e “Evolução/encaminhamento” em vítimas de violência segundo o Sistema de Vigilância de Violência e Acidentes – VIVA/DATASUS, (INQUÉRITO) – 2011.

Evolução/Encaminhamento	Masculino	Feminino	Sem Declaração	Valor de “p”
Alta	2575	1225	9	<0.001
Encaminhamento Ambulatorial	240	120		0.10
Internação Hospitalar	988*	228	1	<0.0001
Encaminhamento para outro setor	251	184*	4	0.03
Evasão/ Fuga	77	39		0.38
Óbito	51*	5		0.0006
Sem Declaração	77	26		NA
Total	4259	1827	14	6100

*Significância Estatística ($p < 0.05$)

4. DISCUSSÃO

O presente trabalho foi idealizado com o intuito de se

obter um panorama investigativo sobre o fenômeno violência em associação aos gêneros masculino e feminino. Fundamenta-se no fato da literatura especializada relatar diferenças importantes da violência praticada contra homens ou mulheres. Este estudo partiu de um registro de 5.950 notificações de agravos, sendo 1777 casos para o gênero feminino e 4159 para o gênero masculino. Na variável “região do corpo atingida” predominaram cabeça/face (21,6%). A lesão mais prevalente foi corte/laceração (44,4%) para o gênero masculino e contusão (17,2%) para o gênero feminino. O provável autor predominante foi indivíduo desconhecido (40,94%). Em relação à evolução/encaminhamento as situações de alta foram predominantes (61,91%).

Relacionado ao tipo de violência, predominaram os atendimentos decorrentes de corte/laceração e contusão. Dados do estudo realizado em gênero feminino por Garbin *et al.* (2006)¹¹, apresentaram o agente contundente como o maior responsável pelas lesões (60,6%), seguido pelo agente cortante (9,1%) e dentre todas as regiões atingidas, a de cabeça e pescoço foi a que obteve maior prevalência (30%). Amaral *et al.* (2011)¹², realizaram um estudo documental, embasado por consultas a arquivos do Instituto Médico Legal, da cidade de Maringá-PR. Tal estudo demonstrou que a região mais acometida foi cabeça/face (45,7%), sendo a agressão física (79,2%) a origem mais comum. Outro estudo que comprova esta evidência, tendo lesões em cabeça/ face, com 71% para o gênero masculino, foi realizado em um hospital público de São Paulo, no período de 2000 a 2001, que segundo o IBGE, abrange uma população de 2.727.642 pessoas¹³. Os pesquisadores Kieser *et al.* (2002)¹⁴ fizeram estudos que incluíram pacientes portadores de graves faturas maxilofaciais, em todos os hospitais públicos entre 1979 e 1998. Nos 20 anos de estudo houve 27.732 mil casos de fraturas faciais, sendo que 78,9% ocorreram em homens. Pesquisas realizadas no Hospital de Clínicas de Uberlândia (HCU) e no Posto Médico legal (PML) em Minas Gerais também demonstraram prevalência do gênero masculino¹⁵. É necessário ressaltar a importância da sensibilização dos profissionais de saúde para o acompanhamento e notificação desses casos, em especial, que o profissional da área odontológica adquira conhecimentos para uma intervenção adequada, resultando assim, na minimização de danos físicos e sociais¹⁶. São poucos os cursos de graduação e pós-graduação na área da saúde que abordam a temática violência e a preparação para lidar com isto no dia a dia do trabalho profissional¹⁷.

Segundo análise dos dados do inquérito, os homens foram mais acometidos por corte/laceração, por pessoas desconhecidas, agente legal público e amigos/conhecidos. Essa prevalência está relacionada com o tipo de violência em que estão envolvidos, por exemplo: assaltos, envolvimento com a polícia, desavenças entre gangues, brigas

em bares e narcotráfico, que na maioria das vezes, as vítimas utilizam armas de fogo e arma branca como instrumentos produtores de lesão. Trata-se, portanto, de uma violência mais urbana ou de rua¹⁸. Um levantamento realizado entre 2000 e 2004 já havia demonstrado que essa violência ocorre em espaços públicos e ambientes coletivos de relativo anonimato, sendo também contra “pessoas não conhecidas e sem convívio com o agressor” a maior frequência dos casos¹⁹.

No caso das mulheres, a violência de maior predominância foi cometida por um único indivíduo, do sexo masculino e que mantinha relação próxima com a vítima na condição de cônjuge ou amigo, conhecido ou genitor. Elas são vítimas da chamada violência doméstica, praticada dentro de casa ou no âmbito familiar, entre indivíduos unidos por parentesco civil ou biológico. Quando se trata de companheiro ou ex-companheiro, estudos mostram que a dependência econômica ainda é um dos principais entraves à denúncia e ao rompimento da relação vítima-agressor. Muitas das vítimas se veem desamparadas/refêns e acabam sujeitando-se a repetidas agressões e humilhações²⁰, que vem a corroborar com o estudo intitulado “Violência contra a mulher, coesão familiar e drogas”, onde constatou-se que o principal agressor foi o companheiro/esposo (58,5%), seguido do ex-companheiro (31,5%)²¹, e no estudo realizado em dois hospitais do Estado do Rio de Janeiro, onde o marido foi o agressor em 56,9% dos casos²². Porém, nos estudos realizados por Amaral *et al.* (2011)¹² e por Rezende *et al.* (2007)²³, a maioria das vítimas (75,7%) e (63,0%), respectivamente, se declarou solteira.

Sobre a evolução dos casos, 71% das vítimas receberam alta, 2,2% evadiram e 1,8% foram a óbito pela violência. Quanto aos encaminhamentos para outros setores, observou-se que no sexo masculino, 23,3% das vítimas foram encaminhadas para o Conselho Tutelar da Criança e do Adolescente, seguidos de encaminhamentos para outras delegacias (21,2%). No caso do gênero feminino, o destino mais frequente também foi o Conselho Tutelar (21,7%), seguido da Delegacia Especializada da Mulher (DEM), com 21,4%⁸. Tais instituições foram criadas para que houvesse a defesa de minorias desprivilegiadas, sendo uma resposta à violência incidente em grupos discriminados, como a mulher, crianças, adolescentes, idosos e crimes de racismo²⁴. Dessa forma, a violência pode assumir características distintas, dependendo sim do perfil da vítima²⁵.

Cálculos estimaram que aproximadamente 3,3% do PIB brasileiro no final da década de 90 foi destinado gastos com os custos diretos da violência, cifra que sobe para 10,5% quando se incluem custos indiretos e transferências de recursos²⁶. Isto representa três vezes mais do que os valores que são gastos com tecnologia e ciência.

Nos últimos 20 anos, os homicídios no Brasil tiveram crescimento proporcional de mais de 200% entre os anos

de 1980 e 2000 passando de 13.601 para 45.343 casos, cerca de 70% de todos os homicídios ocorreram nesses últimos 20 anos e 83 % deles em jovens do sexo masculino²⁷.

O setor de saúde é importante tanto na detecção dos casos de violência quanto na assistência a pessoas agredidas. Assim, deve ser devidamente capacitado para este fim²⁸. Isto envolve o treinamento dos profissionais no sentido de que conheçam o fenômeno, suas causas e seus desdobramentos, que possam compreendê-lo como uma questão social importante imperativa na saúde e na qualidade de vida e não somente presente em casos isolados de alguns indivíduos²⁹. Assim, a capacitação das equipes deve a reflexão sobre suas atitudes, seus conceitos de violência e os aspectos técnicos do atendimento quando do contato direto com as vítimas de agressão³⁰.

A carência de trabalhos que melhor analise a prevenção da violência e o papel da saúde nesse tema chama a atenção para que novos estudos sejam realizados. Observa-se que a maioria das publicações sobre violência associa este conceito a mulheres, idosos e crianças, grupos estes que representam, de fato, as pessoas mais susceptíveis e vulneráveis. Porém, este estudo demonstrou que existe um percentual muito relevante de violência para o gênero masculino, com características distintas daquela violência praticada contra as mulheres, mas que merece melhor reflexão e também a adoção de políticas de enfrentamento e prevenção.

5. CONCLUSÃO

A presente pesquisa demonstrou que foram várias as variáveis que interferem no fenômeno violência e se associam de modo diferente nos gêneros masculino e feminino. Os casos registrados para o gênero masculino constituíram mais de 2/3 da amostra. O gênero masculino esteve associado com lesões tanto na região de cabeça/face quanto em múltiplos órgãos, sendo lesões lacerativas/cortantes, traumatismos de crânio e politraumatismos. Tanto amigos/conhecidos quanto os agentes públicos e ainda os desconhecidos foram atores da violência contra homens. Eles apresentaram impacto estatístico de internação hospitalar e casos de óbito. Já as mulheres tiveram associação com lesão genital, lesões contusas, entorse/luxação e casos de intoxicação. Os agressores associados foram companheiro ou ex-companheiro e outros familiares. Elas foram estatisticamente mais encaminhadas para outros setores de apoio. Com base nestas associações, recomenda-se que ações interdisciplinares entre profissionais da saúde, de outros setores públicos e da sociedade civil sejam planejadas com foco na prevenção e enfrentamento da violência cometida contra ambos os gêneros.

REFERÊNCIAS

- [1] Minayo MCS, Souza ER. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília; Brasil. Ministério da Saúde 2005:340. ilus, tab, graf. (Série B. Textos Básicos de Saúde). [Link](#)
- [2] Dahlberg LL, Krug EG. Violência: um problema global de saúde pública. *Ciência & Saúde Coletiva* 2007; 11(Sup):1163-78. [Link](#)
- [3] Pinheiro PS. Relatório sobre o estudo das Nações Unidas sobre a violência contra crianças. ONU (Org.) 2006; [S.l.: s.n.]. [Link](#)
- [4] Penna LHG, Santos NC, Souza ER, Souza ER. A produção científica sobre violência doméstica na área da saúde pública. *R Enferm UERJ* 2004; 12:192-8. [Link](#)
- [5] Melo EM. Podemos prevenir a violência. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. Série: Promoção de Saúde e Prevenção da Violência 2010: 278. [Link](#)
- [6] Silveira AM, Peixoto B. Manual de Avaliação de Programas de Prevenção da Violência. Brasília. Organização Panamericana de Saúde 2010; 1 ed. 119 p. [Link](#)
- [7] Brasil. O que Cultura de Paz tem haver com saúde?. Ministério da Saúde, 2015. [Link](#)
- [8] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva): 2009, 2010 e 2011—Brasília: Ministério da Saúde 2013:164.
- [9] Datasus - Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de análise de Situação Saúde. Viva: vigilância de violências e acidentes, 2009, 2010 e 2011. Brasília: Ministério da Saúde 2012:164. – (Série G. Estatística e Informação em Saúde). [Link](#)
- [10] Ayres M, Júnior MA, Ayres DL, Santos AAS. BioEstat 5.0. Aplicações estatísticas nas ciências biológicas e médicas. Belém: Sociedade Civil Mamirauá 2007:291. [Link](#)
- [11] Garbin CAS, Garbin AJI, Dossi MO. Domestic violence: an analysis of injuries in female victims. *Cad. Saúde Pública* 2006 Dec.; 22(12):2567-73. [Link](#)
- [12] Amaral MA, Lolli LF, Valdrighi RT, Lobo ACP, Lolli MCGS, Lolli HA. Injúrias Físicas Sofridas por Mulheres - Prevalência Registrada no Instituto Médico Legal de Maringá-PR. *Revista Uningá* 2011 Abr./Jun.; 28:57-68.
- [13] Santos MAF. Traumatismo Buco Maxilo Faciais por agressão: Estudo em um hospital da periferia de São Paulo. [dissertação] São Paulo: Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo; 2002. [Link](#)
- [14] Kieser J, Stephenson S, Liston PN, Tong DC, Langley JD. Serious facial fractures in New Zealand from 1979 to 1998. *International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery* 2002 Apr.; 31(2):206-9. [Link](#)
- [15] Garcia MV, Ribeiro L, Tanús MR, Pereira GR, Resende AP. Violence against women: analysis of cases treated at three services in the city of Uberlândia, Minas Gerais State, Brazil. *Cad. Saúde Pública* 2008 Nov.; 24(11):2551-63. [Link](#)
- [16] Pires GE, Gomes EM, Duarte AD, Macedo AF. Violência interpessoal em vulneráveis e mulheres: perfil das vítimas e diagnóstico pericial das lesões maxilomandibulares. *Oral Sci.* 2012 Jan./Jun.; 4(1):10-17. [Link](#)

- [17] Silva FF, Benedicto EM, Paranhos LR. Atuação profissional do cirurgião-dentista diante da política nacional de redução de morbimortalidade por acidentes e violência. *Biosci. J.*, 2013 Jul./Ago.; 29(4):1064-70. [Link](#)
- [18] Leal S, Lopes MJM. A violência como objeto da assistência em um hospital de trauma: “o olhar” da enfermagem. *Cien Saude Colet* 2005 Apr./June.; 10(2):419-31. [Link](#)
- [19] Schraiber LB, Barros CRS, Couto MT, Figueiredo WS, Albuquerque FP. Homens, masculinidade e violência: estudo em serviços de atenção primária à saúde. *Rev Bras Epidemiol.* 2012; 12(4):790-803. [Link](#)
- [20] Melo AK. Violência doméstica, perfil da vítima e o papel do dentista: Uma revisão crítica da literatura. [dissertação] Piracicaba: Faculdade de Odontologia da Universidade Estadual de Campinas; 2013. [Link](#)
- [21] Rabello PM, Caldas AF. Violência contra a mulher, coesão familiar e drogas. *Rev Saúde Pública* 2007; 41(6):970-8. [Link](#)
- [22] Deslandes SF, Gomes R, Silva CMFP. Caracterização dos casos de violência doméstica contra a mulher atendidos em dois hospitais públicos do Rio de Janeiro. *Cad. Saúde Pública* [online] 2000 Jan./Mar.; 16(1):129-37. [Link](#)
- [23] Rezende EJC, Araújo TM, Moraes MAS, Santana JSS, Radicchi R. Lesões buco-dentais em mulheres em situação de violência: um estudo piloto de casos periciados no IML de Belo Horizonte, MG. *Revista Brasileira de Epidemiologia* 2007 Jun.; 10(2):202-14. [Link](#)
- [24] Debert GG, Gregori MF. Violência e gênero: novas propostas, velhos dilemas. *Revista Brasileira de Ciência Sociais* 2008 Fev.; 23(66):65-211. [Link](#)
- [25] Lolli LF, Trindade JP, Moraes AB, Neto Filho MA, Lolli MCGS. Atos ocultos de violência praticados contra idosos institucionalizados em associação ao perfil de cuidadores. *Biosci. Journal, Uberlândia* 2013 Jan./Fev.; 29(1):237-46. [Link](#)
- [26] Briceño-León R. La nueva violencia urbana de América Latina. *Sociologias*, Porto Alegre 2002 July./Dec.; 4(8):34-51. [Link](#)
- [27] Souza ER, Minayo MC SER. Análise temporal da mortalidade por causas externas no Brasil: décadas de 80 e 90. Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira. Rio de Janeiro: FIOCRUZ 2003:83-108. [Link](#)
- [28] Medrado B, Lemos AR, Brasilino J. Violência de gênero: paradoxos na atenção a homens. *Psicologia em Estudo*, Maringá 2011 July./Sept.; 16(3):471-78. [Link](#)
- [29] Soares BM. *Mulheres Invisíveis: Violência Conjugal e novas políticas de segurança*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 1999.
- [30] Bedonea JÁ, Faúndes A. Comprehensive healthcare for female victims of sexual violence: the experience of the Women's Comprehensive Healthcare Center, State University in Campinas, Brazil – *Cad. Saúde Pública* 2007; 23(2):465-69. [Link](#)