

Vanessa Alexandra Neves Machado

**Incidência de fraturas maxilo-faciais
em casos de violência
nas relações de intimidade**

2014

Vanessa Alexandra Neves Machado

**Incidência de fraturas maxilo-faciais
em casos de violência
nas relações de intimidade**

Dissertação apresentada no Instituto Superior de Ciências da Saúde – Norte, para obtenção do grau de Mestre em Ciências Forenses.

Orientador: Professora Doutora Sandra Rua Ventura

Coorientadora: Mestre Fernanda Rodrigues

Resumo

A violência doméstica constitui não só um problema que perturba o bem-estar individual, familiar e a inserção social das vítimas, como aliás, é considerada um crime público e que deve ser denunciado. Integrada neste conceito, a violência nas relações de intimidade tem vindo a tornar-se mais incidente e tendencialmente mais grave com o tempo. Em virtude deste aumento, este estudo tem por objetivo determinar qual a incidência de fraturas maxilo-faciais em vítimas de violência nas relações de intimidade. Este estudo tem como população alvo vítimas de violência nas relações de intimidade, com idade igual ou superior a 18 anos, da região norte de Portugal, que constem da base de dados do Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, I.P, nos anos de 2011 e 2012 e em que o agressor pertença ao círculo íntimo da vítima. Para o efeito foram utilizados formulários para recolha dos dados. Através da observação e análise de 2472 casos recolheram-se e registaram-se os dados num formulário. Assim, foi possível constatar que 83 % das vítimas são mulheres e que o intervalo de idades em que se verifica uma maior percentagem de vítimas de violência situa-se entre os 36 e 44 anos. Verificou-se também que em mais de metade das queixas apresentadas no Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, I.P as vítimas não se dirigiram ao hospital. Das vítimas que se dirigiram ao hospital e realizaram exames imagiológicos, verificou-se que 18 delas apresentaram fratura maxilo-facial, sendo o osso nasal o mais comumente fraturado. Por fim, através das variáveis em estudo pode-se concluir que a violência intrafamiliar não ocorre de forma tão violenta, a ponto de provocar danos físicos graves, como a fratura.

Palavras-chave: Violência nas Relações de Intimidade, Vítima, Imagiologia, Fratura Óssea, Radiologia Maxilo-facial, Radiologia Forense.

Abstract

Domestic violence is not only a problem that disrupts personal, family welfare and social integration of the victims, but also a public offense that must be denounced. Inside this concept, the intimate partner violence has become more common and tendentiously more severe along time. Due to its increase, our aims is to determine the incidence of maxillofacial fractures in victims of intimate partner violence. This study has as target population whole the victims of intimate partner violence, with at least 18 years aged from the north of Portugal, listed in the database of the National Institute of Legal Medicine and Forensic Sciences, I.P, in the years of 2011 and 2012 and in which the offender belongs to the inner circle of the victim. Quantitative data was collected by means of observation and analysis of 2472 cases, and then have been registered in a form. Thus, it was found that 83% of victims are women and the age range with higher percentage of victims of violence is between 36 and 44 years. It was also found that more than one half of the complaints at the National Institute of Legal Medicine and Forensic Sciences, I.P, the victims were not to the hospital. The victims turning to the hospital and who perform imaging exams, only 18 had maxillo-facial fractures, being the nasal bone the most commonly fractured. Finally, concerning the variables understudy it can be concluded that domestic violence does not occur so violently in order to cause serious physical injury, such as fracture.

Keywords: Intimate Partner Violence, Victim, Imagiology, Bone fracture, Maxillofacial Radiology, Forensic Radiology.

Índice

Resumo.....	i
Abstract.....	iii
I. Introdução.....	1
1.1. Enquadramento teórico.....	2
1.2. Objetivos e abordagem seguida.....	3
1.3. Estrutura da tese.....	4
II. Estado da arte.....	7
2.1. Impacto e consequências para a saúde da vítima.....	7
2.2. Papel da imagiologia no diagnóstico de lesões maxilo-faciais.....	9
2.3. Papel dos prestadores de cuidados médicos.....	12
III. Violência nas relações de intimidade.....	15
3.1. Contextualização legal e enquadramento.....	15
3.2. Fatores de risco e tipos de violência doméstica.....	20
3.3. Exame pericial.....	23
IV. Trauma maxilo-facial.....	27
4.1. Considerações anatómicas.....	27
4.2. Traumatologia maxilo-facial.....	31
4.2.1. Lesões mais frequentes.....	31
4.3. Meios de diagnóstico por imagem.....	36
4.4. Papel do técnico de radiologia.....	39
V. Objetivos.....	41
VI. Materiais e Métodos.....	43
VII. Resultados.....	45
7.1. Caracterização sociodemográfica.....	45
7.2. Caracterização imagiológica das lesões em vítimas de VRI.....	50
VIII. Discussão.....	59
IX. Conclusão.....	65
X. Referências Bibliográficas.....	69

Índice de figuras

Figura 1 - Ciclo do exame pericial efetuado a uma vítima de violência nas relações de intimidade.....	24
Figura 2 - Vista anterior (A) e lateral (B) dos ossos do crânio e face (Adaptado de http://sanbiomedica.blogspot.pt/2010/10/osteologia.html).	28
Figura 3 - Imagem de radiologia convencional de um paciente com fratura do osso nasal (Adaptada de http://www.drrahmatorlummc.com/xray.html).	32
Figura 4 - Imagens de tomografia computadorizada de pacientes com fratura da órbita. A imagem (A) ilustra uma fratura do tipo <i>blow-out</i> (seta preta). A imagem (B) ilustra uma fratura do tipo <i>blow-in</i> (seta branca).....	33
Figura 5 - Imagem de tomografia computadorizada de um paciente com fratura do arco zigomático (http://www.radiologytutorials.com/main.cgi?tut=/main.cgi&frame=main&tt=1&s=1&t=29&mod=all&tt=1).	34
Figura 6 - Imagens de Tomografia computadorizada de pacientes com fratura dos ossos maxilares. A imagem (A) ilustra duas fraturas do tipo Le Fort I (seta branca) e II (seta preta). A imagem (B) corresponde a uma reconstrução tridimensional de TC e ilustra uma fratura do tipo Le Fort III (como sinalizado pelas setas).....	35
Figura 7 - Imagem de radiologia convencional de um paciente com fratura do corpo da mandíbula (Adaptada de http://www.radiologytutorials.com/main.cgi?tut=/main.cgi&frame=main&tt=1&s=1&t=29&mod=all&tt=1).	36

Índice de gráficos

Gráfico 1. Distribuição das vítimas de VRI (A) e da população do Grande Porto (B) nos censos de 2011, de acordo com o género.	45
Gráfico 2. Distribuição etária das vítimas de VRI (A) e da população do Grande Porto nos censos de 2011.....	46
Gráfico 3. Distribuição das vítimas de VRI de acordo com a profissão.	48
Gráfico 4. Distribuição das vítimas de acordo com a relação que mantêm com o agressor.....	49
Gráfico 5. Distribuição das vítimas consoante o número de agressores.	49
Gráfico 6. Distribuição das vítimas consoante a realização de exames imagiológicos.....	51
Gráfico 7. Distribuição das vítimas consoante a existência de fratura.....	51
Gráfico 8. Distribuição das vítimas consoante a região fraturada.	52
Gráfico 9. Distribuição das vítimas consoante o número de ossos fraturados.....	53
Gráfico 10. Distribuição das vítimas consoante o osso da face fraturado.	53

Índice de tabelas

Tabela 1 - Tipos de violência doméstica (adaptado de site da APAV e relatórios médico-legais).	22
Tabela 2 - Descrição anatômica dos ossos do crânio (Drake <i>et al.</i> , 2005).	29
Tabela 3 - Descrição anatômica dos ossos da face (Drake <i>et al.</i> , 2005).	30
Tabela 4 - Incidências utilizadas em caso de fratura maxilo-facial (Sarrat & Savornin, 1987). .	37
Tabela 5 - Distribuição dos relatórios analisados no INMLCF, I.P por ano civil.....	45
Tabela 6 – Distribuição geográfica das vítimas de VRI e da população do Grande Porto.....	47
Tabela 7 - Locais de prestação de cuidados.	50
Tabela 8 – Distribuição do número de agressores segundo o género.	54
Tabela 9 – Avaliação da realização de exame imagiológico segundo o género da vítima de VRI.	54
Tabela 10 – Determinação do local de fratura segundo o género da vítima de VRI.....	55
Tabela 11 – Distribuição da idade segundo a localização da fratura.	56
Tabela 12 – Determinação da ida da vítima de VRI ao hospital segundo a sua profissão.	56
Tabela 13 – Comparação da relação que a vítima mantém com o agressor segundo o local de fratura.....	57

Abreviaturas, Siglas e Símbolos

% - percentagem

APAV - Associação Portuguesa de Apoio à Vítima

ART. - artigo

INMLCF, I.P - Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses

Medleg.NET – ferramenta informática utilizada pelo INMLCF, I.P.

MP - Ministério Público

n – número da amostra

N – número total

Nº - número

OPC - Órgãos de Polícia Criminal

p - nível de significância

RC - radiologia convencional

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SPSS – do Inglês, Statistical Package for the Social Sciences

TC - tomografia computadorizada

VD - violência doméstica

VRI - violência nas relações de intimidade

χ^2 – teste qui-quadrado

Agradecimentos

A realização desta dissertação não teria sido possível sem o apoio, conselhos e dedicação de algumas pessoas. A conclusão desta dissertação é um marco importante na minha vida, refletindo-se no enriquecimento da minha vida pessoal e profissional.

Desde já agradeço em especial à minha orientadora, Professora Doutora Sandra Rua Ventura, por todo o empenho e dedicação que demonstrou na elaboração deste trabalho, bem como no tempo disponibilizado. Não imaginaria outra pessoa a orientar-me neste trabalho!

À Mestre Fernanda Rodrigues, minha coorientadora, por todos os conselhos e disponibilidade.

Ao Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, I.P., nomeadamente à Delegação do Norte que me permitiram o acesso aos relatórios de Clínica Forense, bem como a todos os seus funcionários pela simpatia demonstrada.

À minha amiga Carla Santos por estar sempre presente nos maus momentos, nunca deixando de me incentivar e demonstrar a capacidade que tinha para a conclusão deste trabalho.

Ao João, meu namorado, pelas tardes de domingo perdidas e por tudo o resto.

Aos meus pais, a quem devo tudo na vida.

I. Introdução

Em 1895, Wilhelm Conrad Roentgen realizou experiências com um tubo de raios catódicos, descobrindo a radiação-X. Após esta descoberta, Roentgen fez com que a radiação-X atravessasse a mão da sua esposa Bertha, obtendo assim a primeira radiografia da história. Esta descoberta veio revolucionar a área da medicina, permitindo realizar um diagnóstico não invasivo.

No âmbito das ciências forenses, conhecem-se inúmeras situações em que tem sido necessário recorrer à imagiologia, fazendo com que esta se torne uma ferramenta bastante importante.

A utilização da radiação-X a nível forense, foi realizada uns dias depois de Roentgen ter feito esta descoberta. A radiação-X foi utilizada com o intuito de visualizar um fragmento de bala alojado na perna de uma vítima, de forma a constituir prova em tribunal (Kudlas *et al.*, 2010).

No que concerne às lesões provocadas por outrem, nomeadamente à violência doméstica, a radiologia assume um papel fundamental na documentação de fraturas, dos padrões de lesão e das lesões não visíveis, proporcionando informação que poderá ser utilizada em tribunal de forma a condenar o agressor.

Do mesmo modo, a radiologia é usada em autópsias, como por exemplo no caso de grandes catástrofes. A utilização da radiologia nestes casos tem como principal objetivo identificar a vítima, procurar objetos estranhos que possam estar no interior do corpo e documentar lesões.

No século XIX, em França, a fluoroscopia já era utilizada com o objetivo de detetar o tráfico e o transporte de drogas. Adicionalmente, a imagiologia também desempenha um papel importante na deteção de obras de arte falsas.

Outra aplicação que a imagiologia apresenta na área das ciências forenses é o facto de poder comprovar a existência de uma doença mental num indivíduo, através da realização de uma TC do crânio, podendo ilibar o suspeito do crime de que este é acusado.

Durante vários anos foram muitos os profissionais da área das ciências forenses que recorreram às características dos dentes encontrados em restos mortais, com o intuito de poderem obter dados importantes para a identificação da vítima, como por

exemplo o sexo, a idade e a estatura. Hoje em dia, a imagiologia é um grande aliado da odontologia, tornando-se um complemento na identificação de vítimas através dos registos dentários (Figueiredo, 2008).

Assim, esta dissertação surge motivada pela vontade de criar um elo de ligação entre a área de formação base da autora (Licenciatura em Radiologia) com este mestrado. Acresce que, a violência nas relações de intimidade (VRI) tem vindo a ser bastante debatida por toda a sociedade, dado o enorme impacto que tem na saúde das vítimas, na sociedade em geral e no exemplo que se torna para as futuras gerações, considerando-se assim pertinente aliar este tema à imagiologia.

A presente dissertação surge no âmbito do Mestrado em Ciências Forenses lecionado no Instituto Superior de Ciências da Saúde – Norte, e intitula-se “Incidência de fraturas da região maxilo-facial em casos de violência nas relações de intimidade”.

1.1 Enquadramento teórico

A violência doméstica (VD) constitui não só um problema que perturba o bem-estar individual e familiar e a inserção social das vítimas, como aliás, é considerada um crime público de denúncia obrigatória para profissionais que dele tenham conhecimento no exercício de funções públicas.

Esta dissertação incide no tema da VRI, sendo por isso, necessário fazer um enquadramento teórico da definição da mesma, no conceito de VD.

Integrada no conceito de VD existe a VRI, que se exprime com maior incidência e tem tendência a tornar-se mais grave com o tempo. A grande diferença entre estes dois tipos de violência é que a VRI ocorre entre pessoas que têm ou tiveram uma relação íntima, nomeadamente (ex) cônjuges, (ex) companheiros e/ou (ex) namorados, ou que partilhem um filho, ao passo que a VD engloba agressões que tenham ocorrido entre sujeitos que partilham a mesma habitação e em situação de especial vulnerabilidade.

A VRI é um problema comum a todos os estatutos sociais, revelando-se um problema à escala mundial. Por razões económicas, sociais e culturais as mulheres encontram-se mais vulneráveis do que os homens, representando por isso a maioria das vítimas (Lourenço & Carvalho, 2011).

Devido à simplicidade, rapidez e informação que nos fornece, quando a vítima se dirige ao hospital o exame de primeira linha realizado, na maioria dos casos, é a

radiografia. Este método imagiológico é utilizado essencialmente na pesquisa de fraturas permitindo fazer uma caracterização do tipo e número de fraturas caso existam.

Quando se está perante uma situação de fratura, é indicativo de que o traumatismo que a pessoa sofreu foi de alguma gravidade. No que diz respeito às vítimas de violência, o número e tipos de fratura são indicativos do grau da violência da agressão.

1.2. Objetivos e abordagem seguida

Esta dissertação tem por objetivos:

- Realizar uma revisão sistemática da literatura e um enquadramento teórico do tema;
- Analisar estatisticamente a ocorrência de fraturas maxilo-faciais e a sua relação em casos de VRI;
- Caracterizar os tipos de fraturas mais frequentes diagnosticadas através da radiologia.

De forma, a poder responder aos objetivos propostos, houve necessidade de analisar relatórios do INMLCF, I.P relativos a VRI. A delegação escolhida para a recolha de dados foi a do Porto. Esta escolha prendeu-se com o facto desta se encontrar na área de residência da autora, facilitando a sua deslocação à delegação, para a recolha de dados.

De forma a obter uma amostra significativa para o estudo resolveu-se estudar os relatórios de VRI dos últimos dois anos de 2011 e 2012.

Procedeu-se à recolha dos dados durante quatro meses, analisando-se cada relatório um a um, e recolhendo a informação que se considerou relevante para a condução do estudo.

No ano de 2011 existiam 1178 relatórios relativos à VRI enquanto que no ano de 2012 existiam 1294. De forma a recolher os dados e a conseguir uma interpretação correta dos mesmos elaborou-se uma grelha de análise para a recolha dos dados.

1.3. Estrutura da tese

A presente dissertação encontra-se estruturada em nove capítulos, sequenciais destinando-se os quatro primeiros capítulos à contextualização teórica do tema e os restantes à descrição do estudo analítico efetuado. Resumidamente, apresentam-se as linhas gerais abordadas nos capítulos seguintes à introdução:

- *Capítulo II - Estado da arte*

Neste capítulo procede-se a uma revisão da literatura associada à temática, incidindo na prevalência da VRI em alguns países, nas consequências que este problema implica na saúde da vítima, bem como à reflexão sobre o impacto na VRI na economia.

Também neste capítulo são destacadas as causas mais frequentes de traumatismo maxilo-facial e quais os ossos mais fraturados. O papel da imagiologia é também referido, abordando as principais vantagens e desvantagens das modalidades de radiologia convencional e da tomografia computadorizada.

É de extrema importância a abordagem que os prestadores de cuidados médicos têm perante uma vítima de VRI, bem como a deteção precoce da mesma por parte destes, sendo mencionada neste capítulo o tipo de atitude que os prestadores de cuidados médicos têm com os pacientes de forma a detetarem precocemente vítimas de VRI.

- *Capítulo III - Violências nas relações de intimidade*

Aborda a definição de VRI e a sua distinção da VD. Também neste capítulo, são mencionadas as alterações que a lei sofreu ao longo dos anos, no que concerne à violência doméstica. Igualmente são descritos os fatores de risco e os tipos de violência bem como toda a dinâmica envolvida no exame pericial a uma vítima de VRI.

- *Capítulo IV- Trauma maxilo-facial*

Este capítulo inclui uma breve descrição anatómica dos ossos do crânio e da face. Estruturalmente, são enfatizadas as principais fraturas resultantes de um trauma maxilo-facial, bem como aos meios de diagnóstico mais utilizados. Por

fim, é realçado o papel do técnico de radiologia perante a realização de um exame a uma vítima de VRI.

- *Capítulo V- Objetivos*

Neste capítulo são apresentados os principais objetivos do estudo realizado.

- *Capítulo VI- Materiais e Métodos*

Nesta secção descrevem-se os materiais e métodos utilizados na presente dissertação, nomeadamente os critérios de seleção da amostra, técnicas de análise e de recolha dos dados. Por fim, são apresentadas as técnicas de análise estatística utilizadas.

- *Capítulo VII- Resultados*

Este capítulo inclui a apresentação dos resultados obtidos neste estudo exploratório. Inicialmente procede-se à caracterização sociodemográfica, onde são apresentadas as variáveis do estudo, nomeadamente o número de relatórios avaliados, género e idade das vítimas, a área de residência e profissão das vítimas, e a relação que a vítima mantém com o seu agressor bem como o número de agressores envolvidos.

Na secção seguinte, respeitante à traumatologia maxilo-facial são apresentados os resultados quanto à avaliação diagnóstica de fraturas através dos meios imagiológicos. Procurou-se assim avaliar se a vítima recorreu a algum local para receber cuidados médicos, se realizou exames imagiológicos, a existência de fratura e a sua localização, bem como o osso mais fraturado da face. Também se procedeu ao cruzamento de várias variáveis de forma a verificar a existência de alguma relação entre elas.

- *Capítulo VIII- Discussão*

Neste capítulo, resumam-se as principais conclusões obtidas nos diversos estudos relacionados com esta temática, bem como são evidenciadas relações que possam existir entre as diferentes variáveis. Para além disso, é feita uma análise comparativa dos resultados obtidos com a literatura existente.

- *Capítulo IX- Conclusão*

Esta secção descreve as principais conclusões obtidas ao longo de toda a dissertação. São focadas também as principais dificuldades que se verificaram ao longo do mestrado e para a elaboração da presente dissertação. Adicionalmente, é feita uma análise introspectiva e crítica do trabalho bem como são discriminados os limites que possam ter existido para a realização do trabalho. Por fim, são apontadas algumas sugestões para desenvolvimentos futuros, de modo a dar continuidade a este trabalho de investigação e a esta temática.

II. Estado da arte

A VRI é um fenómeno bastante recorrente no mundo, atingindo diferentes culturas, religiões e estatutos sociais e económicos (Saddki *et al.*, 2010). Existem diversas formas de infligir violência sobre outra pessoa, podendo-se recorrer a violência física ou até mesmo psicológica.

A violência física é o tipo de violência que provoca dor e danos visíveis na vítima. Uma vez que a face é uma área do corpo constantemente associada à beleza, e de fácil acessibilidade, torna-se assim frequentemente alvo em situações de VRI. Consoante o nível de força utilizada para atingir a vítima, esta agressão pode provocar fratura. Sempre que exista um caso de fratura, quer seja devido a violência ou não, a imagiologia desempenha sempre um papel importante na avaliação e diagnóstico de traumatismos.

Atualmente, a sociedade está mais consciente sobre a temática da VRI, tomando medidas preventivas para que esta não ocorra. Assim, torna-se importante perceber a prevalência de VRI e o impacto económico que esta apresenta nas sociedades, bem como entender qual a importância da imagiologia no diagnóstico de fraturas na região maxilo-facial e o papel que os profissionais de saúde desempenham relativamente a este problema.

Este capítulo tem como objetivo fazer a revisão da literatura relacionada com esta temática, estando subdividido em três subcapítulos.

2.1. Impacto e consequências para a saúde da vítima

A VRI é um problema mundial, considerada um abuso dos direitos humanos, sendo bastante vasta a literatura existente (Al-Atrushi *et al.*, 2013; Mathias *et al.*, 2013) assim como amplamente estudada em diversos países de forma a avaliar a prevalência deste flagelo.

Um estudo realizado por Al-Atrushi e colaboradores (2013), relativamente à prevalência da VRI em Erbil, uma cidade da região de Kurdistan no Iraque, concluiu que 58,6% das mulheres já sofreram de VRI em alguma altura da sua vida. Estes

investigadores concluíram ainda que a violência psicológica é o tipo de violência mais frequente (52,6%).

Igualmente, Mathias e colaboradores (2013) conduziram um estudo com o objetivo semelhante ao realizado por Al-Atrushi e colaboradores (2013), sendo a cidade selecionada São Paulo, Brasil. Num estudo realizado a uma amostra de 2379 mulheres, os autores concluíram que 55,7% das mulheres já sofreram algum tipo de VRI no decorrer da sua vida, sendo a violência psicológica, aquela que as vítimas referem ter sofrido com maior incidência. Apenas 1319 das mulheres inquiridas referiram ter sofrido vários tipos de violência, sendo que apenas 48,7% tinham a percepção do tipo de violência a que estava a ser sujeita.

De forma a verificar a prevalência e a as consequências para a saúde da VD em Karachi, Paquistão, foi conduzido um estudo por Fikree e Bhatti (1999). Para a realização deste estudo foram escolhidas aleatoriamente 150 mulheres de algumas instalações hospitalares de Karachi, tendo os autores deduzido que estas mulheres estão a ser sujeitas a violência com uma enorme proporção acarretando sérias consequências para a sua saúde física e mental. Este estudo revelou ainda que aproximadamente um terço das mulheres inquiridas já sofreu violência em algum momento da sua vida, e que a magnitude da VD e as suas consequências físicas e mentais representam um grave problema na saúde das mulheres paquistanesas.

Barros e colaboradores (2008) realizaram um estudo no sentido de auferir os gastos que o sistema nacional de saúde (SNS) tem ao prestar cuidados médicos a pacientes vítimas de VD. Este estudo revelou que, em Portugal, as vítimas de VD gastam, em média, 140€ por ano em cuidados de saúde prestados, sendo o custo 22% mais elevado comparativamente a pacientes que não foram vítimas deste tipo de violência. Esses cuidados de saúde englobam consultas, prestação de cuidados médicos, exames complementares de diagnóstico, medicamentos e deslocações ao local onde vão obter os cuidados de saúde.

Róldos e colaboradores (2013), conduziram um estudo de forma a estimarem o impacto económico da VRI no Equador. Segundo estes autores, os custos associados à VRI no ano de 2003 e 2004 são aproximadamente 109 milhões de dólares, sendo os cuidados médicos prestados às vítimas os que correspondem à maior percentagem de dinheiro despendido. Os autores concluem assim que o governo necessita de estar mais ativo na prevenção da VRI, de forma a reduzir os custos associados à mesma.

Leung e Leung (2005) conduziram um estudo de forma a avaliar o impacto da VRI na qualidade de vida das vítimas de VD. O estudo englobava 1614 pacientes da especialidade de obstetrícia e ginecologia aos quais foi aplicado um questionário. Estes autores concluíram que a qualidade de vida das vítimas relativamente à saúde física, relação social, ambiente e saúde psicológica é significativamente baixa. Em consequência, a qualidade de vida dos pacientes vítimas de VRI é inferior aos que não sofrem qualquer tipo de abuso.

Zakar e colaboradores (2012) realizaram um estudo com o objetivo de determinar a prevalência da VRI no Paquistão e a sua associação com a saúde reprodutiva da mulher. Os autores concluíram que 75,9% das inquiridas afirmaram que já tinham sido vítimas de violência psicológica, 34,6% que já tinham sofrido de violência sexual e 31,9% de violência física, durante a sua vida conjugal. As mulheres que admitiram ter sofrido abuso físico por parte do marido revelaram ainda que estes não cooperam na utilização de métodos contraceptivos e lhes fornecem uma má assistência durante o período pré-natal. A incidência de gravidez não planeada também foi muito maior nas vítimas de VRI do que naquelas que mencionaram nunca terem sofrido qualquer tipo de abuso. Posto isto, Zakar e colaboradores (2012) concluíram que os resultados demonstrados neste estudo realçam a problemática da VRI bem como a sua associação com a saúde reprodutiva da mulher, tornando-se urgente a adoção de atitudes com o propósito de mitigar a violência e diminuir as suas consequências para a saúde.

2.2. Papel da imagiologia no diagnóstico de lesões maxilo-faciais

O trauma maxilo-facial pode dever-se a várias causas, desde acidentes rodoviários, agressões físicas, quedas ou até mesmo acidentes desportivos, com animais ou de trabalho (Bali e colaboradores, 2013).

Estas etiologias têm vindo a ser documentadas, ao longo dos anos, em vários estudos (Ascani *et al.*, 2014; Bali *et al.*, 2013; Batista *et al.*, 2012), e em diferentes localizações geográficas, de forma a determinar qual o fator de risco mais comumente associado ao trauma maxilo-facial.

Claro (2004) estudou 125 pacientes, da cidade de Taubaté, concluindo que as causas mais comuns de fratura são os acidentes de moto (26,4%), seguindo-se os acidentes de automóvel (20%), sendo as agressões físicas (8%) a quarta causa de trauma maxilo-facial. Também neste estudo, o autor concluiu que o osso mais fraturado, devido a este tipo de trauma, é a mandíbula (45,1%).

Na mesma linha de investigação, também Shahim e colaboradores (2006), corroboram as conclusões de Claro (2004), destacando os acidentes rodoviários como a principal causa de trauma maxilo-facial.

O estudo conduzido por Maliska e colaboradores (2008) em 132 pacientes do estado de Santa Catarina no Brasil, demonstrou que a mandíbula tinha sido o osso mais fraturado, seguindo-se do osso zigomático. Em pacientes com idades compreendidas entre os 18 e 39 anos, os acidentes rodoviários foram a causa mais frequente para o trauma, sendo que no grupo etário entre os 40 e 59 anos a violência foi a causa mais incidente para resultar num trauma maxilo-facial.

No ano seguinte, um estudo retrospectivo sobre trauma maxilo-facial, realizado em 216 pacientes com fratura facial, conduzido por Ozkaya e colaboradores (2009), concluíram também que os acidentes rodoviários (67,1%) foram a causa mais frequente de trauma maxilo-facial seguindo-se a violência como o segundo fator mais comum (19,4%).

Nos estudos conduzidos por Bali e colaboradores (2013) e Shah e colaboradores (2013) ambos concluíram que os acidentes rodoviários são a causa mais comum para o trauma maxilo facial.

Estudos recentes mostram que a maioria das lesões maxilo-faciais têm como principal causa os acidentes rodoviários seguindo-se os atos de violência (Ascani *et al.*, 2014; Kamath *et al.*, 2012; Leles *et al.*, 2009). Ainda que o local de ocorrência de fratura seja variável de estudo para estudo, observa-se uma maior incidência de lesão na mandíbula (Ascani *et al.*, 2014), no complexo zigomático-maxilar (Kamath *et al.*, 2012) e no complexo zigo-orbitário e osso nasal (Leles *et al.*, 2009).

Apesar das conclusões dos estudos supracitados, estudos com números amostrais maiores comprovam exatamente o contrário, colocando a agressão física em primeiro lugar para a ocorrência de fraturas nesta região anatômica (Arslan *et al.*, 2014; Lee, 2012; Pereira *et al.*, 2008; Pham-Dang *et al.*, 2013). Também nestes estudos o local com maior incidência de fratura revelou-se diferente de estudo para estudo, observando-se

uma maior incidência de lesões na mandíbula (Pham-Dang *et al.*, 2013), órbita (Pereira *et al.*, 2008) e maxilar e nasal (Arslan *et al.*, 2014).

Um estudo conduzido por Batista e colaboradores (2012) diverge das conclusões alcançadas pelos estudos referidos anteriormente, concluindo que os acidentes na área do desporto, são a principal causa para a ocorrência do trauma maxilo-facial. Contudo, Batista e colaboradores (2012) concordam com Pham-Dang e colaboradores (2013) no que diz respeito à localização mais frequente da fratura, isto é, o osso mandibular.

Estudos realizados por Perciaccante e colaboradores (1999) e Wong e colaboradores (2014) concluem que as lesões na cabeça, pescoço e face são marcadores associados tipicamente à VD.

Arosarena e colaboradores (2009) e Saddki e colaboradores (2010) comprovam que em mulheres vítimas de VRI, as lesões maxilo-faciais têm uma ligação direta com a VRI, havendo uma maior probabilidade de encontrar lesões maxilo-faciais nestas vítimas de violência do que outro tipo de lesões. Igualmente Le e colaboradores (2001) e Wong e colaboradores (2014) determinaram que o ataque por soco é a forma mais prevalente para provocar trauma maxilo-facial em VRI.

Estudos realizados por Le e colaboradores (2001) e Arosarena e colaboradores (2009) comprovam que apenas uma pequena percentagem dos traumas maxilo-faciais originam fratura, sendo que no estudo conduzido por Saddki e colaboradores (2010) nenhuma das vítimas estudadas apresentou fratura. Le e colaboradores (2001) e Arosarena e colaboradores (2009) concluíram que a fratura nasal é a mais frequentemente encontrada em VRI.

Em pacientes, que sofreram recentemente um trauma, o diagnóstico torna-se difícil, pois a cooperação do paciente nem sempre é a desejada. É nesta fase que a imagiologia assume um papel deveras importante, ao auxiliar o clínico no diagnóstico e escolha do tratamento mais adequado à situação em estudo (Vasconcelos e colaboradores, 2003).

Estudos conduzidos por Al-Faleh e Ekram (2005) apontam que a radiologia convencional (RC) é o método imagiológico ideal para demonstrar fraturas simples da mandíbula, do maxilar e do terço médio da face, sendo contudo a tomografia computadorizada (TC) o melhor método para o diagnóstico de fraturas complexas. Ainda de acordo com os mesmos autores, as fraturas do terço médio da face necessitam de ser avaliadas recorrendo a mais do que um método imagiológico, de forma a ter um diagnóstico preciso.

A TC dá informação que a RC não é capaz de fornecer, uma vez que a RC se trata de uma técnica bidimensional havendo sobreposição de estruturas (Al-Faleh e Ekram, 2005).

Como vantagens da TC sobre a RC, destacam-se a não sobreposição de estruturas, a melhor visualização dos tecidos moles, a possibilidade de manipulação da imagem (contraste, densidade, entre outras), a possibilidade de reconstrução tridimensional e a enorme quantidade de informação que é obtida.

Thiede e colaboradores (2005) desenvolveram um estudo de forma a comparar o diagnóstico realizado pela RC e a ecografia no caso de fraturas nasais. Os autores concluíram que a ecografia apresenta uma melhor qualidade diagnóstica para avaliar a parede nasal lateral, enquanto que RC apresenta uma qualidade de diagnóstico superior à ecografia na avaliação do dorso nasal.

Igualmente, Baek e colaboradores (2013) desenvolveram um estudo sobre a mesma temática, no entanto neste caso a RC foi comparada com a TC. Para o efeito, estes autores avaliaram pacientes que sofreram trauma nasal e que apresentavam sinais de fratura nasal. Estes autores concluíram que a TC apresenta uma maior acuidade de diagnóstico quando comparada com a RC.

2.3. Papel dos prestadores de cuidados médicos

A procura de casos de violência contra as mulheres, proporciona uma deteção precoce e uma adequada comunicação com as vítimas. Os profissionais de saúde assumem um papel bastante importante na implementação de medidas de rastreio de vítimas de VD (M. Almutairi, et al. 2012).

Othman e Adenan (2008) realizaram um estudo com o objetivo de avaliar o conhecimento, atitudes e práticas dos profissionais de saúde em relação à identificação e gestão organizacional da VD na Malásia. O estudo contou com 188 participantes entre os quais médicos e enfermeiros. Os autores concluíram que a falta de atitudes positivas e boas práticas entre os profissionais de saúde poderá estar relacionada com um conhecimento inadequado da VD e a valores pessoais inapropriados face à mesma.

Alazmy e colaboradores (2011) realizaram um estudo com o intuito de comparar o conhecimento e as atitudes dos homens e das mulheres, que fazem parte do staff médico do Kuwait, relativamente à VD em mulheres. Os autores concluíram que os

profissionais de saúde do sexo feminino tendem a ter um maior conhecimento sobre a definição de VD quando comparados com os profissionais de saúde do sexo masculino, havendo uma necessidade de melhorar o conhecimento e as atitudes dos profissionais de saúde no que concerne a esta temática.

Na mesma linha de estudo, três grupos de investigação: G.D. Almutairi e colaboradores (2012), M. Almutairi e colaboradores (2012) e Qasem e colaboradores (2012) realizaram um estudo com 210 médicos e 464 enfermeiros do Kuwait.

G. D. Almutairi e colaboradores (2012) realizaram o estudo com o objetivo de identificar os principais elementos e as características de uma ferramenta que possa ser utilizada para fazer a deteção de casos de VD. Os autores concluíram que a utilização de uma ferramenta contendo uma pergunta sobre a segurança e a procura de sinais de violência por parte do médico, constituem uma forma de deteção de vítimas de VD.

M. Almutairi e colaboradores (2012) analisaram qual o impacto do conhecimento e atitude dos profissionais de saúde. Uma das conclusões que obtiveram foi que os médicos pesquisavam mais situações de VD dos que os enfermeiros. Embora o conhecimento seja maior naqueles que pesquisam situações de VD, a atitude positiva revelou-se melhor naqueles que não procuram. Os autores afirmam que se devem planear programas para aumentar o conhecimento e as habilidades do pessoal de saúde sobre o processo de deteção de VD

Por fim, Qasem e colaboradores, 2012 realizaram um estudo com os seguintes objetivos: revelar a extensão do rastreio de VD por parte dos médicos e dos enfermeiros, identificar o conhecimento, as atitudes e as barreiras existentes na deteção da VD, e ainda revelar os principais fatores que afetam a deteção deste tipo de casos. Os autores concluíram que os profissionais de saúde admitem ter baixas taxas de deteção de VD, estando os médicos mais disponíveis para fazer o rastreio do que os enfermeiros e, que existem diversas barreiras, para a realização do rastreio em casos de VD; estas estão relacionadas com a vítima e aspetos culturais, com questões administrativas ou relacionadas com o próprio examinador.

III. Violência nas relações de intimidade

A VD é considerada um processo de intimidação, na qual existe um agressor que partilha algum laço familiar com a vítima, recorrendo por vezes a agressões físicas, sexuais ou psicológicas de forma a impor a sua vontade. A VD atinge sobretudo as mulheres, podendo atingir também crianças, e idosos.

Devido a questões culturais e religiosas, a mulher continua a ser a principal vítima, não usufruindo dos mesmos direitos que os homens. Em certos países a mulher é considerada como um objeto de posse do homem, fazendo com que os seus maridos não as respeitem como esposas, sendo a violência uma forma de punição para algo que a mulher não tenha feito de agrado ao seu marido.

Este capítulo encontra-se dividido em três subcapítulos, sendo que o primeiro subcapítulo aborda a contextualização legal e o enquadramento do tema, o segundo indica quais os fatores de risco e tipos de violência existentes e no último qual a dinâmica envolvida no exame pericial.

3.1. Contextualização legal e enquadramento

A VD não escolhe nenhum tipo de vítima específica atingindo pessoas totalmente diferentes, sendo por isso comparada a uma doença epidemiológica, em que a idade, o género, o estatuto económico e até mesmo a formação académica não definem quem pode ou não ser vítima de violência (Lourenço & Carvalho, 2011).

Ainda que a violência entre casais exista desde sempre, só recentemente se tornou um problema social, cultural e económico, devido não só à evolução das mentalidades das vítimas e testemunhas da agressão, bem como a uma maior sensibilidade para com o problema. Embora a consciencialização da sociedade esteja a aumentar, esta ainda não é suficiente pois a incidência de violência continua a ser bastante elevada, havendo necessidade de aumentar a sinalização das vítimas, bem como associar novos fatores de risco.

A VRI constitui a forma mais grave e prevalente de VD, por vezes levando à morte da vítima. Atualmente existem linhas de apoio e organizações (como por exemplo, a Associação Portuguesa de Apoio à Vítima - APAV), dispostas a ajudar a vítima e a evitar que este tipo de violência conduza a um desfecho fatal.

Hoje em dia a posição da lei perante a temática da VD é bem explícita, condenando todo e qualquer ato que compõe a mesma.

A VD constitui não só um problema que perturba o bem-estar individual e familiar e a inserção social das vítimas, como aliás, é considerada um crime público e que deve ser denunciado.

Embora hoje em dia a VD seja classificada como crime público nem sempre foi assim, tendo a legislação vindo a sofrer alterações ao longo dos anos.

O crime de VD surge pela primeira vez descrito no Artigo 153.º do Código Penal de 1982, tendo-lhe sido atribuído pelo legislador um carácter de crime público (não depende de queixa por parte da vítima).

Segundo o Artigo 153.º do Código Penal de 1982, entende-se por cometer um crime de maus-tratos ou sobrecarga de menores e de subordinados ou entre cônjuges:

“1 - O pai, mãe ou tutor de menor de 16 anos ou todo aquele que o tenha a seu cuidado ou à sua guarda ou a quem caiba a responsabilidade da sua direcção ou educação será punido com prisão de 6 meses a 3 anos e multa até 100 dias quando devido a malvadez ou egoísmo:

a) Lhe infligir maus-tratos físicos. O tratar cruelmente ou não lhe prestar os cuidados ou assistência à saúde que os deveres decorrentes das suas funções lhe impõem;

b) O empregar em actividades perigosas, proibidas ou desumanas. Ou sobrecarregar. Física ou intelectualmente, com trabalhos excessivos ou inadequados de forma a ofender a sua saúde. Ou o seu desenvolvimento intelectual. Ou a expô-lo a grave perigo.

2 - Da mesma forma será punido quem tiver como seu subordinado. Por relação de trabalho. Mulher grávida. Pessoa fraca de saúde ou menor, se se verificarem os restantes pressupostos do nº 1.

3 - Da mesma forma será ainda punido quem infligir ao seu cônjuge o tratamento descrito na alínea a) do nº 1 deste artigo.”

Em 1995 o legislador alterou o número e a redação do crime de maus tratos ou sobrecarga de menores, incapazes ou entre cônjuges. As alterações mais consideráveis incluíram a alteração do carácter do crime para semipúblico, a inclusão dos maus tratos psicológicos como forma de abuso e, a inclusão de idosos e doentes como vítimas. Assim, o Artigo 152.º descreve como maus tratos ou sobrecarga de menores, de incapazes ou do cônjuge:

“1 - Quem, tendo ao seu cuidado, à sua guarda, sob a responsabilidade da sua direcção ou educação, ou como subordinado por relação de trabalho, pessoa menor, incapaz, ou diminuída por razão de idade, doença, deficiência física ou psíquica e:

- a) Lhe infligir maus tratos físicos ou psíquicos ou a tratar cruelmente;*
- b) A empregar em actividades perigosas, desumanas ou proibidas; ou*
- c) A sobrecarregar com trabalhos excessivos;*

é punido com pena de prisão de 1 a 5 anos, se o facto não for punível pelo artigo 144.º.

2 - A mesma pena é aplicável a quem infligir ao cônjuge ou a quem com ele conviver em condições análogas às dos cônjuges maus tratos físicos ou psíquicos. O procedimento criminal depende de queixa.

3 - Se dos factos previstos nos números anteriores resultar

- a) Ofensa à integridade física grave, o agente é punido com pena de prisão de 2 a 8 anos;*
- b) A morte, o agente é punido com pena de prisão de 3 a 10 anos.”*

O facto da VD se ter tornado crime semipúblico em nada veio favorecer as vítimas, pois por vergonha, razões afetivas e/ou psicológicas, económicas ou até mesmo pela pressão que sofriam em casa por parte do agressor, as vítimas sentiam-se retraídas e não apresentavam queixa contra o agressor, remetendo-se ao silêncio.

No ano de 1998, o Artigo 152.º voltou a sofrer alterações, fazendo com que o Ministério Público (MP) iniciasse o procedimento sem necessitar de queixa por parte da vítima. No entanto, a vítima deveria decidir se queria continuar ou não com o procedimento.

No ano de 2000, o Artigo 152.º do Código Penal é novamente alterado, passando a ter a seguinte redação:

“1- (...)

2 - A mesma pena é aplicável a quem infligir ao cônjuge, ou a quem com ele conviver em condições análogas às dos cônjuges, maus-tratos físicos ou psíquicos.

3 - A mesma pena é também aplicável a quem infligir a progenitor de descendente comum em primeiro grau maus-tratos físicos ou psíquicos.

4 - A mesma pena é aplicável a quem, não observando disposições legais ou regulamentares, sujeitar trabalhador a perigo para a vida ou perigo de grave ofensa para o corpo ou a saúde.

5 - (Anterior n.º 4.)

6 - Nos casos de maus tratos previstos nos n.º2 e 3 do presente artigo, ao arguido pode ser aplicada a pena acessório de proibição de contacto com a vítima, incluindo a de afastamento da residência desta, pelo período máximo de dois anos.”

Com esta alteração a VD passou a ter novamente um carácter de crime público. Esta alteração fez com que qualquer pessoa que tenha conhecimento de alguém que sofre de violência possa apresentar queixa junto das autoridades, não podendo a mesma ser anulada.

Em 2007, houve nova revisão da legislação podendo-se ler agora na epígrafe do mesmo artigo, o conceito de “Violência Doméstica” (Artigo 152.º):

“1 - Quem, de modo reiterado ou não, infligir maus tratos físicos ou psíquicos, incluindo castigos corporais, privações da liberdade e ofensas sexuais:

a) Ao cônjuge ou ex-cônjuge;

b) A pessoa de outro ou do mesmo sexo com quem o agente mantenha ou tenha mantido uma relação análoga à dos cônjuges, ainda que sem coabitação

c) A progenitor de descendente comum em 1.º grau; ou

d) A pessoa particularmente indefesa, em razão de idade, deficiência, doença, gravidez ou dependência económica, que com ele coabite;

é punido com pena de prisão de um a cinco anos, se pena mais grave lhe não couber por força de outra disposição legal.

2 - No caso previsto no número anterior, se o agente praticar o facto contra menor, na presença de menor, no domicílio comum ou no domicílio da vítima é punido com pena de prisão de dois a cinco anos.

3 - Se dos factos previstos no n.º 1 resultar:

a) Ofensa à integridade física grave, o agente é punido com pena de prisão de dois a oito anos;

b) A morte, o agente é punido com pena de prisão de três a dez anos.

4 - Nos casos previstos nos números anteriores, podem ser aplicadas ao arguido as penas acessórias de proibição de contacto com a vítima e de proibição de uso e porte de armas, pelo período de seis meses a cinco anos, e de obrigação de frequência de programas específicos de prevenção da violência doméstica.

5 - A pena acessória de proibição de contacto com a vítima pode incluir o afastamento da residência ou do local de trabalho desta e o seu cumprimento pode ser fiscalizado por meios técnicos de controlo à distância.

6 - Quem for condenado por crime previsto neste artigo pode, atenta a concreta gravidade do facto e a sua conexão com a função exercida pelo agente, ser inibido do exercício do poder paternal, da tutela ou da curatela por um período de 1 a 10 anos.”

A última alteração verificada no Artigo 152.º do Código Penal foi no ano de 2013, entendendo-se por crime de VD, “*quem, de modo reiterado ou não, infligir maus tratos físicos ou psíquicos, incluindo castigos corporais, privações da liberdade e ofensas sexuais:*

- a) Ao cônjuge ou ex-cônjuge;
- b) A pessoa de outro ou do mesmo sexo com quem o agente mantenha ou tenha mantido uma relação de namoro ou uma relação análoga à dos cônjuges, ainda que sem coabitação;
- c) A progenitor de descendente comum em 1.º grau;
- d) A pessoa particularmente indefesa, nomeadamente em razão da idade, deficiência, doença, gravidez ou dependência económica, que com ele coabite.”

A VD engloba todo o tipo de violência realizada no núcleo familiar, abrangendo todos os graus de parentesco. Embora a violência entre (ex) cônjuges, (ex) companheiros, relações de namoro e análogas às dos cônjuges, se englobe na definição de VD segundo o Artigo 152.º do Código Penal, esta é abordada como VRI, devido ao seu elevado grau de especificidade e à sua incidência.

É de salientar que, hoje em dia, a violência não é perpetrada unicamente por elementos do sexo masculino, tendo vindo a aumentar a percentagem de agressoras femininas, ao longo do tempo.

A violência entre casais homossexuais, embora não seja muito referida, ela existe, sendo o grau de violência mais elevado quando estamos perante um casal homossexual constituído por dois homens.

3.2. Fatores de risco e tipos de violência doméstica

Existem diversos fatores de risco que propiciam a ocorrência de violência entre casais; estes quando conhecidos, permitem sinalizar os casos em que a violência possa acontecer futuramente, bem como dispor de meios de proteção para com as vítimas. Dentro desses fatores salientam-se os referentes à vítima (A), ao agressor (B) e ao seio familiar de ambos (C) (WHO, 2010).

A. Vítima

- Género (ser mulher);
- Baixa autoestima;
- Dependência financeira do agressor;
- Ter crescido num ambiente de violência;
- Pedido de separação ou divórcio.

B. Agressor

- Género (ser homem);
- Personalidade agressiva, abusiva e controladora;
- Transtorno de personalidade antissocial;
- Necessidade de poder;
- Trauma/lesão no crânio;
- Stress pós traumático;
- Alcoolismo;
- Toxicodependência;
- Desemprego;
- Questões financeiras;
- Ambiente familiar em que o agressor cresceu.

C. Seio Familiar

- Gravidez não desejada;
- Família constituída por filhos de diferentes relações;
- Famílias numerosas;
- Pobreza (más condições de vida).

O abuso perpetrado pelo(a) agressor(a) tem efeitos na vítima quer a nível físico, quer psicológico e emocional. Embora a agressão física possa deixar marcas no corpo da vítima aquelas que têm maior impacto são as agressões psicológicas.

Por vezes, após serem expostas a este tipo de violência, as vítimas têm necessidade de serem acompanhadas por profissionais de saúde, na área da psicologia e/ou psiquiatria, não conseguindo manter uma vida emocional normal.

Dentro dos diferentes tipos de VRI destacam-se a violência física, sexual e psicológica e que a seguir se descrevem sucintamente na Tabela 1.

Tabela 1 - Tipos de violência doméstica (adaptado de site da APAV e relatórios médico-legais).

Tipo de Violência	Breve descrição	
<u>Física</u>	Implica o uso de força, na maioria das vezes excessiva, que pode levar à morte, provocar lesões ou até mesmo algum tipo de incapacidade na vítima. Caracteriza-se maioritariamente por bofetadas, puxões de cabelo, arranhões, empurrões, esganadura, murros, arremesso de objetos, uso de arma branca ou de fogo e de objetos contundentes.	
<u>Sexual</u>	Qualquer ato ou prática de índole sexual não consentido pela vítima.	
<u>Psicológica / emocional</u>	Ameaças	Físicas, sexuais ou psicológicas, uso de armas, ameaça de provocar lesões na vítima ou seus familiares e de suicídio ou abandono do lar.
	Isolamento	Controlo sobre a vida do parceiro, impedindo que este mantenha contato com familiares ou amigos, recorrendo ao ciúme como desculpa dos seus atos.
	Intimidação	Destruição de objetos pertencentes à vítima, exibição de armas, maus-tratos a animais domésticos.
	Violência emocional	Desmoralização, uso de insultos, humilhação, fazer com que a vítima se sinta mal consigo própria diminuindo a autoestima, usar os filhos para enviar mensagens, ameaçar levar os filhos para fora de casa.
	Violência económica	Impedir que a vítima tenha um emprego, controlo do dinheiro da vítima, obrigando-a a pedir dinheiro ao agressor, negar o conhecimento do valor do rendimento da família.
	Negação	Pela atribuição da culpa das agressões à vítima, desvalorização a agressão, negando que a vítima tenha sido agredida.
	Perseguição	Através de telefonemas e mensagens de conteúdo ameaçador, rondar a habitação da vítima, frequentar os mesmos locais que a vítima frequenta, ir ao seu local de trabalho.

3.3. Exame pericial

Decreto-Lei n.º 166/ 2012, de 31 de Julho, “*O INMLCF, I. P é uma instituição nacional dotada de autonomia administrativa e financeira e de património próprio, (...), e que está sujeita à superintendência e tutela do Ministro da Justiça*”.

A sua missão principal é proceder à realização de perícias médico-legais, de modo a coadjuvar e auxiliar a aplicação da justiça, através da produção de prova.

Atualmente o INMLCF, I.P

é formado por três delegações (Norte, Centro e Sul) e trinta e um gabinetes médico-legais, criados de forma a que todos os cidadãos tenham fácil acesso, quando necessitam de ser submetidos a perícias médico-legais. As delegações são constituídas pelos serviços médicos de clínica, patologia forense, genética e biologia forenses e de toxicologia forense. Já os gabinetes médico-legais e forenses, apenas dispõem de serviços médicos, patologia e clínica forense.

A Clínica Forense é um ramo da medicina legal, sendo uma das suas atividades, a avaliação do dano psicofísico e social, sofridos pelas vítimas de violência interpessoal, incluindo a VD.

Tratando-se de crime público (art. 152º do Código Penal Português) não depende da queixa formal da vítima, bastando ao MP a notícia da suspeita do crime para proceder à abertura do inquérito. No que respeita à obrigação de denunciar, todos os agentes públicos, quando tenham conhecimento de um crime desta natureza no exercício das suas funções, têm a obrigação de denunciar a sua existência ao MP, mesmo contra a vontade da vítima.

A população em geral, está sujeita ao dever de denunciar, podendo também proceder à denúncia de eventual crime de VD (art. 66º da Lei 147/1999 de 1 de Setembro). Também a vítima de VD, poderá dar início a este processo, formalizando a queixa junto das autoridades competentes: MP, OPC, as quais promovem a realização de uma perícia médico-legal, nos serviços médicos das delegações do INMLCF, I.P (de Clínica Forense, se a vítima estiver viva e de Patologia Forense se tiver falecido) ou num gabinete médico-legal e forense. As vítimas poderão formalizar a queixa, dirigindo-se diretamente ao INMLCF, I.P, onde será elaborado um auto de denúncia do alegado crime e de imediato submetidas a perícia médico-legal.

A VD enquadra-se no âmbito do direito penal, sendo por isso realizado um exame pericial e um relatório adequados a este tipo de situação, de modo a que auxilie os magistrados a tipificar o crime e a graduar a pena.

O exame pericial é realizado em vários momentos seguindo um conjunto de procedimentos de acordo com a Figura 1.



Figura 1 - Ciclo do exame pericial efetuado a uma vítima de violência nas relações de intimidade.

Os relatórios periciais obedecem a regras de execução comuns a todos os peritos, os quais utilizam uma ferramenta informática denominada de MedLeg.Net, na qual consta o guião a ser seguido pelo perito.

Esse guião é constituído por quatro parâmetros: informação, estado atual, discussão e conclusão.

O primeiro parâmetro – informação, diz respeito ao relato fornecido pela vítima ou seu acompanhante, nomeadamente a sua idade na altura da agressão, a data e hora da agressão, a profissão da vítima, o tipo de agressão e entidade hospitalar onde prestaram cuidados médicos, constituindo assim a história do evento. Neste parâmetro também é incluída a transcrição dos registos clínicos, fornecidos pela unidade hospitalar onde a vítima foi tratada em consequência da agressão em estudo, nomeadamente o tipo de exames e tratamentos realizados. Estes constituem os dados documentais. Os antecedentes pessoais, familiares e contexto familiar também fazem parte deste parâmetro.

No parâmetro do estado atual, a vítima descreve as queixas, estando estas divididas em queixas a nível funcional (alterações nas capacidades físicas ou mentais) e as queixas a nível situacional (dificuldade ou impossibilidade de realizar certas ações). No exame objetivo, é também importante avaliar o estado geral da vítima, se esta se apresenta orientada e consciente ou não, as lesões e sequelas relacionadas com a agressão e as não relacionadas com a agressão. Para terminar este capítulo pode ser necessário registar a necessidade de dizer se a vítima deve realizar algum exame complementar de diagnóstico indispensável à perícia.

O terceiro parâmetro – discussão, o perito vai estabelecer o nexo de causalidade, vai estabelecer uma data prevista para a consolidação das lesões.

Por fim, é elaborada a conclusão, onde o perito faz um resumo de toda a análise dos achados da alegada agressão em estudo, e interpretação médico-legal dos mesmos.

IV. Trauma maxilo-facial

Segundo o Conselho Europeu, cerca de 23% das mulheres e 15% dos homens já sofreram de violência por parte dos seus companheiros, em algum momento das suas vidas (Arosarena *et al.*, 2009).

De acordo com Saddki e colaboradores (2010) diversos estudos comprovam que as zonas do crânio, pescoço e face são aquelas onde se encontram mais frequentemente lesões provocadas pela VRI.

Salienta-se ainda que, em casos de violência, as lesões faciais são mais comuns (83%) do que lesões corporais, sendo que 20% a 25% dos traumas maxilo-faciais são atribuídos ao sexo feminino (Arosarena *et al.*, 2009).

Como o próprio termo indica – trauma maxilo-facial é uma lesão de extensão, intensidade e gravidade variável, que pode ser produzida por agentes físicos, químicos, psíquicos ou outros, de forma acidental ou intencional, instantânea ou prolongada, em que o poder do agente agressor supera a resistência encontrada, que se localiza na região maxilo-facial (Smith, 2005).

Este capítulo encontra-se dividido em dois subcapítulos. Inicialmente tecem-se considerações anatómicas, de forma a perceber a anatomia em estudo, sendo depois abordada a traumatologia maxilo-facial, envolvendo desde o tipo de fraturas da região anatómica estudada, os meios imagiológicos utilizados para fazer o diagnóstico das mesmas até ao papel do técnico de radiologia em casos de VRI.

4.1. Considerações anatómicas

O crânio tem como principal função a proteção do encéfalo, das cavidades nasais, das órbitas, dos ouvidos e da cavidade oral. Engloba ainda a parte superior do sistema digestivo e respiratório.

O crânio é constituído pelo neurocrânio e pelo viscerocrânio, englobando um total de vinte e dois ossos descritos mais adiante. A relação topográfica entre estes ossos do crânio pode ser observada na Figura 2.

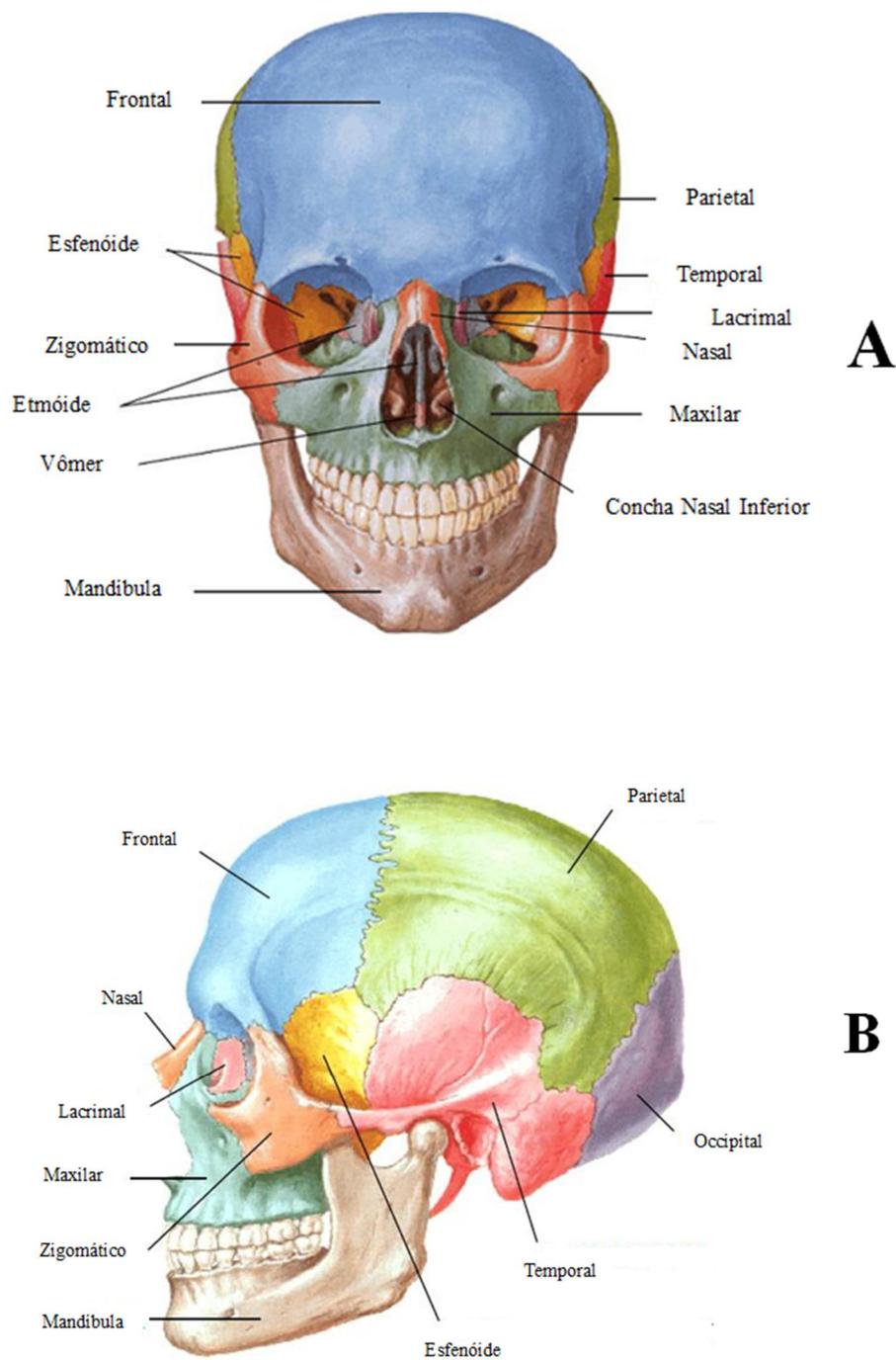


Figura 2 - Vista anterior (A) e lateral (B) dos ossos do crânio e face (Adaptado de <http://sanbiomedica.blogspot.pt/2010/10/osteologia.html>).

O neurocrânio é composto por oito ossos: um osso frontal, dois parietais, dois temporais, um esfenóide, um etmóide e um occipital (descritos na Tabela 2); o viscerocrânio é composto por doze ossos.

Tabela 2 - Descrição anatômica dos ossos do crânio (Drake *et al.*, 2005).

Nome do osso	Definição
Frontal	Osso ímpar que forma a parte frontal do crânio, a denominada “testa”. Este osso constitui a parte anterior do crânio, o teto das órbitas e a parte superior da região nasal. Topograficamente, articula-se com doze ossos, o esfenóide, o etmóide, os parietais, os nasais, as maxilas, os lacrimais e com os zigomáticos.
Parietal	Osso par de forma achatada, que forma a parte lateral e superior do crânio, articulando-se entre si através da sutura sagital. Estes ossos também se articulam com o osso frontal através da sutura coronal.
Temporal	Osso par, que aloja o aparelho auditivo, situando-se na parte ínfero-lateral do crânio. Constituído por quatro partes: a parte escamosa, a parte timpânica, a parte petrosa e a parte mastóidea, este osso articula-se com cinco ossos: o occipital, o parietal, o zigomático, o esfenóide e a mandíbula.
Esfenóide	Osso ímpar que forma a parte média do pavimento do crânio, articulando-se com todos os ossos do neurocrânio. Situa-se póstero-superiormente à cavidade nasal, formando o pavimento e paredes laterais das órbitas. O esfenóide apresenta uma forma irregular (similar a uma borboleta ou morcego com as asas estendidas) e possui um corpo que se situa entre o occipital e o etmóide, as asas maiores, as asas menores e as apófises pterigóides.
Etmóide	Osso ímpar que se localiza medialmente às órbitas, anterior ao esfenóide e posterior aos ossos nasais. O etmóide possui uma lâmina que se denomina lâmina perpendicular que separa a cavidade nasal em duas partes, formando assim o septo nasal.
Occipital	Osso ímpar que se situa na parte posterior do crânio e forma a base do mesmo. Na parte inferior e central do osso occipital existe um buraco denominado buraco magno, através do qual o bolbo raquidiano se liga à medula espinal. O occipital articula-se com seis ossos, os parietais, os temporais, com o esfenóide e com a primeira vértebra da coluna (denominada de atlas).

O viscerocrânio é constituído pelos dois nasais, dois lacrimais, duas conchas nasais inferiores, dois palatinos, dois zigomáticos, duas maxilas, uma mandíbula e um vômer (Tabela 3).

Tabela 3 - Descrição anatômica dos ossos da face (Drake *et al.*, 2005).

Nome do osso	Definição
Nasal	Osso par, que se articula no plano médio sagital do crânio, formando toda a estrutura óssea do nariz.
Lacrimar	Osso par, de fina espessura, que se localiza na parte antero-medial da órbita e na postero-lateral dos ossos nasais, delimitam o sacro lacrimal.
Concha nasal inferior	Osso par que forma uma porção da parede latero-inferior da cavidade nasal, projetando-se para o interior desta. Têm como função ajudar a filtrar e a aquecer o ar que é inspirado para os pulmões.
Palatino	Osso par, em forma de “L”, localizado na parte posterior da maxila, e na parte anterior do esfenóide. Delimitam a cavidade oral, nasal e orbitária. Possui uma lâmina horizontal, que separa a cavidade nasal da cavidade oral.
Zigomático	Osso par, que forma as proeminências da face (maçãs do rosto). Juntamente com a maxila limitam a órbita. Articula-se com o frontal, maxilares, esfenóide e temporais.
Maxila	Osso par, que se situa na parte anterior do crânio. Formam as paredes laterais e pavimento da cavidade nasal, a parede das órbitas e formam a maior parte do palato duro. São constituídas por apófises alveolares que alojam os dentes.
Mandíbula	Osso ímpar que apresenta mobilidade, articula-se com o osso temporal através dos côndilos da mandíbula formando assim a articulação temporomandibular. A mandíbula apresenta alvéolos que irão alojar as peças dentárias.
Vômer	Osso ímpar e de tamanho pequeno, que se articula com o etmóide, maxilas e palatinos. É um dos ossos responsáveis pela formação do septo nasal.

4.2. Traumatologia maxilo-facial

Uma pessoa vítima de VD acaba sempre por sofrer algum tipo de trauma, quer seja físico ou psicológico. Esta dissertação incide essencialmente no trauma físico, nomeadamente no trauma maxilo-facial. Esta região anatómica é mais suscetível à ocorrência de lesões devido a atos de violência, motivando assim a escolha desta temática.

O agressor idealiza que a vítima ao ficar com as marcas na zona da face vai relembrar-se do tipo de violência cometida, de forma a não tornar a repetir o mesmo comportamento e também pelo facto de ser uma zona fácil de atingir.

A face é a única parte do corpo humano que representa a autoestima da pessoa, fazendo com que, quando esta seja danificada de alguma forma, o indivíduo se sinta mal física e psicologicamente (Saddki *et al.*, 2010).

4.2.1. Lesões mais frequentes

Dependendo do grau, da intensidade, duração, tipo de violência e instrumento utilizado, a lesão provocada na vítima terá repercussões totalmente diferentes.

Dos vários tipos de lesões que podem ser provocadas na vítima, destacam-se as fraturas, lacerações, contusões, queimaduras, abrasão, entre outras.

Neste capítulo, irá ser, unicamente, abordado o tipo de fraturas maxilo-faciais mais comumente encontradas em vítimas de VRI.

Segundo Mohammadi e colaboradores (2014) cerca de 80% das fraturas nasais ocorrem entre o terço médio e a parte inferior do nariz, devido à sua fina espessura.

Uma vez que este osso é o mais proeminente da face e se encontra na parte central da mesma torna-se um local de fácil fratura. É de salientar que a facilidade de fratura do osso nasal atua como um mecanismo de proteção de diversos órgãos envolventes, tais como pescoço, cérebro e olhos (Thiagarajan & Ulaganathan, 2013).

Segundo Stranc e Robertson (1979) as fraturas nasais podem ocorrer devido a dois tipos de impacto, o impacto frontal e o impacto lateral. As fraturas nasais devido a impactos laterais são as mais comuns, uma vez que o osso nasal possui menor resistência a forças traumáticas na zona lateral. Perante um impacto lateral fraco,

normalmente ocorrerá fratura do osso nasal ipsilateral, caso o impacto seja forte, poderá fraturar os dois ossos nasais, bem como o septo nasal.

Relativamente ao impacto frontal é frequente encontrar fratura do septo nasal e no caso do impacto ser de grau severo, podem adicionalmente ser encontradas fraturas nasoetmoidais (mais complexas), que englobam os ossos nasal, lacrimal e labirinto etmoidal (Sih *et al.*, 2003).

Devido à articulação da parte superior do osso nasal com o osso frontal, esta torna-se mais resistente à fratura, fazendo com que o terço médio e a parte inferior sejam mais susceptíveis a fratura.

Dada a interligação do osso nasal com porções de cartilagem e com o septo nasal, é muito difícil que ocorra fratura deste osso sem que não haja fratura das outras estruturas, por isso, é recorrente encontrar fratura de outros ossos associadas à fratura do osso nasal.

Dependendo do tipo de fratura nasal, estas podem necessitar de procedimento cirúrgico de forma a que a recuperação do osso seja completa.



Figura 3 - Imagem de radiologia convencional de um paciente com fratura do osso nasal (Adaptada de <http://www.drrahmatorlummc.com/xray.html>).

As fraturas orbitais podem ter várias etiologias, sendo que uma das mais importantes é a violência. Este tipo de fratura tem consequências sob o ponto de vista estético, podendo por vezes trazer problemas funcionais a nível da visão (Tavares *et al.*, 2010).

No terceiro capítulo, fez-se uma breve revisão da anatomia do crânio e da face, no entanto a órbita não foi referida. Isto deve ao facto da órbita ser um osso formado por

várias articulações de ossos do crânio e da face, tais como os ossos frontal, maxilar, zigomático, etmoidal, esfenoidal, lacrimal e palatino (Hollier & Thornton, 2002).

A órbita é formada pelo teto, pavimento (ou chão), parte medial e lateral, tendo o tipo de fraturas a mesma designação de acordo com a parte afetada.

As fraturas do teto da órbita e laterais são bastante raras, sendo que estas últimas ocorrem geralmente na presença de trauma do zigomático.

As fraturas do pavimento da órbita e as mediais são as mais comuns, pois os ossos que as formam têm uma espessura reduzida, aumentando assim a sua fragilidade. Estes dois tipos de fraturas podem acontecer devido a um trauma provocado por uma força direta ou indireta. As forças diretas resultam de um trauma diretamente na parte inferior da órbita, enquanto que as forças indiretas resultam de um aumento da pressão intraorbital, devido a impactos no globo ocular, fazendo com que o osso da parede medial e inferior fracture, visto esta ser a zona mais frágil da órbita devido à sua espessura (Antunes-Foschini *et al.*, 2002; Hollier & Thornton, 2002).

Existem dois tipos de fratura que podem ocorrer no pavimento da órbita: fraturas *blow-out* e *blow-in*. As principais diferenças entre ambas é que as fraturas *blow-out* têm uma maior incidência e devem-se a grandes traumas ocorrendo fragmentação do pavimento da órbita para o interior do seio maxilar. As *blow-in* são fraturas pouco comuns e geralmente ocorrem associadas a traumas provocados no osso zigomático ocorrendo fragmentação do pavimento da órbita para o interior da cavidade orbital.

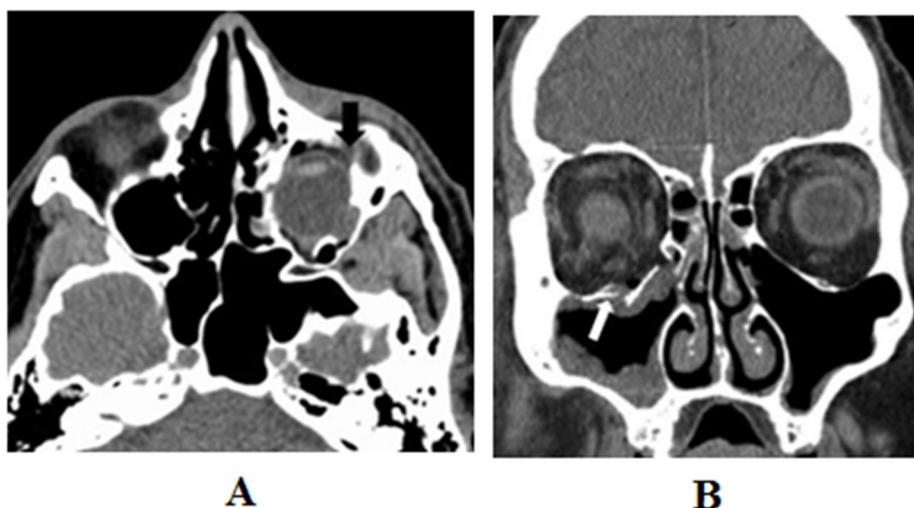


Figura 4 - Imagens de tomografia computadorizada de pacientes com fratura da órbita. A imagem (A) ilustra uma fratura do tipo *blow-out* (seta preta). A imagem (B) ilustra uma fratura do tipo *blow-in* (seta branca).

Imagem A - Adaptada de <http://pictures.doccheck.com/en/photos/16798/6336/blow-out-fracture/>
Imagem B - Adaptada de http://www.eplasty.com/index.php?option=com_content&view=article&id=932:pure-orbital-floor-blow-in-fracture&catid=183:x-craniofacial-microsurgery&Itemid=122

O osso zigomático é responsável pelo contorno da face, formando a denominada “maçã” do rosto. Uma vez que a sua superfície externa é convexa, este osso torna-se proeminente fazendo com que seja susceptível à ocorrência de fratura (Peron *et al.*, 2009).

O complexo zigomático é formado pelo corpo do zigomático que possui quatro apófises e pelo arco zigomático. Devido à sua robustez óssea, o osso zigomático raramente sofre fratura, fazendo com que quando é exercida uma força sobre o mesmo, esta seja direcionada para as suas apófises ou para o arco zigomático.

É de salientar que o complexo zigomático mantém diversas ligações com estruturas na face, fazendo com que por vezes surjam sequelas devido às fraturas.

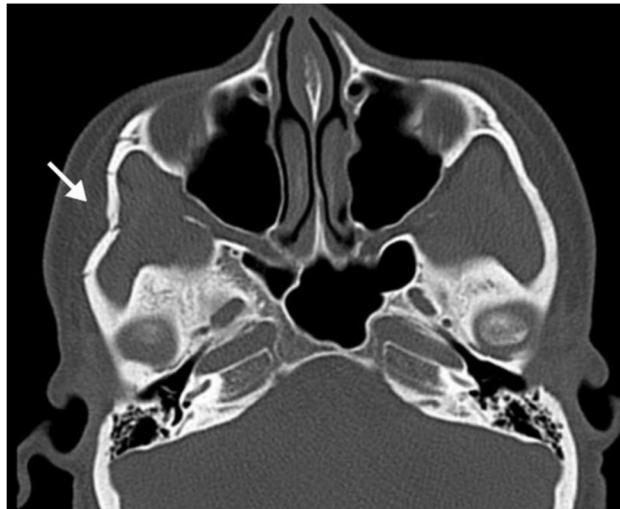


Figura 5 - Imagem de tomografia computadorizada de um paciente com fratura do arco zigomático (<http://www.radiologytutorials.com/main.cgi?tut=/main.cgi&frame=main&tt=1&s=1&t=29&mod=all&tt=1>).

As fraturas maxilares estão normalmente associadas a trauma de alto impacto, sendo consideradas um dos traumas mais graves sofridos na face (Lalwani, 2012).

A face mantém ligações com várias estruturas, nomeadamente ossos, e órgãos responsáveis pela respiração, visão e audição, sendo que um trauma desta gravidade poderá causar danos estéticos, funcionais, alterações oclusais e provocar lesões nas estruturas ósseas e nas partes moles.

As fraturas da maxila foram classificadas por René Le Fort em três tipos: Le Fort I, Le Fort II e Le Fort III.

Le Fort I caracteriza-se por uma fratura horizontal na parte inferior da maxila, fazendo com que o palato duro se separe do terço médio da face (Lalwani, 2012).

Le Fort II tem forma piramidal, sendo causada por um trauma na parte média e/ou inferior da maxila. Para provocar uma fratura do tipo Le Fort II é necessário utilizar bastante força, estando este tipo de fratura, quase sempre, associado a outro tipo de lesões (Lalwani, 2012).

Le Fort III é a mais grave das fraturas da maxila, sendo necessário aplicar uma força maior, comparativamente com as Le Fort II, para que ocorra este tipo de fratura. Este tipo de fratura é transversal e está sempre associada a uma disjunção craniofacial, ou seja, ocorre separação dos ossos da face da base do crânio. A disjunção craniofacial é comprovada visualmente através de um alongamento da face (Lalwani, 2012).

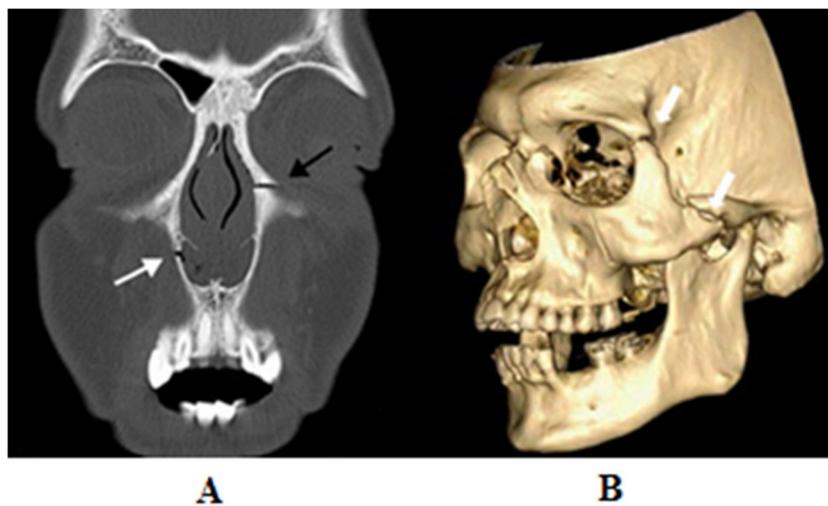


Figura 6 - Imagens de Tomografia computadorizada de pacientes com fratura dos ossos maxilares. A imagem (A) ilustra duas fraturas do tipo Le Fort I (seta branca) e II (seta preta). A imagem (B) corresponde a uma reconstrução tridimensional de TC e ilustra uma fratura do tipo Le Fort III (como sinalizado pelas setas).

Imagem A -

<http://www.radiologytutorials.com/main.cgi?tut=/main.cgi&frame=main&tt=1&s=1&t=29&mod=all&tt=1>

Imagem B - <http://vivekkalra.com/lefort3.html>

A mandíbula é o maior osso da face e o único que possui mobilidade, graças à articulação temporo-mandibular, desempenhando um papel importante na mastigação, deglutição e oclusão dentária.

As fraturas mandibulares podem ser causadas por dois tipos de trauma: o trauma de alto impacto (fraturas compostas) e o de baixo impacto (fraturas simples). Estas são classificadas consoante a sua anatomia em fraturas do corpo da mandíbula, alveolares, do ramo da mandíbula, sinfisária, do ângulo da mandíbula, condilares e da apófise coronóide da mandíbula (Ramalho *et al.*, 2010).

A sínfise, o corpo, ramo e ângulo da mandíbula e os côndilos são as regiões anatómicas da mandíbula onde se constata que existe uma maioria incidência de fratura;

nomeadamente os côndilos como a estrutura mais vezes fraturada, provocando uma má oclusão no sujeito (Lalwani, 2012).



Figura 7 - Imagem de radiologia convencional de um paciente com fratura do corpo da mandíbula (Adaptada de <http://www.radiologytutorials.com/main.cgi?tut=/main.cgi&frame=main&tt=1&s=1&t=29&mod=all&tt=1>).

4.3. Meios de diagnóstico por imagem

Os exames complementares de diagnóstico, devido ao desenvolvimento da tecnologia, permitem dar resposta a inúmeras dúvidas clínicas, de forma a que a situação da vítima seja determinada sem a menor incerteza.

Convém salientar ainda que nenhum meio de diagnóstico é melhor que o outro e, por isso, é necessária a realização de exames complementares para que todas as dúvidas sejam esclarecidas.

Quando uma vítima de violência dá entrada num serviço de urgência, esta apresenta-se com dores devido às lesões, traumatizada psicologicamente e por vezes inconsciente, dependendo do tipo de violência sofrida.

Os exames imagiológicos, neste caso, vão constituir uma ferramenta importante para o médico avaliar verdadeiramente o grau das lesões da vítima, e saber se esta possui algum tipo de fratura, algum tipo de dano num órgão e se esta vai precisar de realizar algum tipo de cirurgia ou ter algum cuidado especial.

As fraturas da face, são traumas relativamente frequentes, quer seja devido a acidentes ou a agressões físicas.

Quando o paciente se dirige a um serviço de urgência, o médico questiona-o sobre o tipo de trauma que sofreu e a intensidade do mesmo, realizando uma exame clínico minucioso; no entanto, esta informação nem sempre é suficiente para fazer um correto diagnóstico, necessitando de recorrer a métodos imagiológicos.

Na presença de fraturas simples, e de forma a evitar que o paciente esteja exposto a elevadas doses de radiação ionizante, o estudo de primeira linha a ser realizado é a radiografia.

Esta vertente imagiológica – RC é considerada uma modalidade diagnóstica rápida, eficiente, com boa qualidade de diagnóstico e baixo custo, existindo diversas técnicas que se podem realizar, consoante a estrutura a ser estudada. (

Na Tabela 4 são apresentadas as incidências mais frequentemente realizadas e respetiva área anatómica estudada.

Tabela 4 - Incidências utilizadas em caso de fratura maxilo-facial (Sarrat & Savornin, 1987).

Tipo de osso	Incidência recomendada
Nasal (ossos próprios do nariz)	Perfil
Nasal (septo)	Waters
Orbital	Caldwell
Zigomático	Waters e Hirtz
Maxilar	Waters
Mandibular	Face PA da mandíbula e oblíquas da mandíbula
Mandibular (côndilo da mandíbula)	Ortopantomografia

Embora a radiografia seja um exame com uma boa qualidade de diagnóstico, por vezes pode levar a falsos-positivos nesta região anatómica. Segundo Júnior e colaboradores (2008) um estudo conduzido por Van As e colaboradores (2006) revelou que 65% de fraturas da face não foram detetadas pela RC, tendo sido necessária a realização de outro tipo de exame imagiológico para a confirmação do diagnóstico. Devido ao efeito de sobreposição de estruturas que ocorre inevitavelmente em qualquer radiografia e nesta região anatómica em particular, faz com que por vezes o diagnóstico seja incorreto.

A TC é uma vertente da radiologia que ao longo do tempo evoluiu bastante, apresentando como grande vantagem a não sobreposição de tecidos/ estruturas,

obtendo-se uma imagem tomográfica (secional) em qualquer orientação espacial: axial, sagital ou coronal.

Este método imagiológico revela uma enorme acuidade de diagnóstico, potenciando a prestação de cuidados de saúde. A grande desvantagem da TC prende-se com o facto desta utilizar elevadas doses de radiação ionizante quando comparada com a RC.

A TC é o método imagiológico ideal para o estudo de fraturas complexas da face, possibilitando a visualização de pequenas linhas e fraturas, sendo possível determinar um tratamento adequado para o paciente.

Hoje em dia muitos médicos recorrem à TC para fazer o diagnóstico de fratura da face, pois esta através da possibilidade de reconstrução 3D de estruturas anatómicas possibilita a obtenção de uma maior informação, traduzindo um diagnóstico mais confiável e consequentemente, um tratamento mais eficiente.

Trata-se de uma vertente imagiológica cada vez mais utilizada devido à sua elevada capacidade de visualizar os tecidos moles, em tempo real, para além de ser uma técnica inócua e ter uma boa relação custo-eficácia.

A ecografia é um método de diagnóstico por imagem baseado no fenómeno de interação dos ultrassons com os tecidos. Esta, reveste-se de uma enorme utilidade no diagnóstico de fraturas da órbita, pois devido à baixa densidade óssea ou à opacidade criada, por exemplo, por uma hemorragia, estas fraturas podem não ser visíveis na TC (pelo artefacto provocado por estas duas condicionantes).

No caso de fratura do osso nasal, a ecografia também assume uma certa importância. Segundo Mohammadi e colaboradores (2014) devido à baixa sensibilidade da radiografia, por vezes a fratura pode passar despercebida. No caso da TC, a fratura pode também não ser visível devido à fina espessura do osso nasal, causando um artefacto de volume parcial.

Também Mohammadi e colaboradores (2014) concluíram que a ecografia é um método imagiológico bastante fiável no diagnóstico de fraturas nasais, podendo-se evitar a exposição do paciente à radiação ionizante ao recorrer ao seu uso.

4.4. Papel do técnico de radiologia

O Técnico de Radiologia desempenha sempre um papel muito importante na execução de qualquer exame imagiológico. Integrado numa equipa multidisciplinar, o técnico colabora ativamente com os outros profissionais de saúde, garantindo a execução do exame com a maior rapidez, competência e qualidade diagnóstica. Uma vez que a saúde é um direito universal, tendo qualquer paciente que ser tratado de igual forma e sem discriminações ou julgamentos, o respeito pela dignidade humana é também uma das competências do técnico. Nesta situação em particular, nas vítimas de VRI, compete-lhe ainda comunicar adequadamente com a vítima e executar todos os procedimentos e técnicas necessários para a correta avaliação imagiológica da(s) lesõe(s).

Desta forma, o Técnico de Radiologia deve seguir um conjunto de medidas para cumprir corretamente o seu papel integrado na equipa. Ele deve:

- Receber o paciente e, com calma, embora partindo do princípio que alguém já lho explicou de uma forma geral, explicar-lhe o exame a que vai ser sujeito;
- Explicar ao paciente que poderá sentir alguma dor e um certo desconforto, durante o exame, devido às lesões que possa possuir;
- O motivo da realização do exame, para certas pessoas pode-se tornar constrangedor, devendo o Técnico de Radiologia tentar descontraír e relaxar o paciente;
- Fazer a anamnese, ou seja, através da história clínica do paciente, fazer o despiste quanto a possíveis reações alérgicas ao produto de contraste, caso aja necessidade de utilizar o mesmo;
- Encaminhar o paciente para o vestiário para que possa retirar todos os objetos passíveis de criar artefactos e vestir uma bata;
- Preparar o material específico para o procedimento;
- Posicionar o paciente, seleccionar os parâmetros de exposição e adquirir as imagens e, no caso de aquisição digital, adquirir as imagens e fazer o seu tratamento, com adequado rigor técnico e elevada acuidade diagnóstica e promover a sua impressão em película;

→ No final do exame, o Técnico de Radiologia deve reencaminhar a paciente para o vestiário para que possa voltar a vestir a sua roupa.

V. Objetivos

Considerando a revisão da literatura efetuada e todo o enquadramento teórico da temática, esta dissertação tem por objetivo relacionar a prevalência de fraturas maxilo-faciais com a VRI.

De uma forma mais específica, pretende-se analisar estatisticamente a ocorrência de fraturas do maciço-facial e a sua relação em casos de VRI, uma vez que o número de casos tem vindo tendencialmente a aumentar e a agravar-se.

Como objetivos específicos pretende-se ainda:

- Caracterizar as vítimas de VRI do ponto de vista sociodemográfico;
- Caracterizar imagiologicamente as lesões em vítimas de VRI;
- Correlacionar variáveis de modo a aferir a existência de relações com significância estatística.

VI. Materiais e Métodos

Atendendo ao objetivo desta dissertação, a recolha dos dados foi delimitada à região do Grande Porto, recorrendo-se exclusivamente à informação disponibilizada pelo INMLCF, I.P. Para o efeito, analisaram-se os relatórios periciais do INMLCF, I.P, mais especificamente na parte Clínica, relativos a vítimas de VRI com idade igual ou superior a 18 anos e registados nos anos de 2011 e 2012.

Como amostra final selecionaram-se 2472 casos respeitantes a vítimas de VRI, atendendo aos seguintes critérios de inclusão:

- Perícias e relatórios elaborados no INMLCF, I.P do Porto.
- Queixa VRI provocada por (ex) cônjuge, (ex) companheiro(a), (ex) namorado(a) ou progenitor de descendente comum em 1.º grau;
- Queixas relativas ao ano de 2011 e 2012;
- Vítimas com idade igual ou superior a 18 anos;
- Vítimas do sexo masculino e feminino.

Os instrumentos utilizados para a recolha e análise da informação foram:

- Grelha de análise dos relatórios periciais do INMLCF, I.P do Porto.

De forma a recolher os dados disponibilizados pelos relatórios periciais, elaborou-se uma grelha, na qual constam dez variáveis de estudo que foram considerados relevantes para este estudo: número do processo no INMLCF, I.P, data de nascimento, idade da vítima aquando da agressão, sexo, profissão, zona de residência, hospital ao qual a vítima recorreu, relação com o agressor, existência de fratura maxilo-facial e osso fraturado.

Quanto à recolha do número do processo no INMLCF, I.P e da data de nascimento, esta foi feita de forma a tornar mais fácil a pesquisa da vítima caso surgisse alguma dúvida no decorrer da recolha de dados.

Para além disso, recolheram-se as variáveis sexo e idade com o objetivo de se observar qual a frequência de VRI entre sexos, bem como qual a faixa etária mais atingida neste tipo de abuso.

Com o intuito de tentar perceber se a VRI ocorre num determinado grupo económico e zona geográfica recolheu-se informação acerca da profissão e da zona de residência da vítima.

O hospital ao qual a vítima recorreu permitiu averiguar qual o local a que esta se deslocou para receber cuidados médicos. O facto de a vítima recorrer a um hospital e saber a zona geográfica em que o mesmo se insere permite tirar conclusões acerca da gravidade das lesões, bem como concluir em que zona geográfica, as pessoas recorrem mais vezes ao hospital devido à VRI.

A relação com o agressor, a existência de fratura maxilo-facial e osso fraturado são indicadores estatísticos quanto ao tipo de relação com maior incidência de VRI, à incidência de fraturas maxilo-faciais bem como quanto ao osso mais vezes fraturado.

Com o intuito da recolha de dados se tornar mais simples, elaborou-se uma chave, atribuindo números aos dados recolhidos.

Por fim, os dados foram analisados e tratados estatisticamente com o recurso ao software IBM SPSS (versão 20.0 disponível em <http://www-01.ibm.com/software/analytics/spss/>).

A análise estatística realizada incluiu a descrição das variáveis supracitadas fornecendo dados sobre a amostra e as observações que se efetuaram. Para o efeito, recorreram-se a tabelas e gráficos de acordo com a variável em estudo. Para além disso, com o intuito de avaliar a associação existente entre variáveis qualitativas procuraram-se os testes de hipóteses mais adequados para a população em estudo nomeadamente para verificar a frequência com que um determinado acontecimento observado nesta amostra se desviou significativamente ou não da frequência esperada.

Assim, para verificar se existe alguma relação entre as variáveis em estudo, selecionaram-se as mais pertinentes, aplicando-se o teste de qui quadrado (χ^2) com um nível de significância (p) igual a 0,05.

Embora tenha existido o cruzamento de algumas variáveis, não se estendeu o teste do qui quadrado a todas as variáveis em estudo, pois a amostra total era inferior a 50, não tornando o teste fiável.

VII. Resultados

7.1. Caracterização sociodemográfica

Relativamente aos anos de 2011 e 2012 foram analisados 2472 relatórios na vertente de Clínica do INMLCF, I.P, referentes a situações de VRI, dos quais 1178 casos são relativos ao ano de 2011 e 1294 ao ano de 2012 (Tabela 5).

Tabela 5 - Distribuição dos relatórios analisados no INMLCF, I.P por ano civil.

Ano dos relatórios	n	%
2011	1178	47,7
2012	1294	52,3
Total	2472	100,0

N= 2472

Da análise dos relatórios verificou-se qual a distribuição por género das vítimas e comparou-se a amostra com a distribuição por género da população do Grande Porto, cujos resultados são apresentados no Gráfico 1.

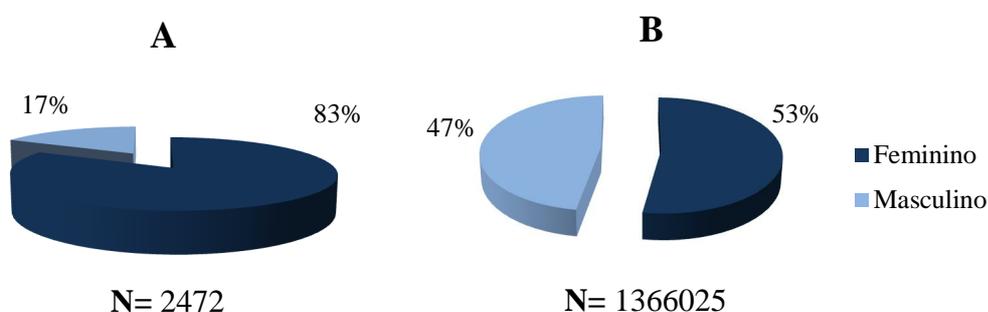


Gráfico 1. Distribuição das vítimas de VRI (A) e da população do Grande Porto (B) nos censos de 2011, de acordo com o género.

Pela análise do Gráfico 1 constata-se que a maioria das vítimas em estudo, são do sexo feminino (83%) e apenas 17% dos casos ocorreram em homens. Já no concelho do Grande Porto verifica-se que o sexo feminino representa 53% da população e o masculino 47%.

O valor do $\chi^2 = 36,650$ (superior ao valor tabelado para 1 grau de liberdade), indica que na população a % de homens embora seja inferior à das mulheres não existe uma diferença tão acentuada como no caso das vítimas de violência, em que a % de homens é bastante inferior.

Tendo sido o fator etário um dos critérios de seleção das vítimas de VRI, nomeadamente com mais 18 anos, observa-se que a vítima mais jovem, apresenta 18 anos de idade, tendo a mais idosa 84 anos. Dada a existência de um grande intervalo de idades optou-se pelo seu agrupamento em classes (Gráfico 2).

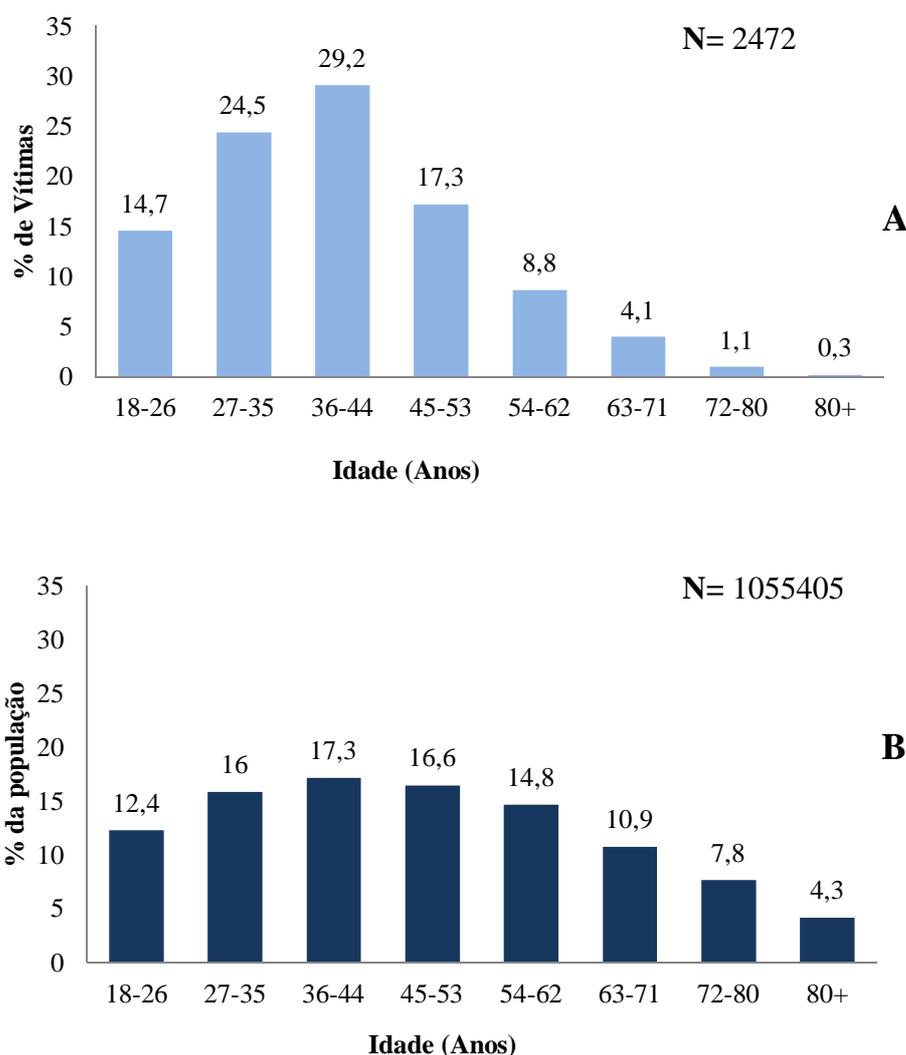


Gráfico 2. Distribuição etária das vítimas de VRI (A) e da população do Grande Porto nos censos de 2011.

Pela análise do Gráfico 2 é possível verificar que até à faixa etária dos 44 anos a percentagem de VRI vai aumentando gradualmente. A partir dos 45 anos, observa-se um decréscimo da percentagem de vítimas de VRI, apresentando-se esta

consideravelmente mais baixa em vítimas com idade igual ou superior a 63 anos. A faixa etária entre os 36 e os 44 anos de idade é a que apresenta a maior percentagem (29,2%) de casos.

A apreciação do número de vítimas presentes em cada faixa etária permite observar que a moda é de 38 anos, ou seja, neste estudo esta idade representa a faixa etária que apresenta uma maior incidência de vítimas.

Relativamente à idade da população do Grande Porto constata-se também que a faixa etária entre os 36 e os 44 anos é apresentada uma percentagem mais elevada (17,3%).

O valor do $\chi^2 = 29,4$ (superior ao valor tabelado para 7 graus de liberdade), indica assim que as vítimas de VRI não seguem uma distribuição proporcionalmente semelhante à população do grande Porto ($39,93 \pm 12,66$ anos), relativamente a esta variável.

Como anteriormente descrito, os casos de VRI estudados são relativos à região do Grande Porto, sendo este constituído por dez concelhos. A Tabela 6 descreve qual a distribuição percentual de vítimas por concelho e a categorização geográfica dos casos analisados comparativamente com a população do Grande Porto.

Tabela 6 – Distribuição geográfica das vítimas de VRI e da população do Grande Porto.

Área de Residência	Vítimas de VRI		População (censos de 2011)	
	n	%	n	%
Gondomar	335	13,6	168027	12,3
Porto	592	23,9	237591	17,4
Póvoa de Varzim	83	3,4	63408	4,6
Maia	305	12,3	135306	9,9
Matosinhos	198	8	175478	12,8
Santo Tirso	4	0,2	71530	5,2
Trofa	5	0,2	38999	2,9
Valongo	229	9,3	93858	7
Vila do Conde	83	3,4	79533	5,8
Vila Nova de Gaia	583	23,6	302295	22,1
Outros/Desconhecido	55	2,2	0	0
Total	2472	100	1366025	100

N (amostra)= 2472

N (população)= 1366025

Na Tabela 6 pode observar-se que o concelho com maior incidência de VRI é o Porto (23,9%), seguido de Vila Nova de Gaia (23,6%). Os concelhos nos quais a incidência de VRI é menor são a Trofa e Santo Tirso, com valores percentuais quase residuais (0,2%).

Em termos populacionais, observa-se de forma similar que o concelho mais populoso é o de Vila Nova de Gaia (22,1%), seguido do Porto (17,4%). Os concelhos com menos população são a Póvoa de Varzim (4,6%) e a Trofa (2,9%).

O valor do $\chi^2 = 6,794$ (inferior ao valor tabelado para 7 graus de liberdade), indica que as vítimas de VRI seguem uma distribuição semelhante à população do grande Porto, relativamente à área de residência.

O Gráfico 3 ilustra a situação profissional das vítimas de VRI da amostra, permitindo observar quais os extratos profissionais mais afetados e analisar qual a relação entre ambas.

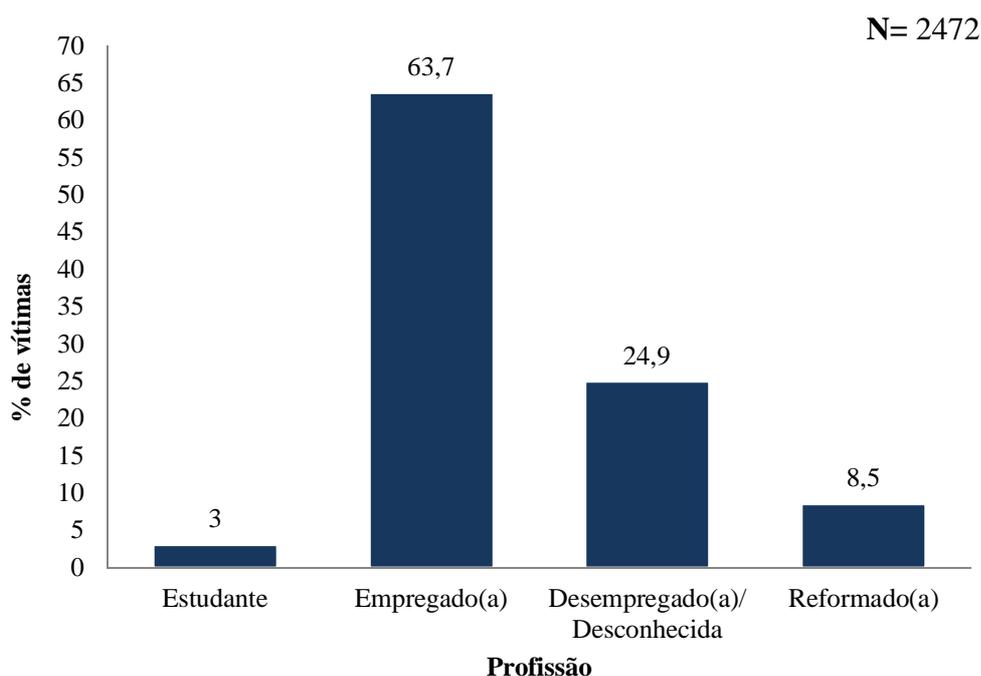


Gráfico 3. Distribuição das vítimas de VRI de acordo com a profissão.

No Gráfico 3 observa-se que mais de metade das vítimas se encontra ativa no mercado de trabalho correspondendo a 63,7% dos casos. Relativamente às vítimas desempregadas ou com profissão desconhecida, estas representam 24,9%, evidenciando uma maior incidência de casos quando comparadas com vítimas estudantes ou reformadas, cujas frequências são de 3% e 8,5% respetivamente.

Numa situação de violência é importante perceber o vínculo que a vítima tem com o agressor, nomeadamente em casos de VRI (Gráfico 4).

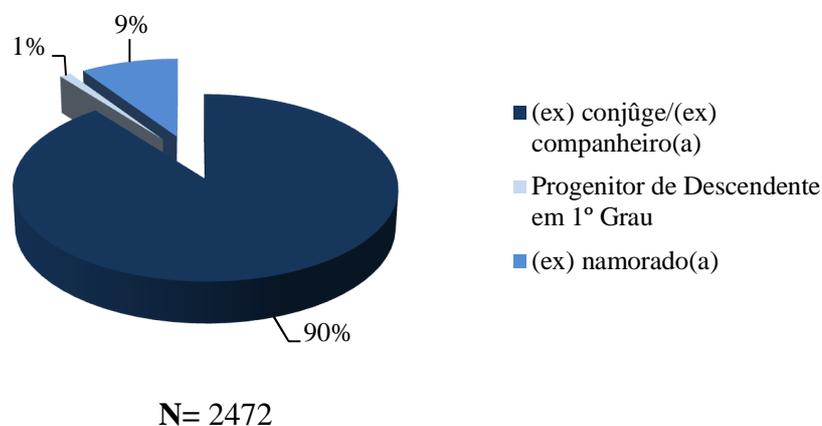


Gráfico 4. Distribuição das vítimas de acordo com a relação que mantêm com o agressor.

No Gráfico 4 constata-se que 90% das vítimas mantêm ou mantiveram uma relação marital com o agressor. Observa-se também que as vítimas nas quais o agressor é o seu namorado(a) ou ex-namorado(a) correspondem a 9% dos casos. As vítimas que estão vinculadas ao agressor por um descendente em 1º grau constituem uma proporção pouco representativa (1%) dos casos observados.

Nem sempre a vítima sofre agressão por parte de um único agressor, existindo por vezes várias pessoas envolvidas na agressão. Assim o Gráfico 5 ilustra o número de agressores observados na amostra.

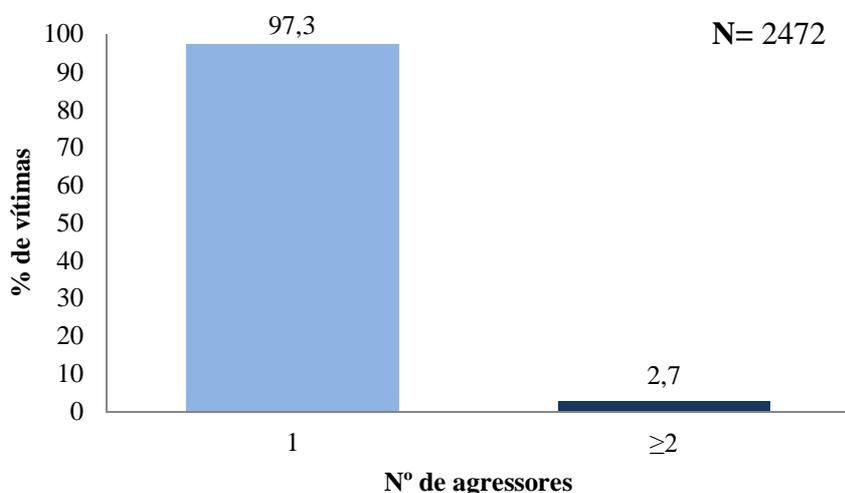


Gráfico 5. Distribuição das vítimas consoante o número de agressores.

No Gráfico 5 constata-se que 97,3% das vítimas foram agredidas apenas por uma única pessoa, enquanto que 2,7% dos casos foram agredidas por duas ou mais pessoas.

7.2. Caracterização imagiológica das lesões em vítimas de VRI

Por vezes, as vítimas de VRI não recorrem ao hospital, de forma a receber cuidados médicos uma vez que sentem constrangimento e até mesmo vergonha pela situação a que foram sujeitas. A Tabela 7 descreve qual a percentagem de vítimas que se deslocaram ao hospital ou a outro local de saúde para receber cuidados médicos.

Tabela 7 - Locais de prestação de cuidados.

Local de prestação de cuidados médicos a que a vítima recorreu	n	%
Nenhum/Desconhecido	1666	67,4
Centro Hospitalar do Porto	140	5,7
Centro Hospitalar São João	268	10,8
Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia	162	6,6
Centro Hospitalar da Póvoa de Varzim/Vila do Conde	76	3,1
Hospital Pedro Hispano	80	3,2
Outros	80	3,2
Total	2472	100,0

N= 2472

Pela análise desta tabela, observa-se que mais de metade das vítimas não recorreu a nenhum hospital para receber cuidados médicos, indicando assim uma gravidade menor das lesões sofridas.

Nos anos de 2011 e 2012, o hospital que atendeu um maior número de vítimas de VRI foi o Hospital São João (10,8%), seguindo-se o Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia com uma percentagem de 6,6%. Esta distribuição e frequência de casos por locais de cuidados médicos está relacionada também com a distribuição de casos de VRI descrita anteriormente. Assim, o maior número de casos identificados nos

concelhos do Porto e Vila Nova de Gaia determinam uma maior procura de cuidados médicos nestas instituições hospitalares em particular.

Com o intuito de estimar o uso da imagiologia em casos de violência, determinou-se qual a frequência de vítimas, que ao recorrer ao hospital ou a outro local para receber tratamento médico, realizaram exames imagiológicos (Gráfico 6).

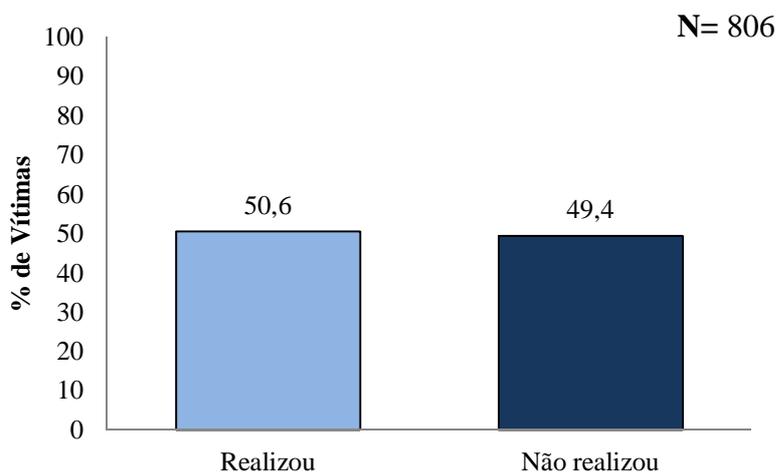


Gráfico 6. Distribuição das vítimas consoante a realização de exames imagiológicos.

No Gráfico 6 constata-se que cerca de 50,6% das vítimas realizaram algum tipo de exame imagiológico nas modalidades de RC, TC ou ecografia, enquanto que 49,4% das vítimas não realizou nenhum exame.

Adicionalmente, neste estudo, considerou-se importante identificar nas vítimas que foram sujeitas a algum tipo de exame imagiológico quais as que resultaram no diagnóstico de fratura (Gráfico 7).

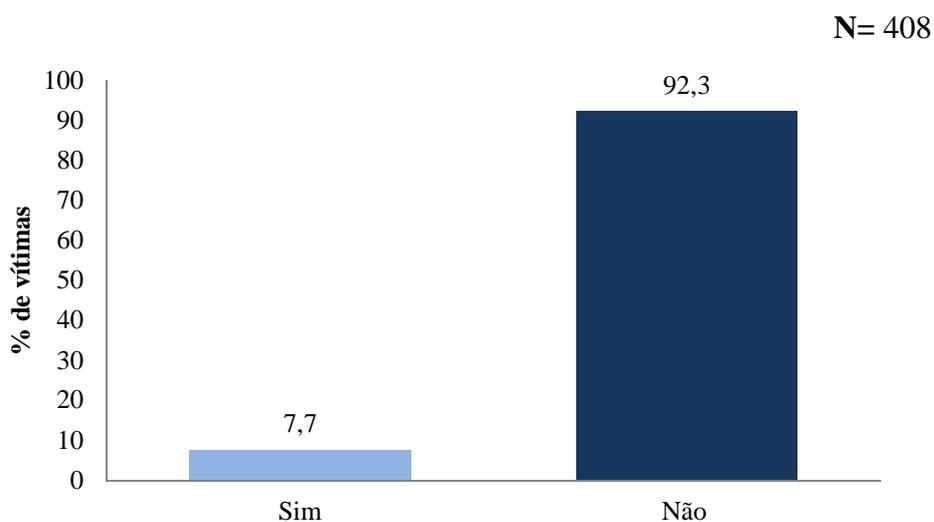


Gráfico 7. Distribuição das vítimas consoante a existência de fratura.

Pela análise do Gráfico 7, observa-se que apenas 7,7% das vítimas realizaram exames imagiológicos com evidência de fratura em algum osso. A maioria dos exames imagiológicos realizados às vítimas não demonstraram a existência de qualquer tipo de fratura (92,3%).

Da análise parcial da amostra, às vítimas de VRI cujo diagnóstico de fratura foi efetuado através de um exame imagiológico, observou-se qual a incidência de fraturas na região maxilo-facial. Para o efeito, analisaram-se os registos médicos tendo-se obtido os resultados ilustrados no Gráfico 8.

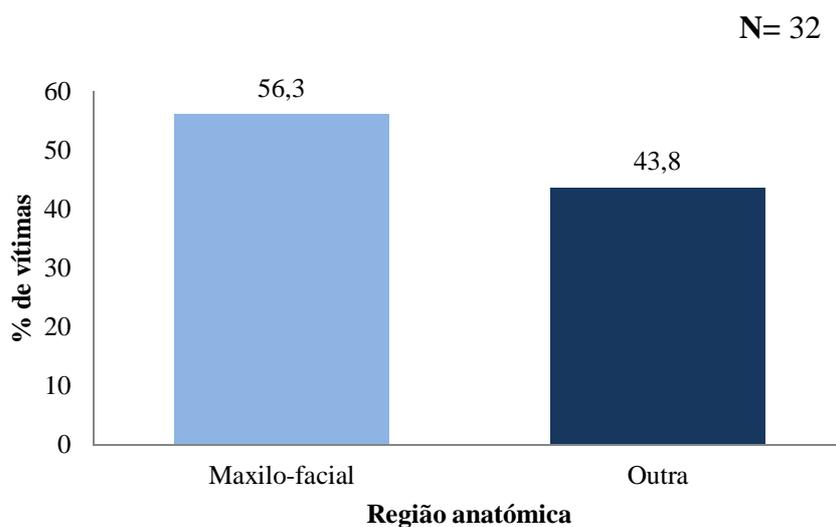


Gráfico 8. Distribuição das vítimas consoante a região fraturada.

No Gráfico 8 observa-se que aproximadamente 56,3% das vítimas apresentam fratura na zona maxilo-facial, enquanto que 43,8% das vítimas apresentam fratura noutra região anatómica. Consoante o grau de força aplicada, por vezes são fraturados múltiplos ossos, considerando-se assim relevante a descrição do número de ossos fraturados (Gráfico 9).

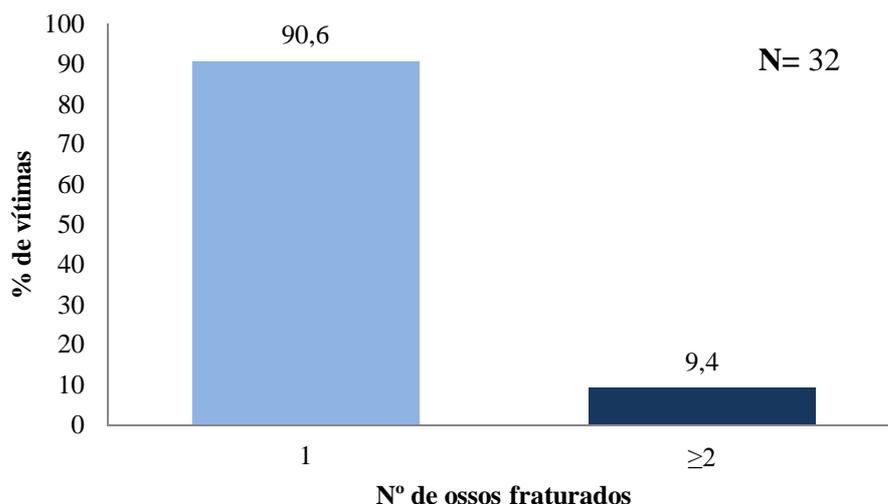


Gráfico 9. Distribuição das vítimas consoante o número de ossos fraturados.

Pelo Gráfico 9 é possível verificar que 90,6% das vítimas apresenta apenas fratura num único osso, enquanto que 9,4% das vítimas apresentam duas ou mais fraturas quer na face quer noutra região anatómica.

Das vítimas com fratura apenas nos ossos da face, procurou-se caracterizar qual o osso da face com maior incidência de fratura, cujos resultados são apresentados no Gráfico 10.

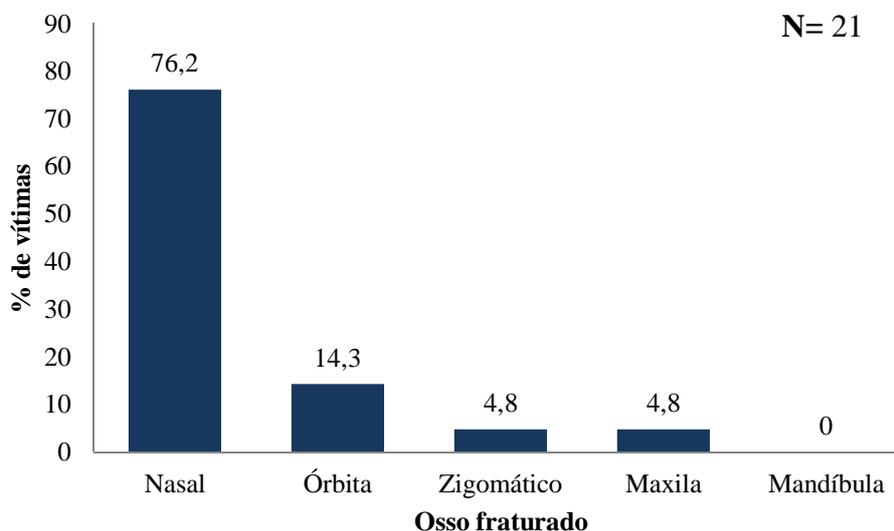


Gráfico 10. Distribuição das vítimas consoante o osso da face fraturado.

Como se pode verificar, o osso nasal é o que apresenta uma maior incidência de fratura (76,2%), seguindo-se a órbita com uma frequência de 14,3%. Os ossos

zigomático e maxilar apresentam a mesma frequência (4,8%), sendo que nesta amostra nenhuma vítima apresentou traumatismo da mandíbula.

De forma a verificar qual a relação entre a variável número de agressores e género elaborou-se a Tabela 8, verificando-se que tanto no sexo masculino como no feminino a grande parte das agressões foi perpetuada por um único agressor, sendo no entanto a percentagem mais elevada no sexo masculino, no que diz respeito a agressão perpetuada por dois ou mais agressores (6,8%).

Tabela 8 – Distribuição do número de agressores segundo o género.

Nº de agressores	Género	
	Masculino	Feminino
	n (%)	n (%)
1	396 (93,2)	2010 (98,2)
≥ 2	29 (6,8)	37 (1,8)
Total	425	2047

N= 2472

O valor do $\chi^2 = 34,075$ (superior ao valor tabelado para 1 grau de liberdade), indica que o número de agressores depende do género da vítima, isto é, verifica-se que quando a vítima é do sexo masculino a probabilidade de ser agredido por dois ou mais agressores é superior.

Na Tabela 9 apresenta-se a relação entre as variáveis género e exame imagiológico. Como se pode verificar apenas 11,8% das vítimas do sexo masculino e 17,3% do sexo feminino realizaram exame imagiológicos, devido à agressão que sofreram, sendo que a maioria das vítimas não realizou qualquer exame.

Tabela 9 – Avaliação da realização de exame imagiológico segundo o género da vítima de VRI.

Realização de exame imagiológico	Género	
	Masculino	Feminino
	n (%)	n (%)
Sim	50 (11,8)	355 (17,3)
Não	375 (88,2)	1692 (82,7)
Total	425	2047

N= 2472

O valor do $\chi^2 = 7,99$ (superior ao valor tabelado para 1 grau de liberdade), é indicativo de que a realização de exames imagiológicos depende do género da vítima, ou seja, verifica-se que quando a vítima é do sexo feminino, a probabilidade de vir a realizar exame imagiológico é substancialmente maior.

A Tabela 10 permite observar que no sexo masculino a distribuição da fratura anatomicamente foi a mesma, enquanto que no sexo feminino cerca de 56,7% das vítimas apresentou fratura na face e 43,3% noutra região anatómica.

Tabela 10 – Determinação do local de fratura segundo o género da vítima de VRI.

Local de fratura	Género	
	Masculino	Feminino
	n (%)	n (%)
Face	1 (50,0)	17 (56,7)
Outra	1 (50,0)	13 (43,3)
Total	2	30

N= 2472

Numa análise comparativa entre a faixa etária das vítimas e a localização da fratura, é possível constatar, na Tabela 11, que a faixa etária que sofreu mais fraturas na face situa-se entre os 36 e 44 anos. Já quando localizada noutra região anatómica a frequência de ocorrência de fratura situa-se nas faixas etárias entre os 36-44 anos e os 54-62 anos. A partir dos 63 anos, a ocorrência de fratura nestas vítimas é quase inexistente ou nula.

Tabela 11 – Distribuição da idade segundo a localização da fratura.

Idade	Localização da fratura	
	Face	Outra
	n (%)	n (%)
18-26	1 (5,6)	0 (0)
27-35	4 (22,2)	2 (14,3)
36-44	9 (50,0)	4 (28,6)
45-53	3 (16,7)	3 (21,4)
54-62	1 (5,6)	4 (28,6)
63-71	0 (0)	0 (0)
72-80	0 (0)	1 (7,14)
80+	0 (0)	0 (0)
Total	18	14

N=32

A Tabela 12 permite observar que independentemente da profissão cerca de 30% das vítimas recorreram ao hospital, enquanto que cerca de 60% a 70% não recorreu ao hospital.

Tabela 12 – Determinação da ida da vítima de VRI ao hospital segundo a sua profissão.

Ida ao Hospital	Profissão			
	Desempregado(a)/ Sem Profissão/ Desconhecida	Empregado	Estudante	Reformado
	n (%)	n (%)	n (%)	n(%)
Sim	199 (32,6)	503 (32,0)	28 (36)	77 (36,7)
Não	411 (67,4)	1071 (68,0)	50 (64)	133 (63,3)
Total	610	1574	78	210

N= 2472

O valor do $\chi^2 = 2,26$ (inferior ao valor tabelado para 3 graus de liberdade), sugere assim que a ida ao hospital não depende da profissão da vítima.

Numa análise comparativa entre a relação com o agressor e o local de fratura, observa-se que a maioria (83,3%) das fraturas da face ocorreram quando o agressor era

(ex) marido/mulher ou (ex) companheiro(a), enquanto que 5,6% foram perpetuadas pelo (ex) namorado e 11,1% pelo progenitor de descendente em 1º grau.

Tabela 13 – Comparação da relação que a vítima mantém com o agressor segundo o local de fratura.

Relação com o agressor	Local de fratura	
	Face n (%)	Outra n (%)
(Ex) marido/mulher ou (ex) companheiro(a)	15 (83,3)	14 (100,0)
(Ex) namorado(a)	1 (5,6)	0 (0)
Progenitor de descendente em 1º grau	2 (11,1)	0 (0,0)
Total	18	14

N=32

No que diz respeito às fraturas noutra região anatómica (excluindo a facial), verifica-se que estas foram unicamente induzidas por (ex) marido/mulher ou (ex) companheiro(a) da vítima, correspondendo a 100% dos casos observados.

VIII. Discussão

Com este estudo foi possível constatar que a violência entre relações de intimidade, não ocorre exclusivamente por violência física, sendo que por vezes o agressor recorre a outros tipos de violência. Coagir, intimidar, isolar, minimizar e ameaçar são formas de violência psicológica que por vezes têm um maior impacto na vítima, do que propriamente a violência física.

É do senso comum que neste tipo de violência o agressor não pretende que as marcas da agressão na vítima sejam visíveis, nem que estas recorram ao hospital, sendo importante estudar a incidência de fraturas ósseas neste tipo de agressões e assim apreciar o grau de violência.

Entre os anos de 2011 a 2012 verificou-se um ligeiro aumento (cerca de 9%) do número de relatórios efetuados pelo INMLCF, I.P no que diz respeito à VRI. O facto de ter havido este aumento não significa que existam mais casos associados à violência, pode sim querer dizer que as vítimas estão mais conscientes relativamente a esta problemática, percebendo que o primeiro passo que devem tomar, de forma a não estarem mais sujeitas a violência infligida pelo parceiro, é apresentar queixa junto das autoridades competentes.

É notório que na população do Grande Porto existem mais mulheres do que homens. Este ponto também se reflete no que diz respeito à violência, ou seja, existem mais vítimas do sexo feminino do que do sexo masculino. Embora em ambos os casos o sexo feminino seja predominante, não verifica a mesma proporção nas diferentes situações. Isto é, seguindo-se a tendência da distribuição por género da população existiria um número muito maior de vítimas do sexo masculino.

Relativamente à distribuição da população do Grande Porto, no que diz respeito à idade, esta apresenta uma forma quase linear, ou seja as várias classes de idades apresentam uma percentagem bastante similar, com a exceção das classes entre os 72 e os 80 anos e mais de 80.

Já nas vítimas de VRI a distribuição não ocorre da mesma forma, aumentando a sua percentagem até à classe dos 36-44 anos, onde atinge o ponto máximo, sendo que nas classes seguintes a percentagem vai diminuindo de acordo o aumento da idade.

Um estudo conduzido por Saddki e colaboradores (2010) concluíram que 37,2% das vítimas têm idade entre 21 e 30 anos enquanto que 36% representa a classe entre os 31 e os 44.

As áreas de residência do Grande Porto com maior número populacional são Vila Nova de Gaia e Porto. De igual forma, também estes concelhos são os que se apresentam com um maior número de vítimas de VRI. Pode-se assim concluir que estes dois concelhos são os que apresentam maior número de vítimas, pois também são aqueles que apresentam maior número de habitantes. A Trofa sendo o concelho com menor número populacional, também é aquele que apresenta um número inferior de vítimas de VRI.

Relativamente à situação profissional, o grupo que apresenta menor incidência de VRI são os estudantes, que conseqüentemente estão inseridos na faixa etária que apresenta uma menor percentagem de VRI. Concluiu-se assim que a profissão das vítimas, não tem qualquer ligação com a incidência de VRI, pois esta atinge todas as classes profissionais, podendo estar relacionada com o nível de ensino que a vítima ou o agressor possuem, não havendo no entanto, dados suficientes neste estudo ou noutros que permitam inferir sobre esta matéria.

Quanto à relação que as vítimas possuem com o agressor, é claro que aquelas que mantêm ou mantiveram uma relação marital com o agressor são as que sofrem mais violência. Isto pode dever-se ao facto de passarem mais tempo com o agressor, da existência de separações que não estão resolvidas quer na questão dos filhos quer na vontade de reatar a relação por parte de um dos parceiros. Outros motivos que poderão estar associados são os ciúmes existentes pelo antigo ou atual parceiro, bem como questões relacionadas com o baixo de rendimento mensal, criando mais atritos entre parceiros.

Nesta matéria, Saddki e colaboradores (2010) demonstraram que o marido era o principal agressor, relativamente às vítimas do sexo feminino. Também Wong e colaboradores (2014) concluíram que no caso das vítimas de VRI do sexo feminino e naturais da China, o marido era o principal agressor correspondendo a 81,6% dos casos. A grande parte das vítimas refere ter sido agredida por um único sujeito, demonstrando que raramente o agressor recorreu à ajuda de outros para perpetuar o ato; isto pode dever-se ao facto do agressor não querer que se saiba que inflige mais tratos na vítima de forma a que as pessoas não se intrometam ou não apresentem queixa contra ele.

Foi possível constatar que uma grande parte das vítimas (67,4%) não recorre a nenhum local para receber tratamento médico. Esta situação poderá estar possivelmente associada com: (1) a vergonha que as vítimas sentem por terem sido sujeitas a este tipo de violência com a agravante de ter sido infligida por uma pessoa que lhes é próxima, (2) medo da reação que agressor possa ter ao saber que esta recorreu ao hospital, ou (3) receio pela segurança dos filhos. Outra razão para não recorrerem ao hospital poderá ser para evitarem ser questionadas sobre o acontecimento que lhes provocou as lesões e para que os profissionais de saúde não apresentem queixa contra o agressor, pois muitas vezes algumas vítimas ainda acreditam numa mudança de comportamento por parte do agressor.

A quantidade de vítimas de VRI que se submeteram a uma perícia no INMLCF, I.P não corresponde de todo à quantidade das que recorreram aos hospitais. Isto deve-se ao facto das lesões provocadas pelo agressor não serem graves, não havendo necessidade das vítimas recorrerem ao hospital.

O hospital que atendeu mais vítimas de VRI, foi o Centro Hospitalar São João, isto prende-se com o facto de ser um hospital que se situa no centro da cidade, sendo de fácil acesso e ainda por ter a mesma localização do concelho onde se observou uma maior distribuição de casos de VRI (Porto).

Quanto ao Centro Hospitalar da Póvoa de Varzim/Vila do Conde verificou-se uma menor procura por parte das vítimas de VRI, pois de igual forma abrange concelhos com menor taxas de incidência de VRI, como por exemplo a Trofa.

Com este estudo foi possível constatar que só cerca de metade das vítimas que recorreram ao hospital realizaram exames imagiológicos, no entanto esta informação não é muito confiável, dado que se constatou uma carência de informação nos relatórios periciais do INMLCF, I.P relativamente a este aspeto. Da análise efetuada, observou-se que num elevado número de relatórios não se encontrava mencionado se o paciente tinha ou não realizado algum exame, e no caso de terem realizado não havia especificação acerca do tipo de exame realizado.

Só uma pequena percentagem (7,7%) de vítimas que realizaram exames imagiológicos apresentavam fratura, revelando que o grau de violência nas relações de VRI não é acentuado, ou seja, a força exercida nas agressões não tinha sido suficiente para provocar este tipo de lesão.

Aproximadamente 53% das vítimas apresentou fratura na face, e que poderá estar relacionada com o facto da face ser uma região de fácil ataque para o agressor, e

também por haver alguma associação por parte do agressor que ao infligir uma lesão na face, a vítima sentir-se-ia inferiorizada e com baixa autoestima. Estudos realizados por Arosarena e colaboradores (2009) e Saddki e colaboradores (2010) concluíram que em mulheres vítimas de VRI, as lesões maxilo-faciais têm uma ligação direta com a VRI, havendo uma maior probabilidade de encontrar lesões maxilo-faciais nestas vítimas de violência do que outro tipo de lesões.

Apenas duas vítimas de VRI apresentavam dois ou mais ossos fraturados, constatando-se que raramente é perpetuado um nível de violência severo ao ponto de provocar várias fraturas ósseas na mesma vítima, nos anos em análise.

Após a avaliação dos ossos da face fraturados, foi possível verificar que o osso nasal, foi aquele que sofreu mais vezes fratura (76,2%). Isto deve-se ao facto de ser o osso da face mais proeminente e com fina espessura tornando-o um alvo fácil de fratura. Neste estudo nenhuma das vítimas sofreu fratura da mandíbula, estando este facto relacionado com a associação deste tipo de fratura a acidentes rodoviários.

Igualmente, Le e colaboradores (2001) concluíram que a fratura nasal é a mais frequentemente encontrada (40%).

Comparativamente ao número de agressores e ao género, maioritariamente só se verificou a existência de um agressor em ambos os géneros. Observou-se que no caso do sexo masculino a percentagem de dois agressores foi superior comparativamente ao sexo feminino, pois geralmente nos homens o grau de força exigido para perpetuar a agressão leva a que o agressor recorra a ajuda de outros sujeitos com o intuito de dominar a vítima.

Uma vez que as mulheres constituíram o género que mais sofreu de VRI é notório que também este grupo se tenha dirigido mais aos hospitais e realizado mais exames imagiológicos.

O sexo feminino foi aquele que apresentou uma maior percentagem (93.7%) de fraturas, isto porque a mulher não possui tanta força para se defender ou evitar um ataque, sendo mais facilmente dominada pelo agressor. No caso dos homens, os seus agressores foram maioritariamente mulheres, sendo que possivelmente não revelaram ou não quiseram aplicar força suficiente para lhes causar uma lesão de maior gravidade, como é o caso da fratura.

A faixa etária dos 36 aos 44 anos é aquela que regista uma maior incidência (29,2%) de VRI e paralelamente o intervalo de idades onde se observaram um maior número de fraturas quer seja na face quer noutra região do corpo.

Adicionalmente, observou-se que as vítimas que se encontram empregadas são as que apresentam maior incidência de VRI e por isso, são aquelas que se deslocaram, ao hospital com maior frequência.

Por fim, ficou demonstrado neste estudo que o/a (ex) marido/mulher ou (ex) companheiro(a) é o tipo de agressor com quem as vítimas que apresentaram fraturas mantém maioritariamente uma relação, sendo que o (ex) namorado e o progenitor de descendente em primeiro grau só provocaram fraturas numa e duas vítimas, respetivamente.

IX. Conclusão

A VRI é um problema com enormes proporções sendo considerado um abuso dos direitos humanos, consistindo na forma mais comum de violência exercida sobre as mulheres, podendo levar a vítima a um desfecho fatal.

A VRI tem um grande impacto no bem-estar da vítima e na sua saúde havendo necessidade de implementar medidas para diminuir a incidência deste crime.

A presente dissertação encontra-se estruturada em nove capítulos, sequenciais destinando-se os quatro primeiros capítulos à contextualização teórica do tema e os restantes à descrição do estudo analítico efetuado. Resumidamente, apresentam-se as conclusões dos capítulos seguintes à introdução.

No Capítulo I verificou-se que a VRI atinge diferentes países, possuindo uma percentagem considerável de vítimas, sendo que a maioria pertence ao sexo feminino. Este problema implica sérias consequências na saúde da mulher quer a nível do sistema reprodutor e psicológico, afetando também a economia do país, acarretando assim elevados custos associados à prestação de cuidados médicos.

De igual forma, neste capítulo, evidenciaram-se que as causas mais frequentes de traumatismo maxilo-facial incluem os acidentes rodoviários e as agressões físicas, sendo a mandíbula e osso nasal os ossos que apresentam uma maior incidência de fratura. O papel da imagiologia foi também realçado, onde se concluiu que a TC é um exame imagiológico com maior acuidade que a RC, possibilitando uma melhor visualização de estruturas sem que haja sobreposição das mesmas.

É de extrema importância a abordagem que os prestadores de cuidados médicos têm perante uma vítima de VRI, no entanto vários estudos demonstram que existe um grande hiato neste aspeto, dado que os profissionais de saúde não adotam atitudes que permitam detetar precocemente vítimas de VRI.

No Capítulo II, observou-se que a VRI é o tipo de violência mais prevalente da VD, tendo sido várias as alterações dos documentos legais vigentes ao longo dos últimos anos. Os fatores de risco da VRI estão associados com a vítima, com o agressor e com o seio familiar, existindo três tipos de violência a física, a sexual e a psicológica.

No que respeita ao Capítulo III, pode-se observar a complexidade anatómica dos ossos do crânio e da face, e a estreita relação com órgãos vitais como por exemplo, o

encéfalo e vias respiratórias superiores. As principais fraturas resultantes de um trauma maxilo-facial são do osso nasal, orbital, zigomático, maxilar e mandibular recorrendo-se à RC, TC e ecografia para fazer o diagnóstico. O papel do técnico de radiologia perante a realização de um exame a uma vítima de VRI é assim de extrema importância.

Atendendo aos objetivos propostos, no Capítulo V, foi possível demonstrar e caracterizar a VRI em contexto nacional, através dos materiais e métodos utilizados nesta dissertação.

Metodologicamente aplicaram-se critérios de seleção da amostra, técnicas de análise e de recolha dos dados, e por fim, procedeu-se a uma análise estatística descritiva e inferencial.

No Capítulo VII apresentaram-se os resultados obtidos neste estudo obtendo-se uma caracterização sociodemográfica da amostra. Assim, definiram-se as seguintes variáveis de estudo: o número de relatórios avaliados, género e idade das vítimas, a área de residência e profissão das vítimas, e a relação que a vítima mantém com o seu agressor bem como o número de agressores envolvidos. Na secção seguinte, respeitante à traumatologia maxilo-facial foram apresentados os resultados quanto à avaliação diagnóstica de fraturas através dos meios imagiológicos. Procurou-se assim avaliar se a vítima recorreu a algum local para receber cuidados médicos, se realizou exames imagiológicos, a existência de fratura e a sua localização, bem como o osso mais fraturado da face. Também se procedeu ao cruzamento de várias variáveis de forma a verificar a existência de alguma relação entre elas.

No que respeita aos anos de 2011 e de 2012 verificou-se houve um aumento do número de relatórios periciais realizados no âmbito da VRI. A maioria das vítimas de VRI são mulheres e encontram na faixa etária entre 36 aos 44, destacando-se a cidade do Porto como o concelho com maior número de vítimas de VRI. Grande parte das vítimas encontrava-se empregada e mantinham uma relação marital com o agressor.

Quanto à traumatologia maxilo-facial concluiu-se que a maioria das vítimas não recorrem ao hospital, e que o hospital que teve um maior número de pacientes sujeitos a VRI foi o Centro Hospitalar do São João.

Das vítimas que realizaram exames imagiológicos, cerca de metade apresentavam fratura na região maxilo-facial, destacando-se o osso nasal como o mais comumente fraturado (76,2%).

Por fim, constata-se também que quando a vítima é do sexo masculino a probabilidade de ser agredido por dois ou mais agressores é superior e que a realização de exames imagiológicos depende do género da vítima.

Relativamente às dificuldades encontradas na realização desta dissertação, não foi possível aceder às imagens radiológicas dos pacientes com fratura na região maxilo-facial. Apesar dos vários pedidos de autorização efetuados verificaram-se alguns entraves por parte das comissões de ética. Apenas uma instituição respondeu favoravelmente. No entanto, optou-se por não recolher dados assistenciais dessa instituição pois o número de vítimas era muito reduzido. Esta situação condicionou assim metodologia e limitou a caracterização imagiológica das vítimas de VRI.

Como estudo futuro, sugere-se a inclusão de mais variáveis de estudo, como por exemplo o tipo de violência infligida à mulher, o tipo de exame imagiológico utilizado ou o nível de ensino da vítima e do agressor e ainda o alargamento a um número amostral mais alargado ao território nacional.

X. Referências Bibliográficas

- Al-Atrushi, H.H., Al-Tawil, N.G., Shabila, N.P. & Al-Hadithi, T.S. (2013). Intimate partner violence against women in the Erbil city of the Kurdistan region, Iraq. *BMC Women's Health* 13, 37.
- Alazmy, S.F., Alotaibi, D.M., Atwan, A.A., Kamel, M.I. & El-Shazly, M. (2011). Gender difference of knowledge and attitude of primary health care staff towards domestic violence. *Alexandria Journal of Medecine*, 47, 337-341.
- Al-Faleh, W. & Ekram, M. (2005). Computed Tomography and conventional radiography in the diagnosis of middle face fractures. *Egyptian Dental Journal*, 51, 1843-1851.
- Almutairi, G.D., Alrashidi, M.R., Almerri, A.T., Kamel, M.I. & El-Shazly, M. (2012). How to screen for domestic violence against women in primary health care centers. *Alexandria Journal of Medecine*, 49, 89-94.
- Almutairi, M., Alkandari, A.M., Alhouli, H., Kamel, M. & El-Shazly, M.K. (2012). Domestic violence screening among primary health care workers in Kuwait. *Alexandria Journal of Medecine*, 49, 169-174.
- Antunes-Foschini, R.M.S., Bicas, H.E.A. & Cruz, A.A.V. (2002). Fratura isolada de parede medial da órbita associada à redução importante de movimentação ocular - Relato de caso. *Arq Bras Oftalmol*, 65, 567-570.
- Arosarena, O.A., Fritsch, T.A., Hsueh, Y., Aynehchi, B. & Haug, R. (2009). Maxillofacial injuries and violence against women. *Archives of Facial Plastic Surgery*, 11(1), 48- 52.
- Arslan, E.D., Solakoglu, A.G., Komut, E., Kavalci, C., Yilmaz, F., Karakilic, E., Durdu, T. & Sonmez, M. (2014). Assessment of maxillofacial trauma in emergency department. *World Journal of Emergency Surgery*, 9(13), 1-7.
- Ascani, G., Di Cosimo, F., Costa, M., Mancini, P. & Caporale, C. (2014). Maxillofacial fractures in the province of Pescara, Italy: A retrospective study. *ISRN Otolaryngology*. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1155/2014/101370> (acesso a 1/4/2014).
- Baek, H.J., Kim, D.W., Ryu, J.H. & Lee, Y.J. (2013). Identification of nasal bone fracture on conventional radiography and facial CT: Comparison of the

- diagnostic accuracy in different imaging modalities and analysis of interobserver reliability. *Iranian Journal of Radiology*, 10(3), 140-147.
- Bali, R., Sharma, P., Garg, A. & Dhillon, G. (2013). A comprehensive study on maxillofacial trauma conducted in Yamunagar, India. *Journal of Injury and Violence Research*, 5(2), 108-116.
- Barros, P.P., Lisboa, M., Cerejo, D. & Barrenho, E. (2008) Health care costs of domestic violence against women - Evidence from Portugal. *SSRN*, 15, 1-27.
- Batista, A.M., Ferreira, F.O., Marques, L.S., Ramos-Jorge, M.L. & Ferreira, M.C. (2012). Risk factors associated with facial fractures. *Brazilian Oral Research*, 26(2), 119-125.
- Claro, F.A. (2003). Prevalência de fraturas maxilo-faciais na cidade de Taubaté: Revisão de 125 casos. *Revista Biociências*, 9(4), 31-37.
- Davis, R. L. (2008). *Domestic violence: Intervention, prevention, policies and solutions*. Boca Raton : Taylor & Francis Group.
- Decreto-Lei n.º 48/95 de 15 de Março. *Diário da República n.º 63/95 - série I-A*. Ministério da Justiça. Lisboa.
- Decreto-Lei n.º 19/2013 de 21 de Fevereiro. *Diário da República n.º 37/2013 – série I*. Assembleia da República. Lisboa.
- Decreto-Lei n.º 400/82 de 23 de Setembro. *Diário da República n.º 221/82 - série I 1.º Suplemento*. Ministério da Justiça. Lisboa.
- Decreto-Lei n.º 59/2007 de 4 de Setembro. *Diário da República n.º 170/2007 – série I*. Assembleia da República. Lisboa.
- Decreto-Lei n.º 65/98 de 2 de Setembro. *Diário da República n.º 202/95 – série I-A*. Ministério da Justiça. Lisboa.
- Decreto-Lei n.º 7/2000 de 27 de Maio. *Diário da República n.º 123/2000 – série I-A*. Assembleia da República. Lisboa.
- Drake, R.L., Vogl, W. & Mitchell, A.W.M. (2005). *Gray's anatomy para estudantes*. (2ª ed., pp. 747-1033). Rio de Janeiro: Elsevier.
- Figueiredo, J.M. (2008). *Comparação de métodos dentários de estimativa da idade no adulto: aplicação a uma amostra da população portuguesa*. Dissertação de mestrado, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal.
- Fikree, F.F. & Bhatti, L.I. (1999). Domestic violence and health of Pakistani women. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 65, 195-201.

- GE Healthcare. (2007). *Tip-TV training in partnership program supplement and test for imaging professionals. XR: radiography of domestic violence* (Ed. rev.). Connecticut: General Electric Company.
- Hollier, L. & Thornton, J. (2002). Facial fractures I: Upper two thirds. *Selected readings in plastic surgery*, 9(26), 1-34.
- Júnior, W.P., Farias, L.P., Aquati, M., Rapoport, A. & Leporace, A.A. (2008). Fratura do complexo zigomático: relato de caso. *Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo*, 20(3), 301-306.
- Kamath, R. A.D., Bharani, S., Hammannavar, R., Ingle, P.I & Shah, A.G. (2012). Maxillofacial trauma in Central Karnataka, India : An outcome of 95 cases in regional trauma care centre. *Craniofacial Trauma and Reconstruction*, 5(4), 197-204.
- Kudlas, M., Odle, T. & Kisner L. *The state of forensic radiography in the united states*. (2010). Albuquerque: American Society of Radiologic Technologists
- Lalwani, A.K. (2012). *Current diagnosis & treatment : Otolaryngology head & neck surgery* (3a ed.). Estados Unidos da América: McGraw-Hill.
- Le, B.T., Dierks, E.J., Ueek, B.A., Homer, L.D. & Potter, B.F. (2001). Maxillofacial injuries associated with domestic violence. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 59, 1277-1283.
- Lee, K. (2012). Global trends in maxillofacial fractures. *Craniofacial Trauma and Reconstruction*, 5(4), 213-222.
- Leles, J.L.R., Dos Santos, E. J., Jorge, F.D, Da Silva, E.T. & Leles, C.R. (2010). Risk factors for maxillofacial injuries in a Brazilian emergency hospital sample. *J Appl Oral Sci.*, 18(1), 23-29.
- Leung, T.W. & Leung W.C. (2005). Quality of life of victims of intimate partner violence. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 90, 258-262.
- Lourenço, N. & Carvalho, M.J.L. (2001). Violência doméstica: Conceito e âmbito. Tipos e espaços de violência (nº3, pp. 95-121). Lisboa: *Themis*.
- Maliska, M., Júnior, S. & Gil, J. (2009). Analysis of 185 maxillofacial fractures in the state of Santa Catarina, Brazil. *Oral and Maxillofacial Surgery*. 23(3), 268-274.
- Marcelo Silva Monnazi, M.S., Oliveira, H.C., Passeri, L.A. & Gabrielli, M.F. (2010). Manejo das fraturas nasais com manutenção das vias aéreas superiores. *Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-fac*, 10(2), 55-60.

- Mathias, A.R.A., Bedone, A., Osis, M.D. & Fernandes, A.M.S. (2013). Perception of intimate partner violence among women seeking care in the primary healthcare network in São Paulo state, Brazil. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 121, 214-217.
- Mendonça, J.C.G., Freitas, G.P., Lopes, H.B. & Nascimento, V.S. (2011). Tratamento de fraturas complexas do terço médio da face: Relato de caso. *Revista Brasileira de Cirurgia Craniomaxilofacial*, 14(4), 221-224.
- Mohammadi, A., Javadrashid, R., Pedram, A. & Masudi, S. (2009). Comparison of ultrasonography and conventional radiography in the diagnosis of nasal bone fractures. *Iran J Radiol*, 6(1), 7-11.
- Othman, S. & Adenan, N.A.M. (2008). Domestic violence management in Malaysia : A survey on the primary health care providers. *Asia Pacific Family Medecine*, 7(2), 1-8.
- Özkaya, Ö.,Turgut, G. Kayali, M., Uğurlu, K., Kuran, I. & Baş, L. (2009). A retrospective study on the epidemiology and treatment of maxillofacial fractures. *Turkish Journal of Trauma & Emergency Surgery*, 15(3), 262-266.
- Perciaccante, V.P., Ochs, H.A. & Dodson, T.B. (1999). Head, neck and facial injuries as markers of domestic violence in women. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 57, 760-762.
- Pereira, M.D., Kreniski, T., Santos, R.A. & Ferreira, L.M. (2008). Tra uma craniofacial: perfil epidemiológico de 1223 fraturas atendidas entre 1999 e 2005 no Hospital São Paulo – UNIFESP_EPM. *Revista da Sociedade Brasileira de Cirurgia Craniomaxilofacial*, 11(2), 47-50.
- Peron, M.F., Ferreira, G.M., Camarini, E.T., Iwaki Filho, L., Farah, G.J. & Pavan, A.J. (2009). Levantamento epidemiológico das fraturas do complexo zigomático no Serviço de Residência em Cirurgia e Traumatologia Bucocomaxilofacial da UEM, no período de 2005 e 2006. *Revista de Odontologia da UNESP*, 38(1), 1-5.
- Pham-Dang, N., Barthélémy, I., Orliaguet, T., Artola, A., Mondié, J. & Dallel, Radhouane. (2013). Etiology, distribution, treatment modalities and complications of maxillofacial fractures. *Med Oral Patol Oral Cirg Bical*. Disponível em <http://dx.doi.org/doi:10.4317/medoral.19077> (acedido a 1/4/2014).
- Qasem, H.D., Hamadah, F.A., Qasem, K.D., Kamel, M.I. & El-Shazly, M.K. (2012). Knowledge and attitude of primary health care staff screening and not screening

- for domestic violence against women. *Alexandria Journal of Medecine*, 49, 181-187.
- Ramalho, R.A., Araújo, F.A.C., Santos, F.S.M., Caubi, A.F. & Sobreira, T. (2011). Tratamento de fratura de mandíbula: miniplacas e parafusos x lag screws - relato de caso. *Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial*, 11(1), 9-12.
- Roberts, A. R. (2002). *Handbook of domestic violence intervention strategies: Policies, programs, and legal remedies*. New York: Oxford University Press.
- Róldos, M.I. & Corso, P. (2013). The economic burden of intimate partner violence in Ecuador: Setting the agenda for future research and violence prevention policies. *Western Journal of Emergency Medicine*, 14(4), 347-353.
- Saddki, N., Suhaimi, A.A. & Daud, Razak. (2010). Maxillofacial injuries associated with intimate partner violence in women. *BMC Public Health*, 10, 1-6.
- Sarrat, P. & Savornin, J. (1987). *Réalisation pratique des incidences radiographiques du squelette*. Paris: Diffusion Générale de Librairie.
- Shah, N., Patel, N., Parekh, V. & Doshi, K. (2013). A retrospective analysis of maxillofacial injuries in patients reported at emergency department at Dhiraj hospital. *European Journal of Dental Therapy and Research*, 2, 99-104.
- Shahim, F.N., Cameron, P. & McNeil, J.J. (2006). Maxillofacial trauma in major trauma patients. *Australian Dental Journal*, 51(3), 225-230.
- Sih, T., Chinski, A. & Eavey R. (Eds.). (2003). *III manual de otorrinolaringologia pediátrica da IAPO* (pp.140-143). São Paulo: International association of pediatric otorhinolaryngology.
- Sócrates, S.S.S., Tavares, G.R., Paiva, M.A.F., Dias-Ribeiro, E. & Rocha, J.F. (2010). Reconstrução de assoalho de órbita com enxerto autógeno: relato de caso. *Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo*, 22(3), 269-275.
- Stranc, M.F & Robertson, G.A. (1979). A classification of injuries of the nasal skeleton. *Ann Plast Surg*, 2(6), 468 - 474.
- Summers, R.W. & Hoffman, A. M. (Eds.). (2002). *Domestic violence: A global view*. Westport, Connecticut: Greenwood Press
- The Royal College of Radiologists & Royal College of Paediatrics and Child Health. (2008). *Standards for radiological investigations of suspected non-accidental injury*. Londres : Royal College of Paediatrics and Child Health.
- Thiagarajan, B. & Ulaganathan V. (2013). Fracture Nasal Bones. *Otolaryngology Online Journal*, 3(1.5), 1-16.

- Thiede, O., Krömer, J., Rudack, C., Stoll, W., Osada, N. & Schmäl. (2005). Comparison of ultrasonography and conventional radiography in the diagnosis of nasal fractures. *Archives of Otolaryngology—Head & Neck Surgery*, 131, 434-439.
- Vasconcelos, B., Freitas, K., Pontual, A. & Andrade, S. (2003). Diagnóstico das fraturas zigomático-orbitárias por tomografias computadorizadas ou radiografias convencionais: Relato de casa clínico. *Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial*, 3(2), 33-40.
- Wong, J.Y., Choi, A.W., Fong, D.Y., Wong, J.K., Lau, C. & Kam, C. (2014). Patterns, aetiology and risk factors of intimate partner violence-related injuries to head, neck and face in chinese women. *BMC Women's Health*, 14, 1-9.
- World Health Organization. (2010). Preventing intimate partner and sexual violence against women: Taking action and generating evidence. Geneva: World Health Organization.
- Zakar, R., Zakar, M.Z., Mikolajczyk, R. & Krämer, A. (2012). Intimate partner violence and its association with women's reproductive health in Pakistan. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 117, 10-14.

Documentação eletrônica:

<http://pictures.doccheck.com/en/photos/16798/6336/blow-out-fracture/>

<http://sanbiomedica.blogspot.pt/2010/10/osteologia.html>

<http://vivekkalra.com/lefort3.html>

<http://www.apav.pt>

<http://www.drrahmatorlummc.com/xray.html>

http://www.eplasty.com/index.php?option=com_content&view=article&id=932:pure-orbital-floor-blow-in-fracture&catid=183:x-craniofacial-microsurgery&Itemid=122

<http://www.radiologytutorials.com/main.cgi?tut=/main.cgi&frame=main&tt=1&s=1&t=29&mod=all&tt=1>

<http://www-01.ibm.com/software/analytics/spss/>