

Mona Lisa Cordeiro
Asselta da Silva¹

Maria Conceição
Oliveira Costa²

Jamilly de Oliveira
Musse³

André Henrique do
Vale de Almeida⁴

Celso Danilo Fonseca
Vilas Boas⁵

Lesões corporais em adolescentes vítimas de violência física: casos periciados no Instituto Médico Legal

Injuries in teens victims of physical violence: cases audited at the Legal Medical Institute

> RESUMO

Objetivo: A presente pesquisa teve como objetivo caracterizar lesões corporais, segundo tipo e localização, em adolescentes vítimas de violência física periciadas no Instituto Médico Legal - IML de Feira de Santana-Ba. **Métodos:** Estudo de série de casos com adolescentes vítimas de violência física submetidos ao exame de lesão corporal, executado por peritos do IML, no período 01 de janeiro a 31 de dezembro de 2014. Foi realizada análise bivariada entre trauma de cabeça e pescoço, características das lesões das vítimas e seus respectivos agressores, utilizando-se Qui-quadrado (χ^2) de Pearson com $p \leq 0,05$, e intervalo de confiança 95%. **Resultados:** As proporções de casos entre homens e mulheres foram semelhantes nas 343 vítimas examinadas (51,6% e 48,4 respectivamente); 91% eram de cor parda (faioderma); 38,2% foram atingidos na cabeça e 30,8% em membros superiores; a maioria das lesões era contusa (79,2%), do tipo escoriações (44,2%), equimoses e edemas (47%). As análises bivariadas mostraram proporções semelhantes de lesões em cabeça e pescoço, em ambos os sexos (54,7% e 50%), sendo a maior parte dos agressores familiares (61,1%), com ocorrências domiciliares (57,5%), apresentando duas ou mais lesões corporais causadas por instrumento contundente (45,1). **Conclusão:** Os achados do exame pericial de lesões corporais do IML contribuem com o levantamento de indicadores que apontam a necessidade de ações preventivas frente à vitimização domiciliar e extradomiciliar de adolescentes.

> PALAVRAS-CHAVE

Ferimentos e lesões, traumatismos faciais, violência, violência doméstica, adolescente.

> ABSTRACT

Objective: The present research had the objective to characterize injuries, according to type and location, in adolescents victims of physical violence at the Instituto Médico Legal - IML de Feira de Santana-Ba. **Methods:** Study of a series of cases with adolescents victims of physical violence, submitted to the examination of physical injury, performed by IML experts, from January 01 to December 31, 2014. A bivariate analysis was performed between head and neck trauma, characteristics of the lesions, of the victims and their aggressors, using Pearson's Chi-square (χ^2) with $p \leq 0.05$, and a 95% confidence interval. **Results:** The proportion of cases between males and females were similar in the 343 victims examined (51.6% and

¹Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). Doutoranda em Saúde Coletiva pela UEFS. Feira de Santana, BA, Brasil. Feira de Santana, BA, Brasil.

²Pós-doutorado pela Université Québec à Montréal (UQAM). Montréal, Canadá. Doutorado em Medicina e Ciências Aplicadas à Pediatria pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). São Paulo, SP, Brasil. Professora Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). Feira de Santana, BA, Brasil.

³Doutorado em Ciências Odontológicas pela Universidade de São Paulo (USP). São Paulo, SP, Brasil. Professora da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). Perita do Departamento de Polícia Técnica da Bahia (DPT/BA). Feira de Santana, BA, Brasil.

⁴Doutorando em Epidemiologia em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz. Mestrado em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva. Professor da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). Feira de Santana, BA, Brasil.

⁵Especialista. Perito do Departamento de Polícia Técnica da Bahia (DPT/BA). Feira de Santana, BA, Brasil.

Mona Lisa Cordeiro Asselta da Silva (mona.cordeiro@hotmail.com) - Universidade Estadual de Feira de Santana, Avenida Transnordestina, s/n, Novo Horizonte. Feira de Santana, BA, Brasil. CEP: 44036-900.
Recebido em 08/03/2017 – Aprovado em 02/07/2017.

48.4, respectively); 91% had brown skin color (faiderma); 38.2% were affected in the head and 30.8% in the upper limbs; The majority of lesions were trauma (79.2%), bruises (44.2%), ecchymoses and edema (47%). Bivariate analyzes showed similar proportions of head and neck injuries in both sexes (54.7% and 50%), and the aggressors were majorly familiar (61.1%), with household occurrences (57.5%), presenting two or more body injuries, caused by blunt instrument (45,1). **Conclusion:** The findings of the IML's experts examination contribute to the indicators that shows the need for preventive actions against household and extra-household adolescents victimization.

➤ KEY WORDS

Wounds and injuries, facial injuries, violence, domestic violence, adolescent.

➤ INTRODUÇÃO

Na atualidade, lesões corporais consequentes de queda, acidentes de trânsito e diversas formas de violência física estão entre as principais causas de mortalidade entre jovens, onde os traumas de cabeça e pescoço apresentam as maiores prevalências¹. A causa do traumatismo facial é heterogênea e o predomínio de um fator etiológico depende das características da vítima (sexo, idade, classe social, local de ocorrência, entre outros atributos), além de fatores ligados ao contexto e envolvimento de outros sujeitos².

Diferentes estudos apontam que a maior parte dos ferimentos que tenham como fator etiológico a violência física em adolescentes envolvem as regiões de cabeça, face, boca e pescoço, áreas notoriamente menos protegidas¹. Outro fator de maior agravo é associado à posição do agressor em relação a vítima, uma vez que, geralmente, esses são mais altos e mais fortes. Entretanto, outras partes do corpo são suscetíveis a lesões acidentais, como as regiões de coxas, genitais, dorso costal, dentre outras. Vale salientar que a localização das lesões pode também ser um importante indício da ocorrência ou não da violência física³.

A violência tem expressão diversa, no entanto a violência física é a mais fácil de ser diagnosticada, visto que as marcas no corpo da vítima são facilmente visualizadas. O abuso físico pode ser caracterizado por uma ação única ou repetida, intencional, não acidental, praticada por pais, responsáveis, familiares ou pessoas próximas, que provocam uma extensa variabilidade de lesões, com diferentes riscos⁴.

A violência contra adolescentes, e suas consequências, afetam sua qualidade de vida e contribuem para perpetuação do fenômeno. A agressão, independente da origem, terá impacto por toda vida, apresentando características específicas em seu comportamento e também no aspecto físico corporal⁵. Vítimas de violência física geralmente apresentam lesões corporais que são definidas pelo Código Penal Brasileiro⁶ em seu artigo 129 como “ofensa a integridade física ou a saúde de outrem”, tendo como pena a detenção, de três meses a um ano, podendo variar de acordo com a gravidade da lesão.

Ainda no que concerne às características das lesões, o tecido mole é o mais atingido e as lesões cutâneo-mucosas provocadas por maus tratos podem decorrer de golpes, lançamento contra objetos duros, queimaduras, “arrancamentos”, mordidas, ferimentos por arma branca e/ ou arma de fogo. Estas lesões podem apresentar aspecto de hiperemia, escoriações, equimoses e hematomas, até queimaduras de terceiro grau, onde os hematomas são as lesões de pele mais frequentes em maus tratos físicos, seguidos por lacerações e arranhões⁷.

Em relação ao instrumento utilizado para causar a lesão, a identificação pode ser verificada pela forma “impressa” na pele (cintos, fios, garfos, cigarros, dentes), sendo fundamental que a avaliação dessas lesões seja realizada com detalhes técnicos, considerando o tamanho, as bordas, a localização e a cor das mesmas⁷.

Os peritos médicos e dentistas presentes nos Institutos Médico Legal (IMLs) são os profissionais responsáveis pela execução do exame de

lesão corporal e seu respectivo laudo, sendo que para isto é necessário que sejam solicitados por algum órgão competente (como por exemplo, autoridade judiciária ou policial). Após a produção do laudo pelos peritos, estes são encaminhados para a instância solicitante e as mesmas se encarregam de anexar aos processos. O Juiz não estará restrito ao laudo, podendo rejeitá-lo em sua totalidade ou em partes.

O objetivo desse estudo foi caracterizar lesões corporais, segundo o tipo e localização, em adolescentes vitimizados pela violência física, periciados no IML de Feira de Santana, sede regional do Recôncavo da Bahia.

MÉTODO

Estudo de série de casos de caráter predominantemente descritivo sobre características das lesões corporais sofridas por adolescentes (12-18 anos) vítimas de violência física, submetidas ao exame de lesão corporal, executado por peritos médico-legal e/ ou odonto-legal no IML de Feira de Santana- Ba, no período de 01 de janeiro de 2014 a 31 de dezembro de 2014.

Foram realizadas análises bivariadas para avaliar possível associação entre características da vítima, agressão e da lesão com o trauma em

região de cabeça e pescoço. Para as associações foi utilizado o cálculo do Qui-quadrado (χ^2) de Pearson com p valor $\leq 0,05$, e intervalo de confiança de 95%.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) da Universidade Estadual de Feira de Santana/UEFS (CAAE 46251015.2.0000.0053).

RESULTADOS

Em 2014, 343 adolescentes vítimas de violência física foram examinados pelos peritos médicos e dentistas do IML de Feira de Santana. Os resultados (Tabela 1) mostraram proporções semelhantes de violência para ambos os sexos, 51,6% masculino e 48,4% feminino; 66,3% encontravam-se cursando o nível fundamental; 69,1% eram natural de Feira de Santana e 91% foram classificados como pardos (cor de pele faioderma).

Conforme resultados da Tabela 2, verificou-se que 46,2% apresentavam duas ou mais lesões corporais; as regiões mais atingidas foram cabeça (38,2%) e membros superiores (30,8%); a lesão contusa representou 79,2% dos casos, sendo a escoriação o tipo de contusão mais frequente (44,2%), seguida de equimoses e edemas traumáticos (470%).

Tabela 1. Características sociodemográficas de adolescentes vítimas de violência física submetidas a exame de lesão corporal no IML e Feira de Santana-BA, 2014.

Características sociodemográficas da vítima	n	%
Sexo (N=343)		
Masculino	177	51,6
Feminino	166	48,4
Cor da pele (N=334)		
Melanoderma	25	7,5
Faioderma	304	91,0
Leucoderma	5	1,5
Escolaridade (N=267)		
Não alfabetizado	6	2,2
Alfabetizado	9	3,4

continua

Continuação da Tabela 1

Características sociodemográficas da vítima	n	%
Ensino Fundamental Incompleto	177	66,3
Ensino Fundamental Completo	17	6,4
Ensino Médio Incompleto	7	2,6
Ensino Médio Completo	51	19,1
Procedência (N=343)		
Feira de Santana	237	69,1
*Outros	106	30,9

*Outros: Alagoinhas (1); Antônio Cardoso (1); Araraquara (2); Barreiras (1); Brasília (1); Catu (1); Delmira Golveia (1); Dias Davila (1); Guarulhos (1); Iaçú (4); Ibipera (1); Ilhéus (2); Ipirá (8); Irará (2); Itaberaba (2); Jacobina (1); Jaguaquara (1); Juazeiro (1); Lauro de Freitas (2); Milagres (1); Novo Souro (1); Ouricangas (2); Paraná (1); Pé de Serra (2); Praia Grande (1); Rafael Jambeiro (2); Ribeirão Pires (1); Riachão (1); Rio de Janeiro (1); Santa Barbara (4); Santa Luz (2); Santo Amaro (1); Santo Antônio de Jesus (4); Santo Estevão (2); São Felix (1); São Francisco do Conde (2); São Gonçalo (8); São Paulo (7); Saubara (1); Serra Preta (1); Salvador (13); Tanquinho (2); Titauna (1); Tucano (1); Tutum (1); Uaua (1); Valente (1); Vitória da Conquista (1); e Wanceslau Guimarães (1).

Tabela 2. Características das lesões em adolescentes vítimas de violência física periciadas no IML e Feira de Santana-BA, 2014.

Características das lesões	n	%
Número das lesões (N=342)		
Nenhuma lesão	65	19
1	119	34,8
≥ 2	158	46,2
Região do corpo afetado (N=377)		
Cabeça	114	38,2
Pescoço	17	4,5
Tronco	66	17,5
Membros superiores	116	30,8
Membros inferiores	64	17,0
Tipo de lesão (N=293)		
Contusa	232	79,2
Cortocontusa	23	7,8
Perfurocontusa	15	5,1
Incisa	6	2,0
Perfuroincisa	9	3,1
*Outras	8	2,7
Tipo de lesões contusas (N=326)		
Escoriação	144	44,2
Equimose	82	25,2
Edema traumático	71	21,8
Hematoma	27	8,3
**Outros	2	0,6

*Outros: queimadura (1); cicatriz (4); e punctória (1). *Outros: bossas linfáticas e sanguíneas (1); e rubefação (1).

Na Tabela 3 encontram-se os resultados das análises bivariadas das associações entre trauma na região de cabeça e pescoço e as características da vítima, da agressão e da lesão. Esses resultados foram proporcionais entre o sexo masculino (54,7%) e feminino (50,0%);

a maior parte dos perpetradores foi familiar (61,1%), com ocorrência domiciliar (57,5%). A maioria dos adolescentes teve uma (57,3%), duas ou mais (51,3%) lesões corporais, provocadas por instrumento contundente (45,1%) e de outros tipos (52,3%).

Tabela 3. Perfil sociodemográfico de adolescentes vítimas de violência física submetidas a exame de lesão corporal que apresentaram lesão, segundo a região do corpo afetada, periciadas no IML de Feira de Santana - BA, 2014.

Característica da vítima	N	%	Trauma em cabeça e pescoço		p
			N	%	
Sexo (N=272)					
Masculino	128	47,1	70	54,7	
Feminino	144	52,9	72	50,0	0,439
Características da agressão					
Agressor (N=110)					
Familiar	18	16,4	11	61,1	
Não familiar	92	82,7	49	53,3	0,541
Local da agressão (N=138)					
Domicílio	40	29,0	23	57,5	
Extra Domicílio	98	71,0	46	46,9	0,261
Características da lesão					
Número de lesões (N=269)					
1	117	43,5	67	57,3	
≥ 2	152	56,5	78	51,3	0,331
Instrumeto utilizado (N=312)					
Contundente	226	72,4	102	45,1	0,256
Outros	86	27,6	45	52,3	

DISCUSSÃO

O exame pericial de lesão corporal realizado no IML de Feira de Santana verificou que adolescentes de ambos os sexos foram vitimados em proporções semelhantes, com discreta predominância de perpetração no sexo masculino, em relação ao feminino, mas sem diferença significativa entre os sexos, corroborando com

os achados em outra pesquisa⁸. Entretanto, outros estudos verificaram maiores proporções de vítimas do sexo feminino (60% e 70%) respectivamente^{10,11,12}. Destacando-se que, nesses estudos também não foram verificadas diferenças significantes de vitimização entre os sexos. Estudos afirmam que a violência física perpetrada em adolescentes atinge meninos e meninas, muito embora, no grupo acima de 18 anos esses

resultados modificam-se, com predomínio de vitimização masculina.

Em relação aos aspectos étnicos, a literatura é consensual quanto à maior frequência de vitimização entre indivíduos de cor parda e preta, independente do sexo e região de procedência. Em Feira de Santana, o presente resultado corrobora com Silva et al. (2013)⁹ que verificaram a cor parda em 51,6% de vítimas, assim como Pimenta et al. (2013)¹³, com 64,2% e Guimarães e Vilella (2011)¹² (71,6%).

Na presente pesquisa, os achados de escolaridade ratificam outros estudos que observaram vítimas cursando série escolar adequada para a idade, conforme preconizada pelo MEC, sugerindo que o nível de escolaridade parece não ter tido relação com o episódio violento. Um estudo realizado em Recife também verificou alta proporção de adolescentes cursando o ensino fundamental incompleto, de ambos os sexos⁹.

Quanto à procedência das vítimas, Feira de Santana foi o município com maior número de registros. Vale ressaltar que este município é referência na região do recôncavo do Estado e recebe alto fluxo de migração, considerado portal do semiárido da Bahia, reconhecido nacionalmente pelos altos índices de violência infanto-juvenil. Os determinantes relacionados a esses índices podem estar ligados a fatores geográficos, estruturais e sociais, como: estar situado às margens do maior entroncamento rodoviário de ligação das regiões norte-nordeste-sudeste do país, cercado por diversas rodovias Federais e Estaduais, portanto, com intenso fluxo migratório, de veículos e pessoas, distante apenas 100 Km de Salvador, importante polo industrial e turístico em nível nacional¹⁴.

Com relação às lesões detectadas, no momento da perícia, 46,2% das vítimas apresentaram ≥ 2 lesões. Cavalcanti (2008)¹⁵ observou que 66,7% das vítimas apresentavam apenas uma lesão e 21,4% duas lesões. Como possível explicação sabe-se que, em geral, os agressores de crianças e adolescentes usam a força física com o objetivo de punir ou corrigir algum ato de "indisciplina" e não com intuito de provocar

injúrias graves, muito embora possam precipitar danos à saúde física e mental. Assim, o número de lesões pode resultar de fatores relacionados às atitudes dos agressores, e a interferência de terceiros, impedindo a execução de mais golpes e até mesmo pela reação da vítima na tentativa de se proteger.

Quanto ao segmento corporal, a cabeça foi a mais atingida, além dos membros superiores, resultados que corroboram com os estudos de Martins e Andrade (2005)¹⁶ e de Garbin et al. (2006)¹⁷, onde foi observado que 34,9% e 30% das vítimas foram atingidas em região de cabeça e pescoço, seguido dos membros superiores, 24,3% e 24,4%, nos respectivos estudos. As agressões em região de cabeça e pescoço são mais frequentes, possivelmente por serem áreas anatômicas de maior proeminência ou pela posição do agressor em relação à vítima. Nos membros superiores, geralmente, ocorrem às chamadas "lesões de defesa" que são aquelas produzidas no momento de movimentação da vítima para se defender do agressor.

No presente trabalho, a lesão contusa foi a mais prevalente (79,2%), corroborando com o estudo de Garbin et al. (2006)¹⁷ que encontraram 60% dos vitimados sofrendo de lesões provocadas por instrumentos contundentes. Da mesma forma, o estudo realizado por Pimenta et al. (2013)¹³ no IML de Feira de Santana observou que 96,5% dos instrumentos utilizados para provocar as lesões foram também contundentes.

Ainda se tratando das lesões corporais, os achados do presente estudo apontaram que as escoriações foram as lesões contusas mais frequentes, seguidas das equimoses e dos edemas traumáticos concordando com os achados de Cavalcanti (2008)¹⁵ que encontrou alta prevalência de escoriações em 62% dos casos, bem como com os resultados de Pimenta et al. (2013)¹³ que verificaram maior frequência de edema (43,8%) e equimose (19,7%). Salienta-se que escoriações são as lesões mais frequentes quando comparadas a outros tipos de lesões contusas, pois não necessita de uma força ou impacto muito grande, um simples toque

pode causar lesão, a depender do instrumento que seja utilizado para agredir a vítima.

As análises entre o segmento corporal mais acometido (região de cabeça e pescoço) e características de vítimas, agressores e lesões, não mostraram significância estatística. Entretanto, ressalta-se a alta frequência de familiares na condição de agressor e a maior parte das ocorrências ocorrendo dentro domicílio do adolescente, muito embora mais de 50% dos casos tenham tido participação de agressor não familiar e ocorrência extra-domiciliar. Esses resultados concordam com outros estudos que apontam alta frequência de agressores conhecidos, além da de casos vitimados por familiares e ocorrências extra-domiciliares^{8,12,14,18,19,20}.

Ainda com relação às lesões de cabeça e pescoço, estudos mostram que instrumentos contundentes são mais fáceis de serem utilizados, como exemplo o uso das mãos (através de murros e socos), assim como uso dos pés (chutes e pontapés), o que explica uma maior frequência das lesões contusas. Na presente pesquisa, os resultados apontaram que o instrumento mais frequentemente utilizado na agressão foi do tipo contundente (45,1%), no entanto, em se tratando da região de cabeça e pescoço, outros tipos foram utilizados.

➤ CONCLUSÃO

Os resultados do IML da regional de Feira de Santana apontaram que adolescentes de ambos os sexos foram vitimados, com discreto pre-

domínio dos rapazes, mesmo quando se analisou lesões de cabeça e pescoço. A maioria tinha duas ou mais lesões corporais, do tipo contuso, como escoriações, hematomas e edema traumático, tendo como agressor mais frequente um membro da família e ocorrências domiciliares. Os achados desse estudo contribuem para aprofundar conhecimentos sobre consequências da violência física perpetrada em adolescentes, com participação da família e do meio social – conhecidos, como agentes da violência.

Da mesma forma, esses resultados podem subsidiar a implementação de ações estratégicas de proteção e prevenção aos adolescentes vitimados pela violência, no contexto da família e no meio social mais amplo. A família tem um papel fundamental frente à formação dos adolescentes e o meio social, representado por múltiplos segmentos e instituições. Destaca-se também o papel da escola entre os grupos de referência na formação e preparo do jovem para o futuro exercício da cidadania plena. Ambos, família e a escola, devem considerar seus direitos e deveres perante os adolescentes, em cujo repasse de experiência cabe aos adultos, assim como os elos de identificação e de formação das novas gerações.

Nesse sentido, destaca-se a necessidade de maior investimento em ações educativas preventivas, assim como políticas voltadas à inclusão social, combate à exclusão, além de maior adequação do sistema de notificação e denúncia envolvendo a “Rede” de enfrentamento da violência, instâncias do Sistema de Saúde e de Segurança Pública.

➤ REFERÊNCIAS

1. Carvalho TBO, Cancian RL, Marques CG, Piatto VB, Maniglia JV, Molina FD. Six years of facial trauma care: an epidemiological analysis of 355 cases. *Braz J Otorhinolaryngol* 2010 set/out;565-74.
2. Montovani J C, Campos LMP, Gomes M A, Moraes V R S, Ferreira F D Nogueira E A. Etiologia e incidência das fraturas faciais em adultos e crianças: experiência em 513 casos. *Rev Bras Otorrinolaringol* 2006 mar/abr: 235-41.
3. França GV. *Medicina legal*. 8ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço / Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, p. 96, 2001.
5. Pires GE, Gomes EM, Duarte AD, Macedo AF. Violência interpessoal em vulneráveis e mulheres: perfil das vítimas e diagnóstico pericial das lesões maxilomandibulares. *Oral Sciences* 2012 jan/jun; 4(1):10-17.
6. Brasil. Decreto-Lei 2.848, de 07 de dezembro de 1940. Código Penal. Diário Oficial da União, Rio de Janeiro, 31 dez. 1940.
7. Cavalcanti AL, Valença AMG, Duarte RCO. Odontopediatra diante de maus tratos infantis: diagnóstico e conduta. *J Bras Odontoped Odont Bebê* 2000nov/dez;3(16):451-455.
8. Souza CS, Costa MCO, Assis SG, Musse J O, Sobrinho CN, Amaral MTR. Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes/VIVA e a notificação da violência infanto-juvenil, no Sistema Único de Saúde/SUS de Feira de Santana-Bahia, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* 2014;19(3): 773-784.
9. Silva MCM, Brito AM, Araújo AL, Abath MB. Caracterização dos casos de violência física, psicológica, sexual e negligências notificados em Recife, Pernambuco. *Epidemiol Serv Saúde* 2013jul/set; 22(3): 403-412.
10. Brito AMM, Zanetta DMT, Mendonça RCV, Barison SZP, Andrade VAG. Violência doméstica contra crianças e adolescentes: estudo de um programa de intervenção. *Ciência & Saúde Coletiva* 2005; 10(1): 143-149.
11. Vieira D, Martins CS, Ferriani MGC, Nascimento LC. Caracterização da violência física contra crianças e adolescentes. *Revista de Enfermagem* 2004;12(3): 306-311.
12. Guimarães JATL, Vilella WV. Características da violência física e sexual contra crianças e adolescentes atendidos no IML de Maceió, Alagoas, Brasil. *Caderno de Saúde Pública* 2011;27(8): 1617-1647.
13. Pimenta RMC, Matos FRRO, Silva M LCA, Rodrigues AAAO, Marques JAM, Musse JO. Levantamento de lesões na região bucomaxilofacial em vítimas de violência periciadas no Instituto Médico Legal (IML) de Feira de Santana-BA, entre 2007 e 2009. *Arquivos em Odontologia* 2013;49(4):154-161.
14. Paixão F, Santana G, Sá J, Reis S, Conceição E. Análise espacial da violência urbana no município de Feira de Santana – Bahia. Disponível em: <www.nipes.feiradesantana.ba.gov.br/download/pesqmandioca.doc>. Acesso em: 06 de março de 2016.
15. Cavalcanti AL. Lesões no complexo maxilofacial em vítimas de violência no ambiente escolar. *Ciência & Saúde Coletiva* 2008; 4(5): 1835-1842.
16. Martins CBG, Andrade SM. Causas externas entre menores de 15 anos em cidade do Sul do Brasil: atendimentos em pronto socorro, internações e óbitos. *Revista Brasileira de Epidemiologia* 2005; 8(2): 194-204.
17. Garbin CAS, Garbin AJI, Dossi AP, Dossi MO. Violência doméstica: análise das lesões em mulheres. *Caderno de Saúde Pública* 2006 dez; 22(12):2567-2573.
18. Cavalcanti AL, Assis KM, Cavalcante JR, Xavier AFC, Aguiar YPC. Traumatismos Maxilofaciais em Crianças e Adolescentes em Campina Grande, Paraíba, Brasil. *Pesquisa Brasileira de Odontopediatria Clínica Integrada* 2012;12(3):439-445.
19. Gomes MLM, NetoGHE, VianaCH, Silva MA. Perfil clínico-epidemiológico de crianças e adolescentes do sexo feminino vítimas de violência atendidas em um Serviço de Apoio à Mulher, Recife, Pernambuco. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant* 2006 maio;6(1): 27-34.
20. Pascolat G, Santos CFL, Campos ECR, Valdez LCO, Busato D, Marinho DH. Abuso físico: o perfil do agressor e da criança vitimizada. *Jornal de Pediatria* 2001;77(1):35- 40.