



Odontoestomatología

ISSN: 0797-0374

ISSN: 1688-9339

Facultad de Odontología - Universidad de la República

Figueiredo, Márcia Caçado; Lummertz, Guilherme Black;
Silvestre, Eduarda Maria Pereira; Melgar, Ximena Concha
Relato de caso clínico: violencia doméstica contra una paciente portadora de síndrome de down
Odontoestomatología, vol. XIX, núm. 30, 2017, pp. 107-114
Facultad de Odontología - Universidad de la República

DOI: 10.22592/ode2017n30a12

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=479654215012>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

UDEM
redalyc.org

Sistema de Información Científica Redalyc
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso
abierto

Relato de Caso Clínico: Violencia doméstica contra una paciente portadora de Síndrome de Down

Case Report: Domestic violence against a patient with Down Syndrome

Márcia Cançado Figueiredo¹, Guilherme Black Lummertz², Eduarda Maria Pereira Silvestre³, Ximena Concha Melgar⁴

DOI: 10.22592/o2017n30a12

Resumen

Las mujeres con discapacidad que sufren de violencia generalmente presentan lesiones que son fácilmente visibles para los odontólogos. Cerca del 65% de las lesiones de abuso comprometen el área de cabeza, cuello o boca. Además, la tasa anual de violencia en mujeres con discapacidad es 1,7 mayor que en aquellas sin discapacidad. Dentro de este contexto, el presente trabajo descriptivo, enfocado en un caso clínico y de abordaje cualitativo, tiene como finalidad analizar los aspectos subjetivos relacionados a los sentimientos vividos por una paciente de género femenino portadora de Síndrome de Down que fue violentada en ambiente familiar. Y pretende auxiliar a Cirujanos(as) Dentistas en el sentido de que puedan garantizar las pruebas necesarias al sistema de justicia penal, con objetivo de que los derechos de las mujeres con discapacidad sean transformados en realidad. Dichos profesionales tienen la obligación moral y legal de reconocer y denunciar sospechas de violencia.

Palabras clave: Síndrome de Down; violencia contra las mujeres; odontólogos.

Abstract

Violence against women with disabilities usually causes injuries that dentists can easily see. Approximately 65% of abuse injuries involve the head, neck or mouth areas. Additionally, women with disabilities experience violence at an annual rate 1.7 times higher than among those without disabilities. This work, which is descriptive, focuses on a clinical case and adopts a qualitative approach, and aims to analyze the subjective questions related to the feelings experienced by a female patient with Down syndrome that was the victim of violence within her family. Its objective is to help dental surgeons provide the criminal justice system with the necessary evidence so that the rights of women with disabilities are protected. These professionals have the legal and moral obligation to recognize and report suspected cases of violence.

Keywords: Down Syndrome; violence against women; dentists.

- 1 Prof. Asociada de la Facultad de Odontología de la Universidad Federal de Rio Grande do Sul – Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. ORCID: 0000-0002-4279-5417.
- 2 Alumno de grado de la Facultad de Odontología de la Universidad Federal de Rio Grande do Sul – Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. ORCID: 0000-0002-8426-9028.
- 3 Alumno de grado de la Facultad de Odontología de la Universidad Federal de Rio Grande do Sul – Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. ORCID: 0000-0002-8426-9028.
- 4 Alumna de posgrado de la Facultad de Odontología de la Universidad Federal de Rio Grande do Sul – Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. ORCID: 0000-0002-9139-218X.

Introducción

La violencia contra la mujer no conoce fronteras e infringe los derechos humanos. Según la Dra. Helene Gayle, presidenta de CARE, organización humanitaria internacional de combate a la pobreza que ayuda a capacitar jóvenes y mujeres marginadas – la violencia contra mujeres es una de las muchas causas de la miseria, siendo una violación a los derechos humanos y una barrera para resolver desafíos globales, como por ejemplo, el VIH ⁽¹⁾.

Este atropello provoca mucho más dolor que las marcas visibles de heridas y cicatrices. En once años de funcionamiento, cerca de 5,4 millones de atenciones fueran realizadas por la Central de Atención a la Mujer “Marque 180”. Solamente en el primer semestre de 2016, la central contabilizó 555.634 atenciones, en promedio 92.605 por mes y 3.052 por día. Casi 68 mil atenciones, equivalentes al 12,23% del total, son relatos de violencia: 51% corresponden a violencia física; 31,1% psicológica; 6,51% moral; 1,93% patrimonial; 4,30% sexual; 4,86% prisión privada y 0,24% tráfico de personas. ⁽²⁾

Este tipo de violencia de género se encuentra en proporciones epidémicas en muchos otros países más pobres. Para tener una noción estadística, una de cada tres mujeres es maltratada, forzada sexualmente o abusada de otra forma durante su vida. ⁽³⁾

Violencia doméstica incluye todo el lenguaje y las acciones que causan sufrimiento a un miembro de la familia. Así como también, comportamientos que fuerzan a alguien a hacer cosas que no quiere o impedirlo de hacer las actividades que desea realizar. Entretanto, la mayoría de las agresiones es ejecutada por conocidos de las víctimas. ⁽⁴⁾

Casos de violencia familiar son difíciles de enfrentar, pues no son resultado de alguna enfermedad o accidente. Estas lesiones son deliberadas y evitables, aún más cuando se trata de personas con discapacidad, las cuales se tornan estigmatizadas y marginalizadas. ⁽⁵⁾

Para Cavalcante et al, ⁽⁶⁾ el riesgo aumentado de violencia a la persona con discapacidad está asociado a la combinación de factores sociales, culturales y económicos y no apenas a la discapacidad en sí; depende del modo como ella es combinada con factores de riesgo (aislamiento social, estigma, estrés psicosocial, otros disturbios) o protectores (cuidados personales y sociales, acceso a servicios, escuela y beneficios) o a vulnerabilidades asociadas a la discapacidad (imposibilidad de andar, observar, oír, gritar y pedir ayuda, de discernir entre lo correcto o errado). Para los mismos autores, los deficientes con dificultades mentales, conductuales o múltiples son los de mayor exposición a diferentes tipos de violencia, lo que puede ser explicado por la dificultad de manejo de sus situaciones y de atención de los cuidadores.

Es sabido que 65% de las lesiones de violencia comprometen el área de cabeza, cuello, rostro y boca; de este modo, el odontólogo es un profesional que está en una buena posición para observarlas, presentando así la obligación legal de notificar los casos de violencia a las autoridades competentes ⁽⁷⁾. En estos casos, no corresponde al odontólogo resolver conflictos personales o dar consejo a la víctima, más bien actuar de forma que se pueda interrumpir la misma. Es decir, el odontólogo debe ser capaz de reconocer las señales de violencia, discutir sus preocupaciones con el paciente en particular y, claro, saber para dónde encaminar a las víctimas con el fin de que obtengan más asistencia. ⁽⁸⁾ El intentar dar consejo terapéutico para las víctimas de violencia está fuera del ámbito de la odontología y podría resultar en algunas situaciones más dañinas que benéficas ⁽⁹⁾.

Finalizando, en esta lucha antiviolencia, el respeto a los Derechos Humanos requiere la promoción de la vida en sociedad, sin discriminación de clase social, cultura, religión, raza, etnia u orientación sexual. Para que exista igualdad de derechos, es preciso respeto a las diferencias. Esta idea contribuye a comprender que las personas con discapacidad tienen, naturalmente, el

derecho de desarrollar su sexualidad y ser respetadas⁽¹⁰⁾.

Las personas con deficiencia intelectual, debido al compromiso del área lingüístico-cognitiva, pueden ser fácilmente seducidas; puesto que cuanto mayor el vacío en el dominio del lenguaje, menor es la conciencia acerca de la realidad del mundo y de la noción de lo correcto y errado⁽¹¹⁾.

Para Cursino, Rodrigues, Maia e Palamin⁽¹²⁾ en 2006, personas con deficiencia auditiva presentan problemas perceptibles en el habla y se muestran indefensas a ataques sexuales, dado que no consiguen comunicación satisfactoria tanto para su defensa frente al ataque como para denunciar los hechos a las autoridades. Estos individuos se tornan susceptibles a los agresores, que cuentan con la omisión de la denuncia y la impunidad. Cavalcante et al ⁽⁶⁾ resaltaron que los deficientes auditivos son preferidos para tráfico porque aseguran sigilo de la información.

Por otro lado; las personas con deficiencia visual no siempre son comprendidas, pues utilizan el lenguaje gestual para comunicarse, el cual no forma parte del cotidiano de la población en general, y además, el no poder reconocer visualmente al agresor dificulta la denuncia y facilita la impunidad⁽¹³⁾. El hecho de presentar una deficiencia agrava la vulnerabilidad femenina, ya que se encuentran más susceptibles a la violencia de cualquier naturaleza⁽¹⁴⁾.

Souto, Leite, França e Cavalcanti ⁽¹⁵⁾ en 2012, manifestaron la necesidad de que el profesional del área de salud esté atento y preparado para atender las necesidades de las mujeres víctimas de violencia.

Frente a lo expuesto, el presente trabajo se suma a la lucha de algunos autores que defienden la integridad de mujeres con deficiencia víctimas de violencia, independientemente de sus limitaciones físicas, sensoriales o intelectuales; presentando un caso clínico de una paciente víctima de violencia doméstica portadora de Síndrome de Down.

Materiales y Método

Este trabajo es de carácter descriptivo, con enfoque en un caso clínico y presenta también un abordaje cualitativo con el fin de analizar los aspectos subjetivos relacionados a los sentimientos vividos por una paciente de género femenino portadora de Síndrome de Down que fue violentada en ambiente domiciliar.

La paciente y su cuidadora buscaron, en marzo de 2016, atención odontológica en la Facultad de Odontología de la Universidad Federal de Rio Grande do Sul, específicamente, en la Disciplina de Atención Odontológica del Paciente con Necesidades Especiales.

La recolección de datos fue fundamentada a partir de una versión reducida del cuestionario original "Instrumento de la OMS sobre violencia contra la mujer" (2005), donde constan evaluaciones de la violencia en todos sus aspectos y tipos. Análisis del proceso clínico de la paciente, observación, evaluación y diálogo con la cuidadora/entrevistada, conocimientos científicos aprendidos anteriormente, método descriptivo y búsqueda bibliográfica también fueron utilizadas para realizar este trabajo⁽¹⁸⁾. (ANEXO A)

La entrevista con la cuidadora de la paciente se llevó a cabo en una sala clínica del primer piso de la Facultad de Odontología de la UFRGS, por ser el lugar más tranquilo para conversar.

El proyecto fue presentado al Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Odontología de la UFRGS y fue aprobado bajo el número 21988 el 12 de diciembre de 2011 y al Comité de Ética en Investigación de la Secretaria Municipal de Salud de Porto Alegre, bajo el registro del CEP 638 el 17 de junio de 2011. (ANEXO C)

Antes de la entrevista, la cuidadora de la paciente fue informada del objetivo del estudio y firmó un consentimiento de utilización de sus respuestas e imágenes para el presente trabajo. (ANEXO B)

Resultados y Discusión

Paciente E.M.C.P. de 42 años de edad, soltera, género femenino, primaria incompleta y residente en la ciudad de Porto Alegre, fue encaminhada a la Disciplina de Atención Odontológica a Pacientes con Necesidades Especiales de la Facultad de Odontología de la UFRGS. Durante la anamnesis, realizada con su cuidadora y tutora, se solicitó un informe médico, requerido por la referida disciplina para iniciar el tratamiento odontológico de cualquier paciente, el cual manifestaba que la paciente necesitaba de cuidados especiales por ser portadora de Q90.1, Trisomía 21, Síndrome de Down (Figura 1) y, F31.2 trastorno afectivo bipolar, episodio actual maniaco con síntomas psicóticos.

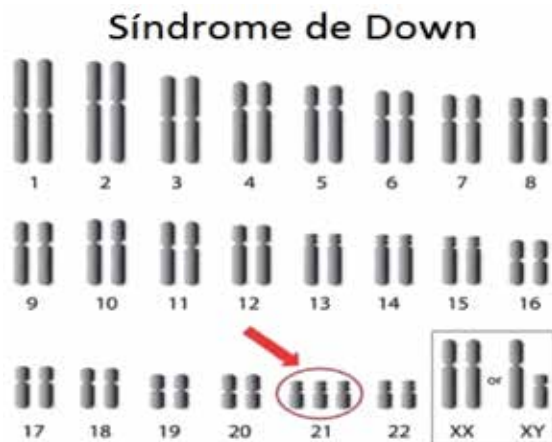


Fig. 1

El Síndrome de Down es causado por la presencia de tres cromosomas 21 en todas o en la mayor parte de las células de un individuo. Esto ocurre en el momento de la concepción de un niño. Las personas portadoras de síndrome de Down, o Trisomía del cromosoma 21, poseen 47 cromosomas en sus células en vez de 46, como la mayor parte de la población.

Según relato de su cuidadora, ella presentaba cicatrices en varias partes del cuerpo debido a las frecuentes agresiones sufridas durante los años que vivió junto con su hermano, quien la maltrataba. (Figuras 2 e 3).



Fig. 2- Marca en la región posterior de la pierna causada por patadas del agresor.



Fig. 3- Enrojecimiento en el tercio medio del rostro consecuencia de una arañada del agresor.

Debido a estos agravios físicos y psicológicos, ella presentaba muchas dificultades para relacionarse con personas que no fuesen de su ambiente familiar. Por ello, mostró renuencia durante las primeras consultas odontológicas (Figura 4) y, los profesionales del área de salud deben estar atentos para este detalle en la atención de dichos pacientes. Según el Artículo 7º de la Ley 11.340 del 7 de agosto de 2006⁽¹⁹⁾, son formas de violencia: la violencia física, entendida como cualquier conducta que ofenda su integridad o salud corporal; la violencia psicológica, entendida como cualquier conducta que le cause daño emocional y disminución de la autoestima, que le perjudique y perturbe el pleno desarrollo o que pretenda degradar o controlar sus acciones, comportamientos, creencias y decisiones, mediante amenaza, constreñimien-

to, humillación, manipulación, aislamiento, vigilancia constante, persecución contumaz, insulto, chantaje, ridiculización, exploración y limitación del derecho de ir y venir o cualquier otro medio que le cause perjuicio a la salud psicológica y autodeterminación.



Fig. 4 Renuencia de la paciente a aceptar la atención odontológica en una de las primeras consultas

Datos de la entrevista dialogada revelaron que las agresiones sufridas eran diarias y/o semanales dependiendo del agresor, su hermano de 54 años, entonces usuario de cocaína y alcohol, que se drogaba dentro de la propia residencia junto con su mujer. Estudios sugieren que episodios de violencia doméstica que involucran alcohol tienden a ser más graves y a aumentar las posibilidades de ocurrir diferentes tipos de violencia⁽²⁰⁻²²⁾. De acuerdo con el modelo farmacológico, el alcohol provoca desinhibición y reduce la capacidad de juicio, lo cual puede facilitar o servir como justificativa para la ocurrencia de determinados comportamientos más agresivos⁽²³⁾. La paciente fue agredida durante al menos cinco años y desarrolló el trastorno afectivo bipolar, episodio actual maníaco con síntomas psicóticos. Solo fue posible que se libe-
 rara del agresor cuando una vecina lo denunció,

consiguiendo así la custodia de la paciente. Fue aplicada la Ley Maria da Penha, argumentando que “la legislación tuvo la intención de proteger a la mujer de violencia doméstica y familiar” y que era innecesario que los dos viviesen en la misma casa.⁽²⁴⁾:

“Para la configuración de violencia doméstica no es necesario que las partes sean marido y mujer, ni que estén o hayan sido casados. También en la unión estable – que no es más que una relación íntima de afecto – la agresión es considerada como doméstica, así la unión persista o haya finalizado. Para ser considerada violencia doméstica, el sujeto activo puede ser hombre o mujer; basta estar caracterizado el vínculo de relación doméstica, familiar o de afectividad, ya que el legislador da prioridad a la ejecución de mecanismos para contener y prevenir la violencia doméstica contra la mujer, sin importar género del agresor”.

E.M.C.P. llegó a la Facultad de Odontología presentando, clínicamente, un cuadro de gingivitis con Índice de Sangrado Gingival (ISG) de 25% e Índice de Placa Visible (IPV) de 35%. Siendo la región antero inferior, la de mayor acúmulo de placa supra gingival. En la literatura, esto es justificado por el acceso limitado de pacientes con necesidades especiales a los cuidados de salud bucal y también, muchas veces, por la incapacidad de los mismos de identificar la causa o evaluar correctamente su condición bucal. La prevención es una estrategia fundamental a ser utilizada, principalmente a través de orientaciones y educación de los pacientes y cuidadores.⁽²⁵⁾ Fue realizado raspaje, alisado y pulido (RAP) con curetas para tratamiento de gingivitis. Concomitantemente, en todas las consultas fueron dadas instrucciones de refuerzo de higiene bucal para la cuidadora de la paciente, quien fue capaz de mantener controlada la placa supra gingival. Entretanto, en el caso de la paciente en cuestión, el tratamiento necesario fue fundamental-

mente detartraje e instrucción de higiene bucal, realizado de marzo a octubre de 2016, sin ninguna intercurencia médica u odontológica. Actualmente, la misma se encuentra en control, debiendo retornar cada 6 meses para mantenimiento odontológico periódico en la referida disciplina.

El caso relatado llamó mucho la atención de los profesionales involucrados en su tratamiento, no por el aspecto clínico odontológico, sino por los antecedentes familiares que relataban un caso de violencia doméstica de un hermano contra su hermana deficiente. Muchas cuestiones importantes surgieron relativas a los pacientes violentados y se vio la necesidad de realizar una capacitación de cómo manejar un paciente con discapacidad víctima de violencia doméstica. Según Corrêa, uno de los aspectos más inquietantes del tratamiento odontológico a pacientes portadores de discapacidad es la relación que se establece entre el cirujano dentista y el paciente; por ello, la anamnesis presenta un papel fundamental dentro del abordaje odontológico.⁽²⁶⁾

De este modo, es importante resaltar que es fundamental que el profesional de salud sepa conducir la entrevista dialogada. Fue a partir de ella que se tuvo conocimiento de las agresiones que la paciente sufrió durante años. Los profesionales de odontología deben estar atentos a indicios de abuso de niños, ancianos o conyugues, presencia de lesiones poco comunes, especialmente aquellas que son acompañadas de traumatismo de cabeza o cuerpo. La posibilidad de abuso debe ser considerada por un dentista ante hallazgos: dientes fracturados, laceración de labios y/o frenillo labial o lingual, dientes ausentes o dislocados, fracturas de maxila y mandíbula, heridas y cicatrices. Las fracturas del hueso nasal y arco zigomático, así como los traumas y lesiones peri orbitales son los tipos de lesiones más frecuentes después de incidentes de violencia doméstica. La sospecha es aún más grande cuando la naturaleza de las lesiones es inconsistente con el relato del paciente sobre su origen o momento en que fueron causadas⁽⁷⁾.

Cuando los cirujanos dentistas hallasen casos como el descrito anteriormente, deben tomar las medidas apropiadas con el fin de que sean capaces de relatar o dar su testimonio de las condiciones del paciente (evidencias) para las autoridades, si fuese necesario. Las pruebas deben ser compuestas por registros completos y precisos de la instancia que incluyen fotografías de las lesiones y estudios radiográficos. Infelizmente, la incidencia de dentistas relatando casos de abuso y violencia es baja. Una de las principales razones es el desconocimiento sobre maltratos y la incapacidad de reconocerlos y trabajar sobre este asunto⁽²⁷⁾.

Los profesionales de salud tienen la obligación legal de notificar tales casos. Si ese deber no fuese cumplido está prevista penalidad por inobservancia de tales obligaciones establecidas por ley. El Código de Ética Odontológica presenta, como deber de los profesionales, el celo por la salud y dignidad de sus pacientes. Por consiguiente, proteger a su paciente es fundamental para un buen ejercicio de la profesión. Existen medidas que protegen a las víctimas de su agresor, asegurando cuidado físico y psicológico a la mujer con discapacidad. Algunas de ellas son el distanciamiento del agresor del domicilio y la prohibición de aproximación física a la agredida. La víctima puede recibir ayuda en casas-abrigo, (viviendas en locales secretos, donde la mujer e hijos no pueden ser encontrados por el agresor)⁽²⁷⁾. Dependiendo del tipo de crimen del cual fue víctima, la mujer deficiente puede necesitar un abogado y el estado puede nombrar quien la defienda.

Finalizando, relatar un caso clínico de una persona con discapacidad víctima de violencia doméstica como trabajo de conclusión de curso en una Facultad de Odontología condujo a una abertura institucional para el desarrollo de una nueva perspectiva: Odontología para pacientes con discapacidad y violencia doméstica. Se espera con esto que las informaciones presentadas sean de gran provecho para el medio académico y profesional.

Conclusión

El principal desafío está en buscar alertar y asegurar los cuidados y la protección de las personas con deficiencia y su familia. Los cirujanos dentistas, como los otros profesionales de salud, deben ser capaces de reconocer las señales de violencia, discutir sus preocupaciones con el paciente y saber encaminar a las víctimas para que obtengan asistencia. Es un deber legal de estos profesionales notificar los casos con el objetivo de interrumpir el ciclo de violencia doméstica.

Referencias

1. Delahunt B, Poe T, Kerry J, Snowe O, Boxer B, Collins S. CARE celebrates introduction of International Violence Against Women Act (IVAWA). 2010.[Internet] Cited: 20 sep 2017. Available from: <http://www.care.org/newsroom/articles/2010/02/care-celebrates-introduction-of-international-violence-against-women-act-20100208.asp>
2. Brasil. Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM). Ligue 180 registra mais de 555 mil atendimentos este ano. [Internet]. Cited: 7 oct 2016. Available from: <http://www.brasil.gov.br/cidadania-e-justica/2016/08/ligue-180-registra-mais-de-555-mil-atendimentos-este-ano>
3. Zuckerman BM, Augustans BM. Groves and S. Parker. Silent victims revisited: The special case of domestic violence. *Pediatrics* 1995; 96: 511-513
4. Enotes.com, 2011. Violence against women/introduction.[Internet]. Cited: 7 oct 2016. Available from: <http://www.enotes.com/violence-against-article>.
5. American Academy of Pediatrics. Assessment of Maltreatment of Children with Disabilities. *Pediatrics* 2001; 108 (2):508-552
6. Cavalcante FG et al. Diagnóstico situacional da violência contra crianças e adolescentes com deficiência em três instituições do Rio de Janeiro. *Ciência & Saúde Coletiva* 2009; 14 (1): 45-56.
7. United States. Family Crisis Center. Building Brighter Tomorrows [Internet]. 2010. Adapted from Leonore Walker. *The battered woman adapted*. New York: Harper and How, 1979. [acesso em mar 2016]. Disponível em: http://www.1736familycrisiscenter.org/pdf/Cycle%20of%20Violence_v3.
8. Epstein JB, Scully C. Mammalian Bites: risk and management. *Am J Dental* 1992; 5:167-171.
9. Avon LS. Forensic Odontology: The roles and responsibilities of the dentist. *J Can Dental Assoc* 2004; 70: 453-458.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Seguridade Social e Direitos Humanos. Centro de Direitos Humanos. Coleção Cartilhas Sobre Direitos Humanos. Gênero e Direitos humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
11. Brasil. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Diretos sexuais, reprodutivos e métodos anticoncepcionais*. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
12. Cursino HM, Rodrigues OMPR, Maia ACB, Palamin MEG. Orientação sexual para jovens adultos com deficiência auditiva. *Rev. bras. educ. espec.* 2006; 12 (1): 29-48.
13. Pagliuca LMF, Regis CG, França ISX. Análise da comunicação entre cego e estudante de Enfermagem. *Rev. bras. enferm.* 2008; 61 (3): 296-301.
14. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado; 1988.
15. Souto RQ, Leite CC. da S, França ISX, Cavalcanti AL. Violência Sexual Contra Mulheres Portadoras De Necessidades Especiais: Perfil Da Vítima E Do Agressor. *Cogitare Enferm.* 2012 Jan/Mar; 17 (1): 72-7.
16. Minayo MCS. *O Desafio do Conhecimento*. São Paulo: Hucitec, 1982.
17. Gil AC. *Como elaborar projetos e pesquisa*. 3a ed. São Paulo: Atlas; 1995. p58.
18. World Health Organization. WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women. Geneva; 2005.
19. Brasil. 185º da Independência e 118º da República. Brasília. 7 de agosto de 2006.
20. Fals-Stewart W, Golden J, Schumacher JA. Intimate partner violence and substance use: a longitudinal day-to-day examination. *Addict Behav.*2003; 28 (9):1555-74.
21. Klostermann KC, Fals-Stewart W. Intimate partner violence and alcohol use: exploring the role of drinking in partner violence and its im-

- plications for intervention. *Aggression Violent Behav.* 2006;11 (6) :587-97
22. Murphy CM, O'Farrell TJ, Fals-Stewart W, Feehan M. Correlates of intimate partner violence among male alcoholic patients. *J Consult Clin Psychol.* 2001;69(3):528-40.
23. Klostermann KC, Fals-Stewart W. Intimate partner violence and alcohol use: exploring the role of drinking in partner violence and its implications for intervention. *Aggression Violent Behav* 2006;11 (6): 587-97.
24. Brasil. Lei Maria da Penha, lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006, cited: nov 2016. Available from: https://pt.wikipedia.org/wiki/Lei_Maria_da_Penha
25. Giro EMA, Orrico SRP, Campos JADB, Lorena SM, Cortez LMS. Prevalência de Cárie em Pacientes com Necessidades Especiais Institucionalizados ou Não-Institucionalizados: Consumo de Carboidratos Simples. *Rev Odontol UNESP* 2004; 33 (2): 75-9.
26. Corrêa NSMP. Atendimento Odontopediátrico Aspectos Psicológicos. São Paulo: Santos, 2002. p 529-534.
27. Figueiredo MC, Viero JCM, César MO, Silva JP, Borba EMB. Gênero e violência no âmbito doméstico: Relato de Caso. *Publ. UEPG Biol. Saúde, Ponta Grossa* 2014; 20 (1): 43-51.

Marcia Cançado Figueredo: mcf1958@gmail.com

Fecha recibido: 03.04.2017- Fecha Aceptado 30.05.2017