UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRAO PRETO

**Estudo com mulheres vítimas de violência doméstica
com lesões do complexo maxilomandibular e
problemas associados.**

Liliane Nascimento de Santi

**Ribeirão Preto
2007**

Liliane Nascimento de Santi

**Estudo com mulheres vítimas de violência doméstica
com lesões no complexo maxilomandibular e
problemas associados.**

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Doutor em Enfermagem em
Saúde Pública.

Área de Concentração: Enfermagem em Saúde
Pública.

Inserida na Linha de Pesquisa: Assistência à
Saúde da Mulher no Ciclo Vital.

Orientador: Profa Dra Ana Márcia Spanó Nakano

**Ribeirão Preto
2007**

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MÉTODO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

FICHA CATALOGRÁFICA

Santi, Liliane Nascimento de
Estudo com mulheres vítimas de violência doméstica com lesões no complexo maxilomandibular e problemas associados. Ribeirão Preto, 2.007.
279 p. : il. ; 30cm

Tese de Doutorado apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública.

Orientador: Nakano, Ana Márcia Spanó.

1. Violência. 2. Violência contra a mulher. 3. Gênero. 4. Odontologia Legal.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Liliane Nascimento de Santi

Estudo com mulheres vítimas de violência doméstica com lesões no complexo maxilomandibular e problemas associados.

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para
obtenção do Título de Doutor em Enfermagem em
Saúde Pública.

Área de Concentração: Enfermagem em Saúde
Pública.

Inserida na Linha de Pesquisa: Assistência à
Saúde da Mulher no Ciclo Vital.

Aprovado em: __/__/2007

Banca Examinadora

Profa. Dra. Ana Márcia Spanó Nakano

Instituição: EERP/USP _____ Assinatura: _____

Profa. Dra. Ana Maria de Almeida _

Instituição: EERP/USP _____ Assinatura: _____

Profa. Dra. Maria das Graças B de Carvalho _____

Instituição: EERP/USP _____ Assinatura: _____

Profa. Dra. Hilda Ferreira Cardozo _____

Instituição: FO/USP _____ Assinatura: _____

Profa. Dra. Eliana Mendes de Souza Teixeira Roque _____

Instituição: UNAERP _____ Assinatura: _____

*Dedico este trabalho a meus pais, que sempre me
incentivaram a estudar, e a quem devo, grande parte,
do que sou hoje!
À minha filha, pela compreensão, amor e ajuda!
À minha orientadora, por acreditar no meu
trabalho e lutar junto comigo, em todos os momentos
da minha construção acadêmica e humana.
À todas as mulheres que colaboraram para que
este trabalho se realizasse!*

“juntando pedacinhos...”

Muito Obrigada!

*Esta investigação teve o apoio e financiamento
em seu primeiro ano pelo Conselho Nacional de
Desenvolvimento Científico e Tecnológico, CNPq.
E nos anos subseqüentes ao desenvolvimento da
pesquisa pela “Fundação de Amparo à Pesquisa do
Estado de São Paulo”,
FAPESP, processo: 2004/04670.*

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABA	Associação Brasileira de Anunciantes
ABIPEME	Associação Brasileira dos Institutos de Pesquisa de Mercado
Art.	Artigo
ATM	Articulação Têmporo Mandibular
CID-10	Classificação Internacional de Doenças – 10
CNDM	Conselho Nacional dos Direitos da Mulher
CPB	Código Penal Brasileiro
DDM	Delegacia de Defesa da mulher
DEAM	Delegacia Especializada de Atendimento a Mulher
DST	Doença sexualmente transmissível
EUA	Estados Unidos da América
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IML/RP	Instituto Médico Legal de Ribeirão Preto
IML/SP	Instituto Médico Legal de São Paulo
JEC	Juizado Especial Criminal
NEV	Núcleo de Estudos de Violência
NOL	Núcleo de Odontologia Legal
OEA	Organização dos Estados Americanos
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PNPM	Plano Nacional de Políticas para as Mulheres
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
SP	São Paulo
SPTC	Superintendência de Polícia Técnico Científica
SUS	Sistema único de Saúde
UBDS	Unidade básica Distrital de Saúde
UBS	Unidade básica de Saúde
USP	Universidade de São Paulo
ZMP	Zona da Mata de Pernambuco

LISTA DE TABELAS

Tabela 01: Distribuição das mulheres com lesões no complexo maxilo-mandibular e estruturas anexas, atendidas no Núcleo de Odontologia Legal do IML/RP de maio de 2005 a outubro de 2006 segundo moradia, alfabetização, nível de escolaridade, cor, ocupação, estado civil e classificação socioeconômica.

Tabela 02: Distribuição das mulheres com lesões no complexo maxilo-mandibular e estruturas anexas, atendidas no Núcleo de Odontologia Legal do IML/RP de maio de 2005 a outubro de 2006 segundo informações acerca do fato violento.

Tabela 03: Distribuição dos agressores das mulheres com lesões no complexo maxilo-mandibular e estruturas anexas atendidas no Núcleo de Odontologia Legal do IML/RP de maio de 2005 a outubro de 2006 segundo alfabetização, série escolar, cor e ocupação.

Tabela 04: Distribuição dos agressores das mulheres com lesões no complexo maxilo-mandibular e estruturas anexas atendidas no Núcleo de Odontologia Legal do IML/RP de maio de 2005 a outubro de 2006 segundo uso de álcool e drogas.

Tabela 05: Distribuição das mulheres vítimas de lesão corporal dolosa com lesões no complexo maxilo-mandibular e estruturas anexas atendidas no Núcleo de Odontologia Legal do IML/RP de maio de 2005 a outubro de 2006 segundo características da agressão.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 01: Escoriação nas costas provocada por chute.

Figura 02: Escoriação do ombro de aproximadamente 3 cm no braço direito provocado por queda junto a superfície dura (parede chapiscada).

Figura 03: lesões cortantes leves (arranhões) na região posterior do braço esquerdo.

Figura 04: cicatrizes de instrumento punctório há mais de um ano na mão direita.

Figura 05: luxação da ATM esquerda, Hematoma e rubefação da região orbital e zigomática esquerda provocado por soco no olho e chutes na cabeça.

Figura 06: Hematoma e rubefação bilateral orbital, com laceração da mucosa interna labial, corte contuso na comissura bucal direita e hematoma na região bucinadora esquerda provocado por socos e uso de objeto contundente (capacete)

Figura 07: pequeno corte na porção superior nasal e hematoma com aspecto de cicatrização olho esquerdo provocado por 2 socos no rosto.

Figura 08: Fratura do 11 e 21 provocado por soco na boca

Figura 09: fratura vestibular do 22 provocado por um chute na região bucal há mais de dois meses, o dente encontra-se com raiz fraturada, mobilidade e presença de fístula.

Figura 10: perda do dente 11, 12; fratura do 13 (somente apresenta uma raiz residual), luxação do 21; fratura coroa do 22. por socos e tijoladas.

Figura 11: Perda múltipla dentária (21,22,23,24) e perda de substância óssea da maxila superior esquerda por disparo de arma de fogo.

Figura 12: Perda múltipla dentária(12, 11, 21, 22, 23, 24 e 25) e substância óssea em região de maxila anterior e posterior esquerda por socos e pontapés.

Figura 13: Perda múltipla de dentes e substancia óssea das maxilas direita e esquerda, por socos e pontapés.

Figura 14: uma de nossas mulheres, e um padrão de beleza mundial (Angelina Jolie, fonte: <http://images.google.com.br/images?hl=pt-BR&q=Angelina+jolie&gbv=2>)

Gráfico 01: Distribuição das mulheres, sujeitos do estudo, atendidas no Núcleo de Odontologia Legal do IML/RP de maio de 2005 a outubro de 2006 com lesões no complexo maxilo-mandibular e estruturas anexas segundo local de ocorrência da lesão.

Gráfico 02: Distribuição das mulheres com lesões no complexo maxilo-mandibular e estruturas anexas. atendidas no Núcleo de Odontologia Legal do IML/RP de maio de 2005 a outubro de 2006 segundo gravidade da lesão (leve, grave, gravíssima).

Gráfico 03: Distribuição das mulheres com lesões no complexo maxilo-mandibular e estruturas anexas. atendidas no Núcleo de Odontologia Legal do IML/RP de maio de 2005 a outubro de 2006 segundo agente agressor.

RESUMO

A invisibilidade da violência contra a mulher revela-se em taxas subestimadas de sua ocorrência, tornando-se um problema a ser enfrentado pela saúde. A cabeça e face são freqüentemente comprometidas pelos traumas, o que aponta para estudos de avaliação da complexidade anatômica, funcional e estética destas estruturas e das conseqüências à saúde da mulher. Objetivou-se estudar os casos de lesões corporais dolosas que tiveram comprometimento no complexo maxilomandibular entre mulheres que compareceram ao Instituto Médico Legal de Ribeirão Preto para exame de corpo de delito. A amostra compôs-se de 67 mulheres atendidas no período de maio de 2005 a outubro de 2006. É um estudo descritivo exploratório que utiliza de abordagem quantitativa para estabelecer o perfil das vítimas e agressores além da tipificação da violência. Foram analisados os traumas no complexo com base na análise clínica odontológica, os quais foram fotografados para a devida classificação jurídica da lesão. A abordagem qualitativa de entrevistas realizadas com base na técnica da análise temática, com vista a compreender a visão das mulheres sobre a violência sofrida, as conseqüências a sua saúde e formas de enfrentamento. Os dados foram coletados em dois momentos durante o exame pericial e no retorno após 30 dias. Foram seguidas as normas éticas para pesquisa envolvendo seres humanos. As mulheres tinham em média 31,5 anos, a maioria declarou-se branca. Todas as mulheres eram alfabetizadas; a maioria pertencia a classificação sócio-econômico C e E segundo a ABA/ABIPME. 9% das mulheres estavam desempregadas e 23,9% eram do lar. A idade média dos agressores foi de 39 anos, 62,7% dos agressores trabalhavam como autônomos e a cor branca prevaleceu entre os agressores (58,2%). 91,04% dos casos, os agressores utilizaram do corpo como agente provocador de agressão, através de socos, pontapés e empurrões. Na classificação jurídica das lesões, 50 (74,6%) foram consideradas leves; 12 (17,9%) como graves e 5 (7,5%) como gravíssimas. Para o exame clínico odontológico foram construídos alguns indicadores, com base na anatomia e fisiologia do complexo maxilomandibular. Analisando as falas das entrevistadas, depreendemos 04 categorias temáticas centrais: Contexto da violência; Rede de Suporte e Ajuda; Compreensão da violência sofrida; Conseqüências para sua saúde. O conhecimento e o entendimento dos agravos que interferem a saúde bucal e a saúde da mulher promovem uma reflexão sobre as condições de vida e saúde, contribuindo para a realização de ações preventivas nas diversas áreas, assim como no planejamento de ações assistenciais que vão desde o atendimento das emergências até a reabilitação e a reintegração junto à sociedade, frente a qual a Odontologia juntamente com outras disciplinas tem importante papel.

Palavras chave: Saúde Pública, Odontologia legal, Traumatismos faciais, Violência Doméstica, Identidade de Gênero.

ABSTRACT

The invisibility of violence is checked in the underestimated rates of its real occurrence. It's a problem to be faced for health area due to all physical and mental problems cause by this in woman's health. The most common region affect in a violence episode is the head and face. That's why studies about the complexity of anatomy, physiology and aesthetic of those structures are so important. Our aim in this study was to study all women who have gone to the IML/RP to exam of their bodies. The period of the study was May, 2005 to October, 2006. During this period, 284 women were seen in that service, but just 67 (23,59%) had face injuries. One questionnaire was applied in order to provide data about the woman's profile, all data was analyzed by using SPSS Program. Qualitative analysis was also developed with all 67 women by using Thematic Analyses in order to understand the perceptions about the suffered violence, health consequences and pathways of reaction. The cases with craniomaxilal injuries were verified and categorized in legal deontology principles. Data were collect in two distinct moments: first in the first day of exam, second in the return (30days). All ethical rules were respected in the whole study steps. The average age was 31,5 years-old, with minimum of 19 and maximum of 44 years-old. All of them studied, among them 41,8% did the first degree and 37,3% did the second one. The criteria established by ABA/ABIPEME were used to estimate the economical condition. Only 9% of women were unemployed and 23,9% were homecare. The age of aggressor goes from 16 to 62 years. The media age was 39 years, 42% of them were free workers and most of them were white(58,2%). Most of aggressors were partners or ex-partners, and the use of alcohol and drugs was significant. The men's bodies were used as guns against their women: slaps, kicks were most common expressions of violence. Judicial classification of lesions were distinguished as: 50 (74,6%) light, severe in 12 (17,9%) and very severe in 5(7,5%). For oral examination a protocol was developed by respecting the anatomy and physiology of maxillofacial structures. Analyzing the statements of women 04 categories were defined: Violence context, Net Support and Help, Understanding the suffered violence and Health Consequences. The knowledge of the facial injuries that affect so many women makes us to reflect about health and life conditions of many women around the world, how suffering is happening away and nobody knows. This study contributes to many discussions about this issue and also helps on the planning of assistance actions since the first contact with the victimized women until their whole reintegration and rehabilitation, in witch Dentistry has an important role.

Key words: Public Health, Forensic Dentistry, Facial Injuries, Domestic violence, Gender Identity.

RESUMEN

La invisibilidad de la violencia se revela en tasas subestimadas de su ocurrencia, principalmente cometidas contra la mujer, objeto de este estudio. Es un problema a ser enfrentado por salud. La cabeza es la región del cuerpo mas frecuentemente comprometida por los traumas. La lesión en el complejo graneado mandibular y en el rostro son resultados de la violencia, enfoca para estudios de evaluación de la complejidad anatómica, funcional y estética de estas estructuras y para las consecuencias a la salud de la mujer. El objetivo de este trabajo fue estudiar los casos de lesiones corporales con intencionalidad que tuvieron compromiso en el complejo maxilo-mandibular, entre mujeres que llegaron al Instituto Médico Legal de Ribeirao Preto, para el examen del cuerpo del delito. Fueron considerados los casos de mujeres atendidas en el periodo de Mayo de 2005 a Octubre de 2006. En el análisis cualitativo los datos de las entrevistas realizadas con las 67 mujeres victimas de la violencia utilizamos la técnica de análisis temático, con vista a comprender la visión de las mismas sobre la violencia sufrida, las consecuencias a su salud y las formas de enfrentamiento. Los casos de traumas faciales, específicamente los de comprometimiento en el complejo maxilo-mandibular, fueron analizados con base en el análisis clínico odontológico y por medio de la documentación fotográfica obteniendo la clasificación jurídica de el trauma/lesión proveniente de la violencia sufrida por las mujeres. Fueron seguidas las normas éticas para investigación envolviendo seres humanos. Las mujeres tenían en media 31.5 años, la mayoría declararon ser blancas. Todas las mujeres eran alfabetizadas, la clasificación socio-económica según la ABA/ABIPME, la mayoría pertenecía a las categorías C y E. El 9% de las mujeres estaban desempleadas, el 23.9% eran de casa y las demás tenían alguna ocupación. La edad de los agresores una media de 39 años y la raza de color blanca prevaleció entre los agresores en 58.2%. En la mayoría el agresor era compañeros o ex-compañero de las mujeres. En el 91.04% de los casos, los agresores utilizaron el cuerpo como agente provocador de agresión, por medio de golpes, puntapiés y empujones. En la clasificación jurídica de las lesiones, 50 (74.6%) fueron consideradas leves; 12 (17.9%) como graves y 5 (7.5%) como gravísimas. Para el examen clínico odontológico fueron contruidos algunos indicadores con base en la anatomía y fisiología del complejo maxilo-mandibular. Analizando las entrevistadas desprendimos cuatro categorías de temas centrales: contexto de la violencia; rede de soporte y ayuda; comprensión de la violencia sufrida y consecuencias para su salud. El conocimiento y el entendimiento de los agravios que interfieren en la salud bucal y en la salud de la mujer promueven una reflexión sobre las condiciones de vida y salud, contribuyendo para la realización de acciones preventivas en las diversas áreas, así como en el planeamiento de acciones asistenciales que van desde la atención en las emergencias hasta la rehabilitación y la reintegración junto a la sociedad, frente a la cual la odontología en conjunto con otras disciplinas tiene un importante papel.

Términos clave: Salud Pública, Odontología Forense, Traumatismos Faciales, Violencia domestica, Identidad de Género.

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO	15
2 INTRODUÇÃO	18
3 OBJETIVOS	28
4 QUADRO TEÓRICO	29
4.1 Situando a questão da violência contra a mulher	29
4.2 Violência contra a mulher: questões conceituais	36
4.3 Violência contra mulher: interfaces das ações de enfretamento do problema	47
4.4 A saúde bucal – as implicações da violência contra a mulher	68
4.5 Tipificação jurídica da violência doméstica resultante em lesão corporal dolosa- lesão no complexo maxilo-mandibular	74
5 PRESSUPOSTO	82
6 MATERIAL E MÉTODO	83
6.1 Contexto do estudo	83
6.2 Tipo de estudo	87
6.3 Tamanho da amostra	88
6.4 Coleta de dados	89
6.5 Instrumentos de coleta de dados	89
6.6 Análise dos dados	92
6.7 Implicações éticas	94
6.8 Limitações do estudo	95
7 RESULTADOS E DISCUSSÃO	97

7.1 Características das mulheres que sofreram violência, atendidas no IML-Ribeirão Preto	98
7.2 Análise clínica e documental: do exame pericial	112
7.3.A violência física e o comprometimento da saúde bucal- como expressão da violência contra a mulher	146
7.3.1 Contexto da violência	146
7.3.1.1 Espaço privado – delimitando relações de poder.	146
7.3.1.2 Expressão de masculinidade – “Ele sempre banca o bonzão, o machão!”	159
7.3.1.3 Calar a boca – como expressão da violência física.	168
7.3.2 A rede de suporte	169
7.3.2.1 A exposição da violência sofrida – “vem todo mundo ajuda ... dá palpite”.	169
7.3.2.2 A busca por serviços de saúde – “Como se adiantasse! Eles te dão um remédio e te manda embora!”	175
7.3.2.3 A busca pela delegacia – “só perguntam mas não resolvem”	180
7.3.3 Compreensão da violência sofrida	185
7.3.3.1 A violência sofrida? “Num é normal apanhar de homem só porque a gente é mulher!”	186
7.3.3.2 A violência sofrida: “O tempo apaga essas coisas da cara da gente, mas eu estou marcada é por dentro”.	190
7.3.4 Conseqüências da violência para a saúde da mulher	194
7.3.4.1 conseqüências da violência – eu era inteira (...) estou juntando meus pedacinhos.	195
7.3.4.2 Perpetuação do estigma de sujeito sem direitos.	200

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	208
Implicações para prática do cirurgião-dentista	218
Referências Bibliográficas	220
APÊNDICE	251
ANEXOS	260

1 APRESENTAÇÃO

Este estudo apresenta discussão de uma temática que sempre assolou a sociedade e as mulheres desde os tempos primórdios da humanidade. Entretanto, após as décadas de 60 e 70, depois de anos de história e de construção da identidade feminina, a violência contra a mulher encontra-se como um dos temas de relevância das metas do milênio, propostas pela OMS. Deste modo todos os esforços para compreendê-la, delimitá-la e tentativas de erradicá-la em todas suas formas, são extremamente bem-vindas.

As inquietações profissionais e o trabalho voluntariado com vítimas de violência fez surgir indagações, que somente um trabalho como este poderia tentar responder.

Deste modo, na introdução, apresentamos a temática a ser dissecada em todas as linhas aqui desenhadas, buscando entender as mulheres, vítimas de violência doméstica, como possuidoras de comprometimentos no complexo bucomaxilomandibular, evidenciando características de cada uma delas e buscando apreender as estratégias adotadas por estas no cuidado à saúde. Assim, nela apontamos e delimitamos nosso objeto de estudo a situação de violência cometida contra as mulheres, que resultaram na necessidade do exame pericial para constatação e materialização dos crimes.

Propomo-nos a responder quatro objetos específicos. Para isto iniciamos a construção do nosso quadro teórico, composto por cinco partes interligadas entre si.

Na primeira parte do quadro teórico, situamos a questão da violência contra a mulher, mostrando a relevância do tema e suas bases históricas. Também apontamos estudos de prevalência e ocorrência destes atrozos fatos presentes nas vidas femininas.

Na segunda parte, mergulhamos em um mar revolto de conceitos presentes em definições de dicionários, em conceitos internacionais de convenções, em definições da OMS, e discussões teóricas e epistemológicas acerca do tema, tendo em vista construir nosso conceito sobre a violência contra a mulher e formatar nosso entendimento sobre a violência praticada contra as pessoas do sexo feminino, fundamentado na teoria de gênero.

Na terceira parte do quadro teórico, abordamos a violência contra a mulher e as interfaces de enfrentamento do problema. Neste momento, traçamos um paralelo entre as ações sociais e políticas, envolvidas neste fenômeno polissêmico, com abordagens nacionais e internacionais. Assim, as convenções e conferências são apontadas cronologicamente, dando destaque aos tópicos primordiais relacionadas ao do estudo proposto.

Na quarta parte apresentam-se as implicações à saúde da mulher, vítima de tais violências, o que possibilita a sustentação do tema, apontando as lacunas existentes na Odontologia e mostrando novos

horizontes de discussão, uma vez que abordamos as especificidades da saúde da mulher considerando o ciclo vital feminino.

Na quinta e última parte do quadro teórico, trabalhamos as questões legais e jurídicas, que permeiam as lesões corporais, os danos causados e as implicações a saúde e a Odontologia Legal.

Após esta delimitação do quadro teórico, o pressuposto toma forma e se materializa aos olhos do leitor que, neste momento, já está envolvido com o tema e curioso para saber, como foram respondidos tantos questionamentos.

Pois bem: adiantamos que foi desenvolvido um estudo descritivo transversal, descrito na metodologia.

E que os resultados serão apresentados em três partes, sendo que os dados provêm do universo de vidas de 67 mulheres que se abrem e se juntam em pedacinhos, ao apontar suas histórias de vida, de marcas de violência e de sobrevivência.

2 INTRODUÇÃO

No século XX, a humanidade conquistou avanços científicos que possibilitaram acessos a entendimentos, até então desconhecidos, gerando produções surpreendentes, como a “globalização” das raças, religiões, tecnologias, medicinas e do processo de produção econômico. Por outro lado, produziu maior distanciamento de categorias psicossociais, antropológicas e econômicas, tendo como pano de fundo as relações e as diferenças sociais. Um dos maiores e talvez o mais complexo legado do século é o fenômeno da violência, “globalizado” em aspectos científicos, políticos e sociais, com conceitos amplos e dialéticos.

Também, no século XX, instrumentos de pensamentos diversos e susceptíveis de compreensão da violência em diversas tradições psicossociológicas foram construídos, e assim, considerou-se no campo científico que não há teoria geral capaz de contribuir com um enfoque específico na análise da violência. Assim, várias razões buscam explicar a diversidade deste fenômeno, não havendo, portanto, um único enfoque que dê conta isoladamente de sua completa interpretação.

No campo da saúde coletiva, a violência recebeu da OMS em 1993 a denominação de “causas externas” na Classificação Internacional de Doenças (CID-10). Mas, desde 1980, tem sido reconhecida como uma questão da saúde pública, não somente do ponto de vista dos

traumatismos físicos, mas também dos sérios efeitos para a saúde mental de quem a sofre (OPAS, 1993).

No Relatório de Saúde Brasil em 2004, verifica-se que na faixa etária de 25 a 44 anos, a principal causa de morte são as causas externas. Sendo que o risco de morte cresce para ambos os sexos comparado a faixa anterior de idade (14 a 25 anos) (BRASIL, 2004).

Este mesmo relatório aponta que na região Sudeste a chance de uma mulher morrer por agressões é de 1,4 vezes maior, ou seja, esta é a provável taxa de mortalidade estimada no estudo.

No Brasil, as agressões tornaram-se um problema de saúde pela sua magnitude e abrangência com repercussões em diversas áreas.

A violência não é um problema específico de uma só área de conhecimento. Uma vez que representa um risco maior para a realização do processo vital humano: "ameaça a vida, altera a saúde, produz enfermidade e provoca a morte como realidade, ou como possibilidade próxima".

Analistas da "Organização Pan-Americana da Saúde" (Opas), em um dos muitos documentos que possui sobre o tema, apontam a relevância da violência pelo "número de vítimas e a magnitude de seqüelas orgânicas e emocionais que produz, caráter endêmico que adquiriu e convertendo em um problema de saúde pública em vários países", pois (...) "o setor da saúde constitui a encruzilhada para onde confluem todos os corolários da violência, pela pressão que exercem suas vítimas sobre os serviços de

urgência, de atenção especializada, de reabilitação física, psicológica e de assistência social" (OPAS, 1996: 01).

Frente à esta realidade, observam Schraiber, D'Oliveira e Couto (2006) que não se pode aceitar a violência como fato corriqueiro e, particularmente, no campo da saúde, chamando para responsabilidade os profissionais e cientistas da saúde, em conjunção com outros setores da sociedade, para que se preocupem com a prevenção e intervenham, posicionando-se no combate à violência.

Neste cenário destaca-se a "violência contra a mulher" que, segundo Dutton et al. (2006), é o maior problema a ser enfrentado pela saúde na próxima década. Ela deixa graves seqüelas na saúde mental e física de sua vítima, a qual geralmente vê sua própria saúde como ruim e somatiza sintomas e doenças, chegando a desenvolvê-los (dores de cabeça, insônia, problemas gastrointestinais, dores peito, costas e pelve).

Como cirurgiã dentista e sensível à situação das mulheres, ora apresentada, passei a me envolver com o assunto a partir, da experiência na função de co-orientadora de pesquisa de iniciação científica, juntamente com docentes do Departamento de Odontologia Social da Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto/USP. Investiguei sobre os tipos de danos bucomaxilofaciais, resultantes das lesões corporais de vítimas de violência, atendidas no "Instituto Médico Legal de Ribeirão Preto (IML/RP)".

Em razão desta pesquisa, comecei a realizar estágios no IML/RP onde desenvolvi vários exames de corpo de delito. Deparei-me com a

realidade concreta da violência e suas repercussões à saúde da mulher, cujos serviços pouco respondem às necessidades prementes das vítimas, ou seja: as ações são pontuais, fragmentadas, sem compromisso de continuidade na atenção à vítima, tanto nos aspectos de reabilitação física, emocional, quanto social e jurídica.

As mulheres vítimas da violência apresentam patologias em razão de traumas, como: quebraduras, torções e outras. De modo especial o traumatismo neurológico devido à pancadas na cabeça, quedas, empurrões, hemorragias, entre outros danos físicos e psicológicos, que podem levar à depressão e ao suicídio (CAMARGO, 2000).

Outros pesquisadores relatam que as injúrias sofridas podem ser severas e requererem atendimento imediato, como: olhos roxos, dentes fraturados, fraturas ósseas, concussões (STARK APUD CASCARDI ET AL. 1992; CAMPBELL ET AL., 2002; SANTI ET AL., 2004; PEREIRA, 2004; ALSAKER ET AL, 2006; DOBASH ET AL., 2007; YAMASHITA ET AL., 2007).

Para Fávero (1973) a cabeça é a região do corpo mais freqüentemente comprometida pelos traumas e a face, por ser uma porção integrante da cabeça, é pouco protegida é usualmente mais exposta.

Fato também verificado por Abreu et al. (1996), em estudo retrospectivo de pacientes atendidos em um hospital especializado em trauma facial, onde, este tipo de lesão foi causada em terceiro lugar, pela violência interpessoal, perdendo somente para os acidentes de trânsito com motocicletas e bicicletas.

A violência doméstica resulta muitas vezes em lesões do complexo maxilomandibular, pois freqüentemente são observadas lesões em cabeça e pescoço, como: olhos roxos, laceração de lábios, fraturas dentais e ósseas, ausência de dentes, queimaduras no palato, gengiva e face (GUTMANN & GUTMANN, 1995).

Sobre o perfil da vítima que apresenta trauma craniofacial, em Londres, Hussain et al. (1994) observaram entre 950 pacientes atendidos no Departamento de Emergência do Hospital St Georges, que o trauma craniofacial provocado por violência doméstica é comum em todas as idades, tendo causas relacionadas ao sexo e ao consumo de álcool e drogas.

Ainda um estudo retrospectivo de cinco anos, com 236 pacientes de um determinado hospital, que sofreram violência doméstica com trauma, Le et al. (2001) observaram que todos os pacientes eram mulheres com idades variando entre 15 e 71 anos e 83% delas possuíam lesões no complexo maxilomandibular. As lesões maxilofaciais apresentaram-se com freqüência maior no lado esquerdo da face.

Arza & Jaques (2002) verificaram resultados semelhantes entre pacientes do hospital de cirurgia maxilofacial, onde 70% das lesões corporais, resultantes de violência interpessoal situava-se na face. Dentre os fatores associados, aponta-se o consumo de álcool e de drogas, o desemprego, o desajuste social e a pobreza como responsáveis pelo aumento deste tipo de violência, nos últimos anos.

Vários autores concordam que a região maxilofacial é, de longe, a mais freqüentemente afetada em adultos, vítimas de violência física, possuindo ligação com a intoxicação alcoólica e a lesão (LEATHERS ET AL., 2003; WARBURTON & SHEPHERD, 2002; GUTMANN & GUTMANN, 1995).

Nesse sentido, Senn et al. (2001) assinalam que na prática odontológica é muito pertinente receber pacientes com traumas agudos ou crônicos maxilofaciais, dentais, lesões em tecido mole, devendo ser mais bem investigados pelo dentista, como possíveis vítimas de algum tipo de violência.

A este respeito, Berrios & Grady (1991) em estudo com 218 mulheres, atendidas em um serviço de emergência vítimas de violência, constatou que 68% das vítimas possuía lesões na cabeça e no pescoço, incluindo lacerações e fraturas.

Segundo dados do Núcleo de Odontologia Legal (NOL) do IML de São Paulo, no período de 1993 e 1998, do total de casos de lesões corporais, a natureza do agente etiológico da agressão mais freqüente foram: socos, pontapés, ação de projéteis de armas de fogo, entre outros (NEV, 2002).

Os tipos de danos, detectados nos exames de corpo de delito, no IML da grande cidade de São Paulo, no Brasil, foram estudados por Ramos (1998), que constatou serem as lesões mais comuns: existência de fraturas da porção coronária e/ou radicular dos dentes, fraturas ósseas de mandíbula e maxila, perdas dentárias, luxações dentárias ou da articulação temporomandibular (ATM), desordens da ATM, anquilose da

ATM e ferimentos em tecidos moles. As fraturas da porção coronária e as perdas dentárias constituíram os danos mais freqüentes.

Em Ribeirão Preto, São Paulo, Santi et al. (2003) analisaram 274 casos de mulheres que compareceram ao IML para exame de corpo de delito com comprometimento na região maxilofacial, encontrando como causa comum das agressões: socos, pontapés e uso de armas brancas. Destes casos, todos constituíam-se de lesões corporais e 97,31% foram classificadas como de natureza leve; 1,8% de natureza grave e 0,9% de natureza gravíssima.

A predominante lesão do complexo crânio mandibular e da face resultantes da violência aponta-nos para estudos de avaliação de danos a complexidade anatômica, funcional e estética de todas as estruturas envolvidas.

Por isso, é importante o cirurgião dentista estar preparado para reconhecer e prestar assistência devida nestas situações.

A "Associação Americana de Dentistas", em 1996, engajou uma política de aumentar esforços no sentido de educar os profissionais, para de como identificar sinais de violência em adultos.

Nos Estados Unidos, médicos e dentistas são chamados para se tornarem agentes modificadores da atual situação da violência doméstica. Entretanto no Brasil, este último profissional não tem sido considerado. Deste modo, todos os esforços e políticas em torno do tema, devem ser aplaudidos, contudo devem incluir dentistas para que a atuação seja ampliada (LOVE et al., 2001).

No Brasil, estudos apontam o dentista como agente da prevenção e do controle da violência contra a criança, quando esta é ligada a menores conforme bases legais referentes ao Estatuto da Criança e do Adolescente (SILVA, 2001).

Sobre a violência contra a mulher, esta não tem sido até, então, questionada na Odontologia, apesar de existir uma Lei vigente desde dezembro de 2003, que contempla a notificação compulsória, a qual prevê ser da competência de todos os profissionais da saúde, comunicar e encaminhar a mulher vítima de violência, para órgãos competentes (Anexo 7).

Na literatura científica, de modo geral, são escassos estudos focando o papel do dentista quanto às interfaces da violência contra mulheres.

Os estudos existentes na área odontológica geralmente quantificam e descrevem a lesão pontualmente, sendo que a maioria é retrospectiva, e contêm análise de prontuários e arquivos (LOVE et al., 2001).

Para Silva (2001) poucos são os estudos que se aprofundam sobre os danos no complexo maxilo-mandibular, especialmente quando envolvem classificação médico legal.

Para Leathers et al. (2003), as lesões maxilo-mandibulares e problemas associados consistem num desafio social e de saúde para muitos indivíduos. E, muito embora avanços tecnológicos existam na reparação destas, os avanços na prevenção e no tratamento, são baseados em escassas pesquisas de análise clínica e comportamental.

Ainda nesta lógica, Costa e Silva (2000) aponta que pouca atenção tem sido empregada aos danos emocionais e psicológicos que cada evento causa a sua vítima. Há evidências de que os traumas produzem mal adaptação psicológica e problemas de conduta que perduram por um longo tempo após o episódio de violência.

Propusemos, então, desenvolver a presente pesquisa, entendendo ser necessário compreender as mulheres vítimas de violência doméstica com comprometimentos no complexo maxilomandibular, de modo a evidenciar características comuns destas, bem subsidiar o desenvolvimento de estratégias para proporcionar cuidados mais efetivos aos danos associados à violência sofrida.

Tomamos como objeto de nosso estudo, a situação da violência cometida contra as mulheres, que resultaram na necessidade do exame pericial, e qual a demanda das mulheres por ações de saúde. Com isso, buscamos responder às seguintes questões: que fatores motivam o desencadeamento da violência física, com comprometimento à saúde bucal? Como as mulheres percebem o comprometimento da sua saúde bucal diante da lesão sofrida? Que condutas (ações) são adotadas pelas mulheres vítimas de violência, diante do cuidado da sua saúde bucal comprometida pela violência?

Assim, pretendíamos conhecer as relações entre o evento da violência e da saúde bucal, diante da perspectiva das mulheres em situações de violência, e, também, apreender as estratégias adotadas por

estas no cuidado à sua saúde, frente à lesões do complexo maxilomandibular.

Acreditamos que o entendimento destas questões traz subsídios diretos à prática odontológica, para o reconhecimento e tratamento das lesões que comprometem a saúde bucal resultantes da violência doméstica.

Tomando como base as questões norteadoras, foram delineados os seguintes objetivos:

3 OBJETIVOS

GERAL: estudar os casos de violência doméstica do tipo lesões corporais dolosas, com comprometimento do complexo bucomaxilo mandibular, entre mulheres que compareceram ao “Instituto Médico Legal” de Ribeirão Preto, para exame de corpo de delito.

ESPECÍFICOS:

- 1) Traçar as principais características das mulheres vitimizadas, que procuraram o Instituto Médico Legal, nas variáveis: social, demográfica, uso de álcool e drogas tanto por vítima quanto pelo agressor e tipificar o agressor.
- 2) Caracterizar a lesão apresentada com base na classificação jurídica da Odontologia Legal e da Anatomia, Fisiologia e Semiologia.
- 3) Identificar o modo da mulher vitimizada perceber as lesões provocadas pela agressão e a relação que fazem com sua saúde bucal e condição de saúde.
- 4) Analisar as demandas das mulheres por cuidado à sua saúde (referências e ações desencadeadas)

4 QUADRO TEÓRICO

4.1 Situando a questão da violência contra a mulher

Um dos graves problemas que atinge a humanidade é o fenômeno da violência. De uma forma geral, no mundo todo, a violência está entre as principais causas da morte de pessoas com idades entre 15 e 44 anos. O uso intencional da força física ou o abuso de poder contra outra pessoa, grupo ou comunidade, trazem impactos e conseqüências danosas à humanidade.

O tema “violência” se tornou um assunto presente no cotidiano das pessoas, diante da possibilidade de atingir a todos, independente de classes sociais, cor, credo, entre outras. As conseqüências deixadas por atos violentos podem perpetuar por gerações a fio ou serem minimizadas, caso recebam tratamento adequado (SANTOS, 2003).

Entretanto, dados históricos revelam que a violência, desde os primórdios da humanidade, apresentou-se ora ligada à proteção, ora ligada à sobrevivência. Contudo, apesar das inovações tecnológicas e dos avanços no raciocínio humano, tal mazela ainda consome o mundo (FRUGOLI, 2000).

A violência é uma herança comum a todo e qualquer conjunto situacional, estrutura constante do fenômeno humano, está presente em praticamente todas as classes sociais, culturas e sociedades (MENEGHEL et al., 2003).

QUADRO TEÓRICO: Situando a questão da violência contra a mulher

Segundo Minayo (1994), este problema não faz parte da natureza humana e não tem raízes biológicas, pois se trata de um fenômeno biopsicossocial complexo e dinâmico, tendo como espaço de criação e desenvolvimento, a vida em sociedade.

Segundo dados da OMS, um milhão e 650 mil pessoas já morreram por violência interpessoal, sendo a taxa de 28,8 mortes violentas por 100 mil habitantes, em índice mundial ajustado por idade. Do total destas mortes, 49,1% foram suicídios, 31,3% homicídios e 18,6%, resultado de guerras. Países de menor renda representaram 91,1% do total dessas mortes, concentrando os homicídios. Também variam por sexo e idade: 77% dos homicídios ocorrem entre os homens e sua taxa é mais que três vezes a das mulheres, sendo maior nas faixas etárias de 15 a 29 anos (19,4 por 100 mil) e 30-44 anos (18,7 por 100 mil); 60% dos suicídios também ocorrem entre homens, (taxa que aumenta com a idade), sendo na faixa etária de 60 anos e mais, duas vezes maior que a das mulheres (44,9 por 100 mil frente a 22,1 por 100 mil das mulheres) (KRUG et al, 2002).

Uma pesquisa da OMS apresenta os países da América Latina como possuidores dos maiores índices de violência do mundo, sendo que a Colômbia, El Salvador e Brasil lideram em prevalência (BRICEÑO-LEÓN e ZUBILLAGA, 2002).

Hoje, no Brasil, a violência (que antes estava presente apenas nos grandes centros urbanos) espalhou-se para cidades menores, à medida que o crime organizado procurou novos espaços. Além das dificuldades

QUADRO TEÓRICO: Situando a questão da violência contra a mulher

das instituições de segurança pública, para conter o processo de interiorização da violência, a degradação urbana contribuiu decisivamente para este processo. A pobreza, a desigualdade social e o baixo acesso popular à justiça não são mais problemas exclusivos das grandes metrópoles. O cidadão convive, todos os dias, com uma sensação de angústia e medo que limita passos e restringe suas liberdades individuais.

Carvalho & Cruz (1998) revelam em pesquisa publicada em 1998, feita na região sudeste do Brasil que 45% dos habitantes costumam evitar certas ruas, locais ou pessoas por questões de segurança e medo.

A violência concentra-se, principalmente, nos grandes centros, locais de maior densidade populacional, decorrendo de fatores como: as desigualdades socioeconômicas, valores morais individuais e a influência dos meios de comunicação (FRUGOLI, 2000).

O Brasil é um dos países onde a violência exerce impacto significativo sobre o campo da saúde (Minayo, 1994). Desde a década de 1960, o quadro de mortalidade geral revela a transição das doenças infecto-parasitárias, referentes à violência como fenômeno relevante, acompanhando o processo de urbanização.

O ponto de inflexão situa-se na década de 1980, na qual teve um crescimento de cerca de 29% na proporção de mortes violentas, passando estas a constituir a **segunda causa** no obituário geral, ficando abaixo, apenas, das doenças cardiovasculares. Os acidentes de trânsito e os homicídios respondem por mais da metade das mortes por violência, sendo baixa a incidência de outros eventos (suicídios e demais acidentes)

que compõem, com os dois primeiros, a categoria “Causas Externas”, segundo a “Classificação Internacional de Doenças” (CID): E-800 a E-999, na 9ª revisão e V01 a Y98, na 10ª revisão (SOUZA, 1994; MELLO JORGE, 1994).

É relevante apontar o movimento de organismos internacionais como a “Organização Mundial da Saúde” (OMS), ao publicar, em 2002, o “Relatório Mundial sobre Violência e Saúde”. O movimento internacional, de um lado, torna público e mundial o problema da violência, ampliando o debate e permitindo a construção de referências para os diversos movimentos regionais. De outro lado, valoriza e resignifica o problema da violência, unificando-a enquanto questão a ser enfrentada, ao mesmo tempo em que se definem as distintas violências como diversidades desta questão pluralizada (RELATÓRIO MUNDIAL SOBRE VIOLÊNCIA E SAÚDE, 2002).

A morbidade por violência é difícil de ser mensurada, seja pela escassez de dados, seja pela imprecisão das informações, geradas por meio dos boletins de ocorrências policiais e dados de internações e controles epidemiológicos; seja devido à pouca visibilidade que têm determinados tipos de agravos ou, ainda, pela multiplicidade de fatores que envolvem os fatos violentos. Muitos exemplos poderiam ser citados para se estimar a ampliação enorme deste nível de morbidade em relação à mortalidade.

QUADRO TEÓRICO: Situando a questão da violência contra a mulher

Mello Jorge (1988) cita estudos de Wheatley, apontando que, para cada morte atribuível a acidente, duzentos a quatrocentos casos de lesões não-mortais geram seqüelas e incapacidades prematuras.

Pelo “Relatório Mundial sobre Violência e Saúde” reorienta-se o modo tradicional de tratar diagnósticos de saúde das populações, destacando-se as mortes por causas externas, aquelas ligadas à violência, que são os homicídios e os suicídios, além de associá-los a dados de morbidade.

Ainda no relatório pode-se reconhecer que a invisibilidade da violência aparece nas taxas subestimadas de sua ocorrência, principalmente quando esta não resulta em mortes ou lesões graves. Apenas, oprime e gera danos físicos, psicológicos e sociais nos indivíduos que se encontram submetidos de forma crônica aos abusos. É o caso das violências domésticas e intrafamiliares, com agressões físicas, sexuais e psicológicas, além da privação e da negligência, que acometem, sobretudo com mulheres, crianças e idosos.

Particularmente sobre as taxas de violência contra a mulher estas se mostram variáveis em diferentes países e regiões, dependendo das distintas culturas que possibilitam ou não que se manifestem. Visto que para determinadas culturas, a violência é aceita como forma de resolver conflitos, especialmente domésticos, o que introjeta a fatalismo da violência das relações interpessoais na vida privada, chegando a punir com a morte a vítima da violência. É o caso das mortes de mulheres que

QUADRO TEÓRICO: Situando a questão da violência contra a mulher

sofreram estupros, justificadas em nome da honra da família (HEISE, ELLSBERG E GOTTEMOELLER, 1999).

No Brasil, a violência representa uma das principais causas de morbimortalidade, especialmente entre a população jovem.

No entanto, uma análise cuidadosa das informações disponíveis demonstra que a violência afeta de modo diferenciado a população.

Enquanto os homicídios, em sua maioria, ocorrem no espaço público e atingem particularmente os homens, a violência contra as mulheres ocorre no espaço doméstico (BRASIL, 1999).

Estudos populacionais e em serviços, indicam maior risco de agressão às mulheres por parte de pessoas próximas, como parceiros e familiares, do que por estranhos (HEISE et al., 1999b; TJADEN & THOENNES, 1998; TELES & MELO, 2002; SCHOLLE et al., 2005; ALSAKER et al., 2006; DOBASH et al., 2006; SNOW & SWAN, 2006). A violência física, ocorrida alguma vez na vida, vem de um parceiro atinge cerca de 20% a 50% das mulheres ao redor do mundo (HEISE, 1994; SCHRAIBER et al., 2002; BALCI & AYRANCI, 2005).

De acordo com o “Programa de Desenvolvimento das Nações Unidas” – PNUD, 33% das mulheres com idades entre 16 a 49 anos, ainda sofrem algum tipo de violência, na América Latina. A violência contra a mulher não escolhe cor, raça, credo religioso, cultura, condição social ou nacionalidade (SAGUIM, 2003).

Dados de países latino-americanos revelam que mais de 50% das mulheres tiveram, ao menos, um episódio de violência física ou sexual

QUADRO TEÓRICO: Situando a questão da violência contra a mulher

provocado pelo parceiro durante a vida (HEISE, 1994; SAFFIOTI & ALMEIDA, 1995).

Na violência física por parceiro íntimo contra a mulher, o companheiro é o principal agressor. Estudos diversos apontam para uma variação da prevalência desta violência, 21% na Holanda e Suíça, 22% nos Estados Unidos, 29% no Canadá, 34,4% no Egito, a 40% na Índia, sendo que tal variação poderia ser atribuída às diferenças de metodologia, cultura, amostras e outros fatores. Contudo, estudo comparativo de quinze regiões, presentes em dez países, incluindo o Brasil com duas regiões - o município de São Paulo (SP) e a Zona da Mata de Pernambuco (ZMP) - e valendo-se do mesmo questionário, aplicado sempre à mulheres de 15 a 49 anos, com padronização do treinamento das pesquisadoras e a definição das amostras, apresenta uma variação de 13% (Okahama, Japão) a 61% (Cuzco, Peru), situando-se a maioria das regiões entre 23% a 49%. O Brasil compõe este grupo majoritário: SP apresenta a taxa de 27% e a ZMP de 34%. Assim, o estudo acrescenta variações entre países, àquelas dentro do mesmo país, como no caso brasileiro (SCHRAIBER et al, 2006).

No Brasil, de acordo com dados do "Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística" (IBGE), 63% das vítimas do espaço doméstico são mulheres, e destas, 70% são agredidas por seus companheiros.

Na pesquisa realizada pela "Fundação Perseu Abramo" em 2001, verificou-se que cerca de uma, em cada cinco brasileiras, declarou espontaneamente ter sofrido algum tipo de violência por parte de algum

homem. Sendo que a projeção da taxa de espancamento para o universo investigado (61,5 milhões) indicou que pelo menos 6,8 milhões, dentre as brasileiras vivas, já foram espancadas ao menos uma vez. Estima-se que, no mínimo 2,1 milhões de mulheres são espancadas por ano no país, o que significa: 175 mil/mês, 5,8 mil/dia, 243/hora ou 4/minuto – uma a cada 15 segundos (FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO, 2001).

Em aspectos globais, pelo menos uma mulher a cada três mulheres no mundo já sofreu algum tipo de violência durante sua vida (ELLSBERG, 2006).

Em estudo com a temática violência contra a mulher, Venturini et al. (2004) mostra que 43% das entrevistadas declarou ter sofrido violência por homem alguma vez na vida, 33% alguma forma de violência física, 13% sexual e 27% psicológica.

4.2 Violência contra a mulher: questões conceituais

Conforme os dicionários, violência é a “ação ou efeito de violentar, de empregar força física (contra alguém ou algo) ou intimidação moral contra (alguém), ato violento, crueldade, força”.

No aspecto jurídico, o mesmo dicionário define o termo como “constrangimento físico ou moral, exercido sobre alguém, para obrigá-lo a submeter-se à vontade de outrem; uma coação”.

Para Chauí (1989) a violência é entendida como a manifestação de uma relação de força com fins de dominação, exploração e opressão, que

se concretiza por meio de relações sociais assimétricas, dimensionadas no âmbito das classes sociais e das relações interpessoais.

Entendemos que a violência precisa ser entendida em termos mais genéricos, como sendo a violação dos direitos humanos e da realização completa da identidade humana. E também compreendida de um modo mais restrito, isto é: como um constrangimento ao indivíduo. De qualquer maneira, tudo se constitui em perspectivas abrangentes e multifacetadas.

A violência apresenta um conceito amplo, complexo, polissêmico e controverso, podendo ser genericamente entendida como evento representado por ações efetuadas por indivíduos, grupos, classes ou nações que ocasionam danos físicos ou morais a si próprios ou a outros.

Como fenômeno polissêmico, D'Oliveira e Schariber (1999) referem ao grande número de nomeações, que vão desde as formas hediondas (como a tortura e o genocídio) até os aspectos mais sutis, considerados "opressivos" da vida moderna.

Assim, entendemos a violência, enquanto processo de causas múltiplas e causalidade não-linear, de natureza e características específicas e gerais, micro e macrosociais, que se diferenciam e se articulam.

Neste sentido, têm se considerado que os determinantes da violência perpassam principalmente pelas desigualdades sociais e econômicas, que segundo Macedo et al (2001) incluem: o crescimento das desigualdades socioeconômicas, os baixos salários e a renda familiar (que levam à perda do poder aquisitivo), ausência de políticas públicas

integradas e condizentes com as necessidades da população no que se refere à saúde, educação, moradia e segurança; prioridade no desenvolvimento econômico em detrimento do social, com sacrifício para a população e maior ônus para os pobres; e intenso apelo pelo consumo, conflitando com o empobrecimento do país.

No entanto, a violência é reconhecida como questão pluralizada e, como tal, deve ser compreendida em suas mais distintas formas, onde os conceitos tradicionais explicativos são insuficientes para lidar com o problema, particularmente considerando o quadro de violência contra a mulher, objeto de nosso estudo.

Em sociedades, no geral, tanto em maior, quanto em menor incidência, as mulheres e as meninas estão sujeitas a maus tratos de natureza física, sexual e psicológica, sem distinção de níveis de renda, classe ou cultura. A baixa condição social e econômica da mulher pode ser tanto uma causa quanto consequência da violência de que é vítima (ONU, 1996).

O conceito de “violência contra a mulher” é uma expressão cunhada pelo movimento social feminista há mais ou menos 35 anos (que ainda requer uma definição mais precisa e uma teoria explicativa consensual).

O termo diz respeito, de modo geral, a sofrimentos e agressões que estão tradicional e profundamente arraigados na vida comunitária e que vinham sendo percebidos como situações normais, sempre que estes sofrimentos e agressões eram dirigidos apenas à mulheres, pelo fato de serem mulheres. Deste modo, configuram-se formas diversas de violência,

com expressões variadas e particularidades, que compartilham este significado social comum: a iniquidade de gênero (D`OLIVEIRA, 2000).

Nesta lógica, ao lado das desigualdades sociais e econômicas, outra iniquidade deve ser considerada que é a desigualdade de gênero. A incorporação da noção de gênero traz uma visão relacional à compreensão do problema da violência contra a mulher. A desigualdade do poder nas relações de gênero tem colocado as mulheres na condição de vítimas potenciais, e os homens como seus agressores (HEILBORN, 1991).

A respeito das desigualdades de gênero, na compreensão da violência contra a mulher, destaca-se, também, a contribuição das idéias de Pierre Bourdieu.

Segundo este autor, a oposição entre o masculino e o feminino revela uma dominação de sexo, que não se instaura pela fisiologia ou pelo psiquismo, mas por uma ordem simbólica coletiva.

Neste sentido a ordem social opera como uma imensa máquina simbólica, ratificando a dominação masculina sobre a qual se ancora (BOURDIEU, 1999).

“As divisões constitutivas da ordem social e, mais precisamente, as relações sociais de dominação e de exploração, que estão instituídas entre os gêneros se inscrevem, assim progressivamente em duas classes de *habitus*¹ diferentes, sob a forma de *hexis* corporais opostos e

¹ Sobre o conceito de “*habitus*”, segundo Bourdieu (2001, p. 61) é um conhecimento adquirido e também um *haver*, um capital; mostra a disposição incorporada, quase postural. Evidencia ainda a noção de “*habitus*”, diferentemente da palavra *hábito*, as capacidades “*criativas, activas e inventivas*” do agente, embora chamando atenção para a idéia de que este poder gerador não é de um espírito universal, de uma natureza ou de uma razão humana.

complementares e de princípios de visão e de divisão, que levam a classificar todas as coisas do mundo e todas as práticas segundo distinções redutíveis à oposição entre o masculino e o feminino” (BOURDIEU, 1999, p.41).

A partir desta construção social, a incorporação da dominação ocorre ou é reforçada pela violência simbólica. Desta forma, considera o autor que, as próprias mulheres aplicam a toda realidade e, particularmente, às relações de poder em que se vêem envolvidas, esquemas de pensamento que são produto da incorporação destas relações de poder e que se expressam nas posições fundantes da ordem simbólica.

O efeito da dominação simbólica (seja ela de etnia, de gênero, de cultura, de língua, etc.) se exerce não através da lógica pura das consciências cognoscentes, mas através dos esquemas de percepção, avaliação e ação que são constitutivos dos *habitus* e que fundamentam aquém das decisões da consciência e dos controles da vontade, numa relação de conhecimento profundamente obscura à ela mesma. Neste sentido, a incorporação da dominação ocorre ou é reforçada pela violência simbólica, efetivada não só para além da consciência e da vontade de quem por ela é atingido, mas também, por uma relação de cumplicidade que tanto pode contribuir para sua perpetuação, quanto para sua transformação como um todo.

Assim, o sentido que se constrói a partir do conceito de violência de gênero, compreende como parte da raiz do problema, a condição de subordinação da mulher na sociedade, sendo esta condição, produto de tensões nos papéis do feminino e masculino, constituídos social e historicamente (HEISE, 1994; GIFFIN & COSTA, 1999; SCHRAIBER & D'OLIVEIRA, 1999; TYRREL et al., 2003).

Vale destacar que o discurso vitimizador da mulher de sofrer violência simplesmente pela sua condição de mulher, construído de geração em geração, através dos costumes, educação e meios de comunicação (PORTELA, 2000; SANTOS, 2003). Pode, entretanto, se transformar em obstáculo na luta contra a violência, colocando a mulher em posição de impotência para reagir, perpetuando tal situação de desigualdade.

Há um consenso, cada vez maior, de que a violência praticada pelo parceiro/companheiro contra a mulher faz parte de um comportamento padrão, muitas vezes caracterizado pelo controle excessivo e o abuso e não como um ato isolado de agressão. As justificativas para a ocorrência de violência derivam de certas normas sociais, que definem os papéis de homens e mulheres e as normas do gênero (MARINHEIRO, 2004).

A violência de gênero é um problema mundial ligado ao poder, privilégios e controle, típicos do sexo masculino. Atingem as mulheres, independente de idade, cor, etnia, religião, nacionalidade, opção sexual ou condição social. O efeito é, sobretudo, social, pois afeta o bem-estar, a

segurança, as possibilidades de educação, desenvolvimento pessoal e a auto-estima das mulheres.

Segundo a ONU (1996), qualquer ato de violência que tem por base o gênero e que resulta ou pode resultar em dano ou sofrimento de natureza física, sexual ou psicológica, inclusive ameaças, à coerção ou à privação da liberdade, quer se produzam na vida pública ou privada, é considerado “violência contra a mulher”.

Tal violência se caracteriza, também, como prática perpetrada em grande maioria, por pessoa íntima, devido a conflitos do tipo familiar e mais especificamente, dentro de conflitos ligados a relacionamentos amorosos e sexuais do casal (STARCK & FLITCRAFT, 1991).

Dos tipos de violência, experimentados pelas mulheres, destaca-se, em especial, aquela que acontece no âmbito doméstico, ocorrendo ou não no interior do domicílio, sendo quase sempre praticada por seu companheiro íntimo ou por alguém que já tenha anteriormente ocupado esta posição (marido ou ex-marido) ou outra relação familiar bastante próxima. Esta forma de violência é conhecida também como “violência doméstica”, ou “violência da casa” – do domicílio – (SAFFIOTI & ALMEIDA, 1995; HEISE et al., 1999).

Todo maltrato sexual, físico, psicológico ou econômico, contra as mulheres podem assim ser reconhecidos como: “Violência de Gênero”. Tal violência caracteriza-se ainda, como violência perpetrada em sua grande maioria por pessoa íntima, em conflitos do tipo familiar e mais

especificamente em conflitos ligados ao relacionamento amoroso e sexual do casal (STARCK & FLITCRAFT, 1991).

A este respeito, discussões e acordos internacionais, requerem da legislação nacional brasileira esforços no sentido de acompanhar as transformações mundiais, objetivando garantir o direito das mulheres. A primeira inovação veio com a “Lei da Violência Doméstica” (Lei 10.886) **(Anexo 5)**.

De acordo com esta lei, de 17 de junho de 2004 que acrescenta aos parágrafos do art. 129 do Código Penal Brasileiro (CPB), cria-se o tipo especial denominado “Violência Doméstica”. Assim o Direito Penal Brasileiro passa a reconhecer como violência doméstica todas circunstâncias em que os crimes já definidos no CPB, terem o ato ou a lesão for praticado contra ascendente, descendente, irmão, cônjuge ou companheiro ou com quem conviva ou tenha convivido ou, ainda, prevalecendo-se o agente das relações domésticas, de coabitação ou de hospitalidade.

Outra forma de violência discutida é a denominada “violência intrafamiliar”, que se refere à toda forma de abuso, que ocorre nas relações entre os membros da família. Ocorrem em todas as faixas etárias, grupos étnicos, religiosos, raciais, econômicos e profissionais, alterando a vida da vítima e do agressor. Geralmente, o homem assume posição de dominação em relação ao resto da família, com permissão para utilizar a própria violência para manter seu poder (De ANTONI & KOLLER, 2000).

Entre os tipos de violência intrafamiliar, podemos acrescentar, ainda, que inclui: “toda ação ou omissão que prejudique o bem-estar, a integridade física, psicológica ou a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de um membro da família, pode ser cometida dentro e fora de casa, por qualquer integrante da família, que esteja em relação de poder com a pessoa agredida. Inclui, também, as pessoas que estão exercendo a função de pai ou mãe, mesmo sem laços de sangue”. O termo “doméstico” inclui pessoas que convivem no ambiente familiar, como empregados, agregados e visitantes esporádicos (JESUS, 2004).

Para Saffioti (2002), na “violência intrafamiliar” a família se constitui no referencial, enquanto que, na doméstica, a unidade domiciliar desempenha este papel. Entende-se como “unidade domiciliar”, o grupo de pessoas com ou sem parentesco de consangüinidade, que está sujeito à autoridade daquele considerado “chefe do domicílio”.

Deste modo, consideraremos neste trabalho, a definição de “violência doméstica” dada por Pavez, em 1997: *“todo e qualquer ato que transgrida os direitos e a integridade física, sexual e psicológica perpetrada entre membros do grupo familiar, do mundo doméstico e ainda por aqueles das relações privadas e das relações afetivas”*.

A “violência doméstica”, de “cunho intrafamiliar”, com frequência, vem acompanhada do segredo e da negação, fazendo com que muitos casos sequer cheguem ao sistema de Justiça ou mesmo ao sistema de Saúde. Outros, quando desvendados, já são praticados há longos anos, prejudicando o êxito da intervenção (DAY et al, 2003).

Vale salientar que a violência contra as mulheres é diferente da violência interpessoal. Os homens têm maiores probabilidades de serem vítimas de pessoas estranhas ou pouco conhecidas, enquanto que as mulheres têm maior probabilidade de serem vítimas de membros de suas próprias famílias ou de seus parceiros íntimos. Na sua forma mais grave, a violência leva à morte da mulher. Sabe-se que de 40 a 70% dos homicídios femininos, no mundo, são cometidos por parceiros íntimos. Em comparação, os percentuais de homens assassinados por suas parceiras são mínimos e, freqüentemente, nestes casos, as mulheres estavam se defendendo ou revidando o abuso sofrido. Na violência doméstica contra a mulher, o abuso pelo parceiro íntimo é mais comumente parte de um padrão repetitivo, de controle e dominação, do que um ato único de agressão física. O abuso pelo parceiro pode tomar várias formas, tais como: – Agressões físicas, como: golpes, tapas, chutes e surras, tentativas de estrangulamento e queimaduras, quebras de objetos favoritos, móveis, ameaças de ferir as crianças ou outros membros da família; – Abuso psicológico por menosprezo, intimidações e humilhação constantes; – Coerção sexual; – Comportamentos de controle, tipo isolamento forçado da mulher em relação à sua família e amigos, vigilância constante de suas ações e restrição de acesso a recursos variados (DAY et al, 2003).

Sobre as diferentes formas que a violência pode assumir, a ONU (1996) inclui:

a) violência física, sexual e psicológica, que ocorre na família, inclusive as sevícias, o abuso sexual das meninas no lar, a violência relacionada com o dote, a violência por parte do marido, a mutilação genital e outras práticas tradicionais que atentam contra a mulher, a violência exercida por pessoas outras, além do marido e a violência relacionada com a exploração;

b) a violência física, sexual e psicológica, no nível da comunidade em geral, inclusive as violações, os abusos sexuais, o assédio e a intimidação sexual no trabalho, em instituições educacionais e em outros ambientes, o tráfico de mulheres e a prostituição forçada;

c) a violência física, sexual e psicológica perpetrada ou tolerada pelo Estado, em qualquer parte onde ocorra.

Historicamente, à violência física, psicológica e sexual, são somadas outras formas de violação dos direitos das mulheres, tais como: diferença de remuneração, diante dos homens, à injusta distribuição de renda; do tratamento desumano, que recebem nos serviços de saúde ao assédio sexual, no local de trabalho. Estas discriminações e sua invisibilidade agravam os efeitos da violência física, sexual e psicológica contra a mulher.

Na esfera do Direito, é recente a compreensão da violência contra a mulher, enquanto violação dos direitos. No Brasil, bem como em outros países, esta forma de violência é a mais recorrente e abafada, frequentemente praticada dentro de casa ou nos recintos de trabalho e

dissimuladas pelos costumes, conveniência, banalização e negligência dos poderes públicos e da sociedade.

Se hoje há Leis que avançam no campo dos direitos humanos, outras ainda são tão anacrônicas, que precisam ser alteradas com urgência! E as que existem com mérito devem ser rigorosamente aplicadas. A incompatibilidade entre a Lei e a prática social, assim como os esforços insuficientes dos governos para fazer vales os acordos internacionais nesta questão, constituem-se em negação dos direitos humanos (SILVA-JÚNIOR, 2001; JESUS, 2004).

Deste modo, compreender o fenômeno da violência contra a mulher passa por questões ligadas aos direitos humanos. Tal violência constitui obstáculo para que se alcancem os objetivos de igualdade, desenvolvimento e paz. E, ainda, viola e prejudica ou anula o desfrute por parte da mulher dos direitos humanos e das liberdades fundamentais. A inveterada incapacidade de proteger e promover estes direitos humanos e liberdades, nos casos de violência contra a mulher, é um problema que preocupa a todos os Estados e exige solução.

4.3 Violência contra mulher: interfaces das ações de enfrentamento do problema

O reconhecimento social e político da violência de gênero como fenômeno relevante em vida da sociedade é fator fundamental para o desenvolvimento de ações e políticas públicas relativas ao enfrentamento da violência. Um importante caminho nesta direção é a sua não-aceitação

pela sociedade, o que implica no enfrentamento de mitos, fantasias, normas ou tradições, que constituem o imaginário e as práticas e posturas dos ou das profissionais de saúde (PORTELLA, 2000).

No plano internacional e nacional, a violência é reconhecida como questão social e de saúde pública. É considerada mundialmente como uma violação de direitos, embora com expressões variadas em diferentes contextos. Debate-se, contemporaneamente, a expansão de domínios da violência, de modo paradoxal com a expansão dos direitos humanos e sociais. Da violação do próprio estado, tal qual nos crimes de guerra ou abusos e negligências de suas instituições, estende-se às situações de caráter interpessoal no mundo privado. Não bastarão, para seu controle, apenas apelos aos sentidos de responsabilidade ética e social dos indivíduos. Trata-se, antes, da redefinição desses sentidos, do ponto de vista moral e legal (SCHRAIBER et al. 2006).

Estas considerações apontam para a conexão de qualquer das aproximações que se faça da violência com os direitos humanos e sociais, sob as perspectivas jurídica e ética. Igualmente, apontam para necessidade de refletir sobre a maior aproximação das violências, enquanto esferas de conhecimento e intervenção social.

Vale considerar que na “Declaração Universal dos Direitos Humanos”, promulgada pelas Nações Unidas em 10 de dezembro de 1948, introduziu-se uma concepção ampla de direitos humanos, ao considerar todas as pessoas titulares de direitos, independente de sua condição social, sexo, credo político ou religioso, raça e etnia. Entretanto, as

mulheres continuaram excluídas de seus direitos e quando em situação de violência, praticada por pessoas da própria família, de sua relação íntima como marido, companheiro ou namorado, não cabia ao Estado ou à sociedade intervir diretamente. Considerava-se violação dos direitos humanos somente atos de violência policial ou institucional e não a violência doméstica ou contra a mulher.

No fim dos anos setenta, começaram a surgir denúncias crescentes a respeito da violência doméstica, com relatos de espancamentos, ameaças e mesmo homicídios de mulheres. Muitos destes casos eram tratados pelo judiciário como “legítima defesa da honra”, nos quais homens ofendidos tinham uma autorização tácita da sociedade para matar suas mulheres, com absolvições judiciais ou processos intermináveis.

Além disso, há cifras negras da violência² doméstica. A que aciona o Judiciário camuflada de separações, motivadas por ambientes violentos; em separações ou divórcios incentivados pela violência do casal. E aquela que nem chega ao ponto de acionar os aparelhos do Estado, que vive e sobrevive no “silêncio” da vida privada, na violência moral, psicológica, na violência física que não consegue ser provada (BUGLIONE, 2005).

Até a década de 80, não só no Brasil, mas como um fenômeno mundial, as ações de enfrentamento à violência contra a mulher eram centradas na punição ao agressor, através de ações policiais e judiciais. Esta visão é insuficiente para atingir o centro do problema e acaba por

² Cifras negras no direito são dados que a justiça sabe que ocorrem mas não são registrados, é como a subnotificação na área da saúde.

QUADRO TEÓRICO: Interfaces das ações de enfrentamento do problema.

retificar a fantasia em torno do caráter dos atos violentos, como produto do descontrole, anormalidade e outras características imputadas ao agressor, de um lado, e incapacidade e passividade da vítima, de outro (CAMARGO, 2000).

Através da pressão de grupos feministas, reivindica-se o direito à saúde e o enfrentamento à violência contra a mulher, como forma de cumprir um papel fundamental de dar visibilidade ao problema da violência, até então considerado um assunto privado e a ser resolvido nesta esfera. Isto contribuiu para a criação de serviços específicos como: as “Delegacias de Defesa da Mulher” (DDM), as “Casas-Abrigo” e os “Centros de Atendimento”, além de importantes mudanças na legislação nacional (BARSTED, 1998).

Em 1982 foi criado o SOS – Mulher, de São Paulo: uma iniciativa não governamental para ajudar solidariamente as mulheres em situação de violência. O número de denúncias foi tão expressivo e as dificuldades encontradas para encaminhamento junto aos órgãos de segurança pública foram tantas, que se tornou necessária, reformulação urgente de políticas nesta área.

Assim, surgiu a “Delegacia da Mulher” (DDM), como forma de atendimento específico para crimes contra as mulheres, dentro do aparato policial, ligada à “Secretaria de Segurança Pública”. A primeira DDM só foi inaugurada em São Paulo em 1985. Tais instituições não têm o caráter discriminatório, mas sim, a função de suprir a lacuna da diferença, ou seja: uma vez não previsto sistema, para questões dessa natureza, surge

a necessidade de criar formas alternativas, possibilitando assim, uma melhor noção da realidade e, por consequência, a possibilidade de criar medidas concretas e eficazes para o atendimento ao conflito de urgência, bem como facilitar o trabalho de prevenção (BUGLIONE, 2005).

A função primordial da DDM é investigar e apurar os delitos contra pessoas do sexo feminino, considerando a mulher como sujeito da investigação. Alguns tipos de crime demandam o exame de corpo de delito, para através da perícia, identificar as marcas da violência deixada nos corpos das mulheres, que é feito por peritos criminais (médicos e dentistas). A avaliação pericial procura enquadrar a lesão ao tipo de crime praticado pelo ofensor para a autoridade judiciária, baseado no Código Penal Brasileiro e seus parágrafos, de acordo com a gravidade do dano causado pela lesão.

No Brasil, a situação de vulnerabilidade das mulheres à agressão física e moral perpetrada por seus familiares, em especial maridos ou companheiros é muito grave. Tradicionalmente tem-se a tendência de naturalizar a violência doméstica, o que supostamente legitima tratá-la como um problema exclusivamente de foro privado, gerando uma tácita aprovação ao fato e ao comportamento de banalização da sociedade em geral.

A Constituição Federal de 1988, no parágrafo 8º do artigo 226, passa a admitir a violência doméstica, além de agregar ao Estado a responsabilidade de coibí-la.

"O Estado assegurará assistência à família na pessoa de cada um dos que a integram, criando mecanismos para coibir a violência no âmbito privado de suas relações."

A partir da década de 90, a violência passa a ser considerada sob uma nova ótica.

A Conferência Mundial de Direitos Humanos, em 1993, em Viena, reconhece os direitos humanos das mulheres como direitos humanos. O documento produzido em seu parágrafo 18, afirma categoricamente: *"os direitos humanos, das mulheres e das meninas são parte inalienável, integral e indivisível dos direitos humanos universais"*. Ainda reconhece a violência contra a mulher como violação dos direitos humanos das mulheres.

Em 1994, foi promulgada pela OEA – "Organização dos Estados Americanos" - a "Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher", conhecida também como a "Convenção de Belém do Pará". Esta conquista foi confirmada na Plataforma de Ação de Pequim, documento aprovado na IV Conferência Mundial sobre a Mulher, ocorrida na China, em 1995.

No mesmo ano de 1995, a Assembleia Geral das Nações Unidas, ONU (Organização das Nações Unidas), aprovou a Declaração sobre a Eliminação da Violência contra a Mulher, o primeiro documento internacional de direitos humanos focado exclusivamente no tema.

A "IV Conferência Mundial sobre a Mulher" estabeleceu em plataforma de ação, algumas áreas de especial preocupação: persistente e

QUADRO TEÓRICO: Interfaces das ações de enfrentamento do problema.

crescente peso da pobreza que afeta a mulher; desigualdade de acesso à educação e à capacitação profissional; ***todas as formas de violência contra a mulher*** (grifos meus); ausência de mecanismos suficientes, em todos os níveis, para promover a emancipação da mulher; persistência da discriminação contra a menina e violação dos seus direitos; dentre outras. Todas as estratégias de ações incluem ações governamentais e não – governamentais, incluindo setor público e privado (ONU, 1996, p. 50).

Ainda neste documento, no tópico “a mulher e a saúde”, considera-se que é preciso conseguir que a mulher exerça o direito de usufruir o mais elevado nível de saúde durante todo o seu ciclo vital em igualdade de condições com o homem. As mulheres padecem de muitas das afecções que padecem os homens, mas de maneiras diferente. Dentro desta lógica, tem-se como objetivo estratégico: promover o acesso da mulher, durante toda sua vida a serviços de atendimento à saúde, à informação e serviços conexos adequados, de baixo custo e boa qualidade; fortalecer os programas de prevenção, que promovem a saúde da mulher; assegurar que os currículos das faculdades de medicina e outros programas de formação sanitária; incluam cursos sobre a saúde da mulher gerais, obrigatórios e considerem os aspectos relacionados ao gênero.

O “Relatório Geral sobre a Mulher na Sociedade Brasileira”, apresentado pelo governo brasileiro na IV Conferência em Pequim trouxe, dentre outros, os seguintes dados: nas faixas etárias em que a mulher está, via de regra, casada, o espancamento é demasiado freqüente,

sobretudo entre os 18 e 29 anos de idade; além da violência doméstica se expressar por grandes cifras, ela recai sobre a(s) mesma(s) vítimas(s), demonstrando-se que há um risco grande de rotinização da violência em relação à mulher. A violência social e doméstica, física e sexual é um dado presente no cotidiano feminino.

O governo brasileiro somente ratifica a Convenção Interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher em 27 de novembro de 1995, na Convenção de Belém do Pará. Esta convenção define a violência contra a mulher como qualquer ato ou conduta baseado no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública, quanto na esfera privada. Começa por reconhecer que a violência contra a mulher constitui violação dos direitos humanos e liberdades fundamentais, limitando total ou parcialmente à mulher, o reconhecimento, gozo e exercícios destes mesmos direitos e liberdades.

A definição trazida pela convenção se reveste de significativa importância, ao preocupar-se com a violência na esfera privada, a chamada “violência doméstica”. Desta forma, a violação aos direitos humanos da mulher, ainda que ocorra no âmbito da família ou unidade doméstica, interessa à sociedade e ao poder público.

Tais documentos são instrumentos fundamentais para a proteção e defesa dos direitos humanos das mulheres. Criam obrigações para os Estados e toda a sociedade, no sentido de tomar medidas e desenvolver ações veementes para prevenir, enfrentar e pôr fim à violência contra a

mulher e à violência racial, que atinge prioritariamente a população negra e indígena.

Neste contexto, importantes responsabilidades são conferidas ao Estado na missão de proteger a mulher da violência no âmbito privado e público. Os Estados têm que tomar medidas para prevenir a violência, investigar diligentemente qualquer violação, perseguindo a responsabilização dos violadores e assegurar a existência de recursos adequados e efetivos para devida compensação para as vítimas das violações. As principais medidas são de caráter preventivo e educativo.

Os crimes, cometidos no Brasil, estão definidos no Código Penal Brasileiro desde 1940, ele define que não há crime sem lei anterior que o defina, onde o crime é entendido como um fato típico e antijurídico, ou seja: é a quebra de alguma regra de conduta humana.

Haja visto, que o direito define as regras de conduta para o homem em sociedade (*ubi societas, ibi ius*). Constitui-se de uma ciência normativa, ciência do dever-ser. Não estabelece relações necessárias, determinantes, ao contrário, prescreve o que deve ou não deve ser feito. Ao fim de tudo, julga-se o homem pelo que fez com vontade livre e consciente, mas somente condena, se possível for, ao magistrado determinar que, naquela situação, aquele homem poderia ter agido conforme a regra e se possuía consciência do caráter ilícito de sua conduta.

Deste modo, quando as medidas de caráter preventivo e educativo falham, é chamado à resolução dos conflitos, o “Direito Penal”, no qual toda e qualquer conduta é enquadrada dentro de um de seus artigos.

A tutela de bens jurídicos existe para garantia da coexistência social e significa que a segurança jurídica se salvaguarda através da custódia daqueles. O que ocorre é que as relações privadas não implicam em risco para segurança jurídica ou para a coexistência social, não havendo assim, a necessidade de punir o agressor ou a agressora doméstica ou doméstico. Entretanto, quando dentro desta relação, destaca-se qualquer fato típico que se configure em um crime, ele toma forma, sendo de direito público punir o praticante pelo mesmo.

Em uma parte do Código Penal Brasileiro, é tratado o crime contra as pessoas, no qual define com propriedade, todos os tipos possíveis de crimes contra o ser humano e dentre eles o artigo 129.

Esta pesquisa enfoca os artigos 129 que trata das Lesões corporais e perpassa teoricamente pelo artigo 121 que trata dos homicídios.

Estes dois artigos do Código Penal Brasileiro, artigo 121 e 129, receberam alteração com a tipificação da violência doméstica, ou seja: quando ocorrer com abuso das relações domésticas, de hospitalidade ou de parentesco a pena é agravada. Esta alteração ocorreu somente em 2004 pelo decreto-lei 10.886.

Ainda, a Lei 10.886/04, que inclui no Código Penal a punição contra a violência doméstica, sendo esta acolhida como modalidade especial do crime de lesão corporal. A inserção de dois parágrafos no artigo 129 do

Código Penal enfatiza que “a violência doméstica deve ser tratada como uma questão pública, um problema social, que deve ser objeto de ação governamental e punida com rigor da nossa Legislação Penal”.

Todos estes crimes acumulavam-se nas varas penais, então como alternativa para minimizar a crise vivida pela Justiça, como problema da morosidade e da saturação do Judiciário e obteve a aprovação da Lei 9099/95 que instituiu os Juizados Especiais Criminais, já previstos na Constituição Federal no seu artigo 98 – I.

Os “Juizados Especiais Criminais” (JEC) foram criados, visando proporcionar uma simplificação da Justiça Penal, possibilitando soluções mais rápidas e minimizando o ônus na demora processual, tendo como objetivo principal, a conciliação e a reparação do dano, mitigando a aplicação de pena privada de liberdade (prisão). Isto corresponde à uma informalização do processo criminal, através de mecanismos rápidos, simples e econômicos, para aquelas infrações de menor potencial ofensivo, ou seja: o mínimo de morosidade para decidir fatos típicos de ínfima expressão do ponto de vista da reprovabilidade social. Desta forma, proporciona ao sistema judicial desprender mais atenção à investigação e ao julgamento de graves atentados aos valores tutelados pelo direito.

Ocorre que, de 1995 a 2004 diante da natureza da violência contra a mulher, quase que a totalidade da demanda da violência que chegava aos aparelhos do Estado eram encaminhadas aos JEC e eram tratadas como violações de menor potencial ofensivo, como por exemplo: os delitos de

ameaça, lesões leves dolosas e culposas, maus tratos, constrangimento ilegal e abandono moral e intelectual.

De acordo com Jesus (2004), na lei nº. 10.886/2004, a violência doméstica é dada como relevante por desencadear uma causa de aumento da pena, ou seja: de três meses a um ano, passa para de seis meses a um ano. Entretanto, este fato configura, ainda, o crime de menor potencial ofensivo. Como ocorre na lesão corporal leve (art 129, caput), a violência doméstica, constante do parágrafo 9º, é delito de menor potencial ofensivo. Na fase policial, dispensa-se o flagrante delito, se o autor comprometer-se a comparecer ao Juizado Especial Criminal (JEC), elabora-se o termo circunstanciado, e assim por diante.

Fazendo uma análise do § 9º, inserido pela Lei 10.886/04, com a lesão corporal leve, será possível verificar que, além da alteração da pena mínima, não houve maiores acréscimos em relação à real punição do agressor.

Através da cominação da pena, pode-se perceber que a violência doméstica inserida no §9º, assim como nas lesões corporais de natureza leve, a infração é de menor potencial ofensivo, sendo regulada, portanto, pelos Juizados Especiais Criminais (Lei 9099/95, alterada pela Lei 10.259/01). Ou seja: mesmo com alteração legislativa, a violência doméstica permaneceu sob a égide dos Juizados, dos quais, na maioria das vezes, as vítimas só conseguem a cesta básica como forma de “punição” do agressor (JESUS, 2004).

Igualmente às lesões corporais leves, cabe, na violência doméstica do §9º, transação penal, sursis processual e penas restritivas de direitos.

E ainda, conforme a “Lei dos Juizados Especiais Criminais” (Lei nº. 9099/95), a ação utilizada para essa figura típica qualificada, é penal pública condicionada à representação (art.88 da Lei 9099/95), ou seja: depende da iniciativa da vítima.

Assim, tratando-se de lesão corporal leve, a competência foi dos JEC até 2006. Portanto, a alteração legislativa durante este período foi praticamente inócua.

Também, no ano de 2004, outra importante Lei foi aprovada e sancionada: a Lei 10.714 que possibilitou, posteriormente, a criação da Central de Atendimento à Mulher, o “Ligue 180”.

Ao oferecer estes serviços, o Governo Federal fortaleceu a “Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra a Mulher” e, ao mesmo tempo, desenvolveu instrumentos que permitem aprofundar o conhecimento sobre os números e a forma como se expressa esta violência.

Segundo dados da Central 180, no período de 18 de abril a 25 de novembro de 2006, foram atendidos, 1,7 milhões de ligações de todo o país. Das ligações que resultaram em atendimento efetivo, 47,29% envolveram denúncias feitas por mulheres que sofreram violência física, psicológica e sexual. O segundo maior volume de ligações foi de mulheres que buscaram ajuda (39,43%), através de informações sobre os locais dos serviços de atendimento à mulher, em situação de violência. Outras

5,17% ligaram para o número 180 para obter informações a respeito dos seus direitos legais e as 8,11% restantes para reclamar ou sugerir melhorias nos serviços da rede.

Souza (2000) explica que apesar da violência contra as mulheres ser de grande abrangência coletiva, torna-se difícil a intervenção diante da dificuldade de explicação e da visibilidade que possui. Apesar da percepção de atos violentos por parte das mulheres e do aumento progressivo de queixas na Delegacia da Mulher, este número não representa sua magnitude, pois muitas mulheres não denunciam seus companheiros.

Em 2006, a “Lei Maria da Penha” -11.340/2006 (**Anexo 4**) cria mecanismos para coibir e prevenir a violência doméstica contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Violência contra a Mulher, da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher e de outros tratados internacionais, ratificados pela República Federativa do Brasil; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; e estabelece medidas de assistência e proteção às mulheres, em situação de violência doméstica e familiar.

Com esta nova lei contra a violência, restauram-se os direitos da mulher enquanto pessoa, de sua dignidade e do respeito aos Direitos Humanos fundamentais, definidos na nossa “Carta Magna”.

QUADRO TEÓRICO: Interfaces das ações de enfrentamento do problema.

O apelido “Lei Maria da Penha”, se deve ao fato de que o Brasil foi o primeiro País a ser condenado pela “Corte Interamericana de Direitos Humanos” da Organização dos Estados Americanos (OEA). Por advento das denúncias proferidas pela prática de violência doméstica contra Maria da Penha Maia Fernandes, que culminaram com um tiro desferido por seu marido, enquanto ela dormia lhe “presenteando” com uma paraplegia irreversível. Ao agressor o que aconteceu? Depois de mais vinte anos finalmente houve a condenação de Heridia Viveros em setembro de 2002. Beneficiado pelo regime prisional brasileiro o infrator cumpriu, em regime fechado, menos de um terço da pena de dez anos de prisão. Não é novidade alguma o descaso com que as autoridades brasileiras tratavam a questão da violência doméstica.

Em 2004, o Brasil lançou o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM), tecido a partir das diretrizes definidas na I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres (CNPM). As políticas e linhas de ação foram propostas como a igualdade de gênero. O Plano está estruturado em torno de quatro áreas estratégicas de atuação: autonomia, igualdade no mundo do trabalho e cidadania; educação inclusiva e não sexista; saúde da mulher, direitos sexuais e direitos reprodutivos e enfrentamento à violência contra as mulheres. Em relação a estas áreas, estão contempladas as políticas e ações, que devem ser desenvolvidas ou aprofundadas, para que mudanças quantitativas e qualitativas se efetivem como fundamento à transversalidade de gênero.

O PNPM foi uma inovação na gestão pública, onde governos e sociedade aprenderam com sua implementação, a garantir a execução de 199 ações sob a responsabilidade isolada ou compartilhada de onze ministérios e secretarias especiais, a buscar a parceria das esferas estadual e municipal de governo para que as políticas chegassem de fato às suas destinatárias, contando com uma rede de organismos de políticas para as mulheres em nível dos executivos estaduais e municipais.

No país inteiro, mais de duzentos governos estaduais e municipais assinaram o Termo de Adesão ao PNPM. Os organismos governamentais de políticas voltadas às mulheres (secretarias, coordenadorias e assessorias da mulher), responsáveis por fazer as políticas acontecerem em seus estados ou cidades e por colocarem o tema da igualdade no centro dos debates, aumentaram consideravelmente entre 2004 e 2006.

Em se considerando as ações voltadas a saúde da mulher vitimizada, estão normatizadas, que têm relação com a violência sexual. O Ministério da Saúde elaborou uma norma técnica de prevenção e tratamento dos agravos, resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes, primeira edição em 1999 e reedição em 2005.

Por esta norma o Ministério da Saúde considera que a maioria dos serviços de saúde não estão equipados, carece de profissionais de saúde treinados para o reconhecimento dos sinais da violência, principalmente aquela de caráter mais insidioso. Assim, o Ministério da Saúde considera que o enfrentamento da violência exige a efetiva integração de diferentes setores, tais como saúde, segurança pública, justiça e trabalho, bem

como: o envolvimento da sociedade civil organizada (Brasil,1999), sendo que alguns atendimentos integrais são Centros de Referência de Atendimento à Mulher, como os existentes em São Paulo, Goiânia, Rio de Janeiro.

A recente ação federal na saúde se refere à normatização feita pelo Ministério da Saúde em 05 de novembro de 2004, que regulamenta a Lei nº 10.778/03, estabelecendo a notificação compulsória em todo território nacional para os casos de violência contra a mulher, atendida em serviços de saúde, público ou privado. A notificação dos casos de violência contra a mulher ao Sistema Único de Saúde, permite dimensionar a magnitude do problema, caracterizar as circunstâncias da violência, o perfil das vítimas e dos agressores, contribuindo com a produção de evidências para o desenvolvimento das políticas e atuações governamentais em todas as esferas para enfrentamento deste problema (PORTARIA Nº 2.406 DO MINISTÉRIO DA SAÚDE (**ANEXO 6**)).

Contudo, a identificação da violência de gênero, como problema de saúde, ainda encontra resistência. Esta resistência vem da articulação de fatores como: sociais, culturais e políticos, mas também, de uma concepção compartimentalizada e medicalizada, que se expressa nas práticas profissionais meramente prescritivas, na desvalorização do sentimento e do relato da paciente e na imposição de condutas massificantes e clinicamente inadequadas (CAMARGO, 2000).

A própria situação de violência parece não ter visibilidade para os profissionais de saúde. Em estudo realizado por Santos (2003) em

Ribeirão Preto sobre a incidência de violência entre usuárias de dois serviços de atenção primária à saúde, encontrou apenas 3,8% de registros de violência nos prontuários. Em estudo conduzido em São Paulo, nos serviços de saúde mostrou que 40% das mulheres já haviam sido acometidas alguma vez na vida por violência física ou sexual (SCHRAIBER et al. 2002).

Marinheiro (2004) estudando a prevalência da violência contra a mulher entre usuárias de um serviço de saúde em Ribeirão Preto/ SP, encontrou que 45% das mulheres já haviam sofrido alguma forma de violência uma vez na vida, sendo 26,4% vítimas de violência física.

Mulheres chegam aos serviços de saúde, públicos ou privados, portando sinais e sintomas característicos de violência. Entretanto, alguns profissionais de saúde não os percebem e mesmo quando estes, por algum motivo são identificados, não são contemplados nos relatórios clínicos, ou seja: são ignorados como uma questão de saúde. É escasso o conhecimento sobre a ocorrência de violência contra mulher no contexto brasileiro. Uma vez que a questão raramente aparece nos diagnósticos e nas condutas realizadas nos serviços de saúde (SCHRAIBER et al.; 2002).

Analisando a invisibilidade da violência contra a mulher como questão de saúde, Schraiber & D'Oliveira (1999) observaram que tal percepção advém da concepção da racionalidade biomédica, cujas intervenções são pautadas em bases anatomo-patológicas, na identificação da doença, para que requeira intervenção. Caso contrário, a queixa não é considerada parte das ações em saúde, sendo referidas

como da ordem do social e ou do psicológico, desqualificando-as para uma intervenção médica. Neste sentido, intervenção será determinada baseando-se no modo como a violência doméstica contra a mulher é compreendida e acolhida.

Vale considerar que as conseqüências da violência doméstica são agravos que vão desde um empurrão leve até à morte. Sendo de natureza crônica, a agressão à mulher vai além dos traumas e dos agravos visíveis, estando associada à problemas gastrintestinais, queixas ginecológicas, abuso de drogas e álcool, queixas vagas, depressão, insônia e suicídio, sofrimento mental, lesões e problemas crônicos como distúrbios alimentares, dores abdominais e de cabeça e, até artrite, hipertensão e doenças cardíacas (FRANCO, 2000; GIFFIN, 1994; SCHRAIBER & D'OLIVEIRA, 1999).

Importante considerar que as repercussões nos índices de morbidade não parecem mobilizar, de uma forma geral, ações específicas do sistema de saúde. Entretanto, por se apresentarem de "... *caráter sistemático e repetitivo*" (Schraiber et al., s.d.), e não episódico, as conseqüências da situação de violência para os serviços de saúde são significativas. A violência deriva sofrimentos permanentes e cronificados, aumentando, sobremaneira, a demanda pelos serviços de saúde (SCHRAIBER et al., s.d.).

Considera-se o setor saúde, como um ator importante a ser envolvido no combate à violência, cujas ações podem dirigir-se para o desenvolvimento de diretrizes e dos programas para a prevenção, com

base em dados socioepidemiológicos e fisioclinicos da violência, identificando suas causas e conseqüências.

Neste sentido, concordamos com Schraiber et al, s.d., que a promoção à saúde e a assistência médica às mulheres que vivem nestas situações são aspectos, dentre vários outros, que representam a possibilidade de realização dos direitos constituídos que garantem melhores condições de cidadania (Schraiber et al., s.d.). D'Oliveira & Schraiber (2002) respaldando-se na literatura especializada e considera-se que a experiência da violência e o desenvolvimento de agravos, de ordem física e mental, repercute na diminuição de "anos saudáveis de vida" das mulheres.

A saúde, como direito, passa a ser discutida a partir da "declaration de droits de l' homme et du citoyen", e é divulgada de maneira mais ampla no mundo após a "Declaração Universal do Direitos Humanos", aprovada a 10 de dezembro de 1948 pela Assembléia Geral das Nações Unidas. Seu artigo 25 afirma que:

" Todas as pessoas têm direito a um padrão de vida adequado à saúde e bem estar próprios e de sua família, particularmente alimentação, moradia, vestimenta a assistência médica e necessários serviços sociais, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outra falta de meios de sobrevivência em circunstâncias fora de seu controle."

A concepção do direito à saúde, como condição de vida, busca

reflexões em momentos onde fazem parte do padrão de vida adequado à saúde e bem-estar: alimentação, moradia, vestimenta, assistência médica, serviços sociais e seguros sociais e mais trabalho e educação. Para Labbate (1990) constitui o que se denomina, comumente, de Direito Social e ultrapassa a visão da oferta dos serviços de saúde. Esta visão é incorporada ao texto constitucional brasileiro, a partir de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde (Lei n 8080, de 19/09/1990), que concebe a saúde como resultante de fatores determinantes e condicionantes da situação de vida.

O direito à saúde é parte de uma conjunto de direitos chamados de direitos sociais, que têm como inspiração, o valor da igualdade entre as pessoas. No Brasil este direito apenas foi reconhecido na Constituição Federal de 1988. Antes disso, o Estado apenas oferecia atendimento à saúde para trabalhadores com carteira assinada e suas famílias e as outras pessoas tinham acesso à estes serviços como um favor e não como um direito. Durante a Constituinte de 1988 as responsabilidades do Estado são repensadas e promover a saúde de todos passa a ser seu dever:

"A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação."

Constituição Federal de 1988, artigo 196.

***QUADRO TEÓRICO: Interfaces das ações de enfrentamento do problema/
A saúde bucal – as implicações da violência contra a mulher.***

Frente ao exposto, apesar dos avanços em termos das proposições das ações de enfrentamento à violência contra a mulher, podemos identificar em nosso contexto, que ainda estamos muito aquém da efetividade das mesmas.

Analisando o panorama geral da violência contra a mulher e as ações legislativas e de saúde, entendemos que se fazer agente do cuidado à saúde da mulher, em situação de violência requer ampliar nosso olhar sobre o fenômeno, tão complexo e sensível, como referem Schraiber et al, (2006:p.2), de modo a não incorrer na mesma prática (...) “desconectada da esfera relacional e situada cada vez mais como questão individual, silenciando as contrapartidas relacionais: os deveres e os compromissos.

4.4 A saúde bucal – as implicações da violência contra a mulher

Pesquisas biomédicas e epidemiológicas têm demonstrado que mulheres e homens têm diferentes riscos para desenvolver certas doenças e respondem diferentemente aos tratamentos subsequentes (STUDDEN-PAVLOVCH & RANALLI, 2001).

Especificamente na saúde bucal, diferenças específicas do gênero têm se constituído em objeto de análise dos autores, apesar de serem estudos recentes e ainda incipientes.

A atenção às especificidades do gênero se evidencia na produção científica internacional, Estados Unidos, Canadá e Europa, onde vários autores discutem temas relacionados à saúde bucal em termos das

particularidades relacionadas às mulheres. Os principais temas são: implicações genéticas, saúde bucal materna, implicações psicológicas e aspectos bucais, desordens alimentares, doenças sistêmicas, estética e cosmética dental, reparação de traumas cirúrgicos, entre outros (LOVE et al., 2001).

Autores têm evidenciado algumas síndromes que podem ser detectadas através do exame clínico da cavidade bucal, muito antes da confirmação de um câncer (Acton et al., 1999;. STUDEN-PAVLOVICH & RANALLI, 2001; VERBIN, 2001), as quais têm relação com variação da imunidade do hospedeiro, que pode contribuir para o desenvolvimento da doença periodontal em mulheres adultas.

Ainda, durante a gravidez , a saúde bucal das gestantes requer cuidados específicos e a nutrição tem significantes efeitos à saúde bucal da mulher e do bebê. Por exemplo: a suplementação de flúor para gestantes é um ponto controverso. Exposições inadequadas da mãe ao flúor podem resultam em deformidades craniofaciais congênitas na criança. Também, a predisposição ao parto prematuro está associado a infecções periodontais (STUDEN-PAVLOVICH & RANALLI, 2001; SANTI et al., 2003).

Outras patologias bucais relacionadas ao estresse e ansiedade são mais comuns em mulheres, como: bruxismo, desordens temporomandibulares, xerostomia, dores crônicas (GARDINER & RAIGRODSKI, 2001).

As desordens alimentares, como: anorexia nervosa e bulimia nervosa consistem em sérias preocupações para a saúde geral e bucal da mulher. Características fundamentais destas desordens têm manifestações clínicas na condição física e intraoral das mulheres (GRINSPOON et al., 2000; STUDEN-PAVLOVICH & RANALLI, 2001) .

Alterações hormonais durante a perimenopausa e menopausa aumentam o risco das mulheres desenvolverem doenças autoimunes e cardiovasculares, que podem interferir na saúde bucal e no modo do tratamento das possíveis afecções bucais (MARKOVIC, 2001).

Diante destas especificidades, nos Estados Unidos a saúde bucal foi incluída na agenda da saúde da mulher. A preocupação de compreender a saúde bucal da mulher como prioridade para pesquisa, se constitui entre outros tópicos, como: *“em determinar o uso de exames clínicos bucais e os diagnósticos encontrados para elaborar programas de intervenção diretamente ligados ao combate à violência doméstica, ao abuso infantil e desordens alimentares”* (STUDEN-PAVLOVICH, 2001, p.435).

Em revisão da literatura nacional, em periódicos indexados Santi e Nakano (2004) identificaram a existência de estudos pontuais sobre doenças periodontais entre as mulheres na gestação e na adolescência.

No que se refere à violência de gênero e aos reflexos na saúde bucal da mulher, são ainda escassos estudos específicos. Somente um estudo mais aprofundado na área da odontologia trata com uma abordagem quantitativa, lesões resultantes de espancamento em análise de registros de um IML de mulheres vítimas de violência e aponta para a possibilidade

destas mulheres desenvolverem dores crônicas faciais (GARBIN et al, 2006).

O trauma bucal, produzido pela violência contra a mulher, além dos reflexos físicos incide diretamente sobre sua auto-imagem, visto que a beleza feminina é valorizada socialmente, estigmatizada por um corpo torneado e face bela.

O corpo feminino tem sido altamente valorizado como um componente discursivo que define e compõe a identidade da mulher. O corpo é um veículo de comunicação com o mundo. Habitá-lo, às vezes, é encarado como privilégio, noutras como uma “pena imposta”. O corpo é também considerado uma fonte de bem-estar e de prazer (Vieira, 2005).

O rosto ocupa lugar privilegiado em todas as culturas, e nele é possível perceber as emoções que surgem como a linguagem articulada dispensando palavras. O rosto se significa por si mesmo, ele expressa sua absoluta unicidade, caracterizando e materializando a nossa identidade (Goffman, 1988).

O rosto se sobressai no conjunto harmonioso do corpo, influenciando e/ou interferindo diretamente nos relacionamentos interpessoais. É através do rosto que nos apresentamos às pessoas e, é através dele que somos reconhecidos.

A face não é só a fonte de identificação, mas também o modo de comunicação através de suas expressões verbais, como: a fala e não verbais como: expressões de zanga, frustração, alegria, entre outras,

emoções positivas e negativas que são prontamente lidas pelo interlocutor (MORI, 2003).

A mesma autora constatou que as características faciais mais atraentes são: a forma do rosto, em 5º lugar, enquanto que o sorriso, dentes e olhar ocupam o 1º lugar.

Neste sentido um trauma na região da face, como refere Cardozo (1993) pode produzir uma má adaptação psicológica e problemas de conduta e que este fato ocorre em virtude do especial significado da face. Pessoas independente do sexo, sem atrativos físicos, com deformidades faciais, são esteriotipadas negativamente, recebem menos tempo de atenção dos outros e também, são discriminadas no mercado de trabalho.

Para as mulheres, um trauma na região da face pode ter reflexos mais intensos do que para os homens, em razão do valor cultuado em nossa sociedade do padrão de beleza feminina (a delicadeza dos traços). Já para os homens o valor está na força bruta, nos traços grosseiros.

Mori, 2003,p.12 observa que a perda dos dentes acarreta distúrbio da fala, estética, mastigação e deglutição, o que por sua vez, pode manifestar no indivíduo, depressão e sentimento de inferioridade, pois parte importante do corpo foi perdida ou alterada.

A vítima, com rosto traumatizado, apresenta *face atípica*. É preciso ressaltar que as pessoas que nascem com deformidades faciais ficam cada vez mais satisfeitas após intervenções cirúrgicas, pois se distanciam cada vez mais de uma imagem anterior. Já as pessoas que têm o rosto modificado em questão de minutos ou segundos, ficam cada vez mais

infelizes com o passar do tempo, pois se conscientizam gradativamente da distância da imagem anterior.

As pessoas com traumas bucomaxilofacial, apresentam uma série de dificuldades além da estética, devido à complexidade desta região, diante dos aspectos anatômicos e funcionais envolvidos. Muitas vezes, as deficiências adquiridas e as limitações impostas pelo trauma se propagam pelo resto da vida.

A este respeito, Cardozo (1993) refere que o complexo maxilo-mandibular desempenha inúmeras funções: deglutição, comunicação, mastigação e fonação além da estética facial.

As mulheres, vítimas de violência doméstica com lesões corporais dolosas, geralmente têm problemas em sua saúde bucal, necessitando de tratamentos protéticos e de reabilitação oral, além de tratamentos especializados em oclusão e fonoaudiologia, o que demandam serviços caros e especializados.

Na realidade brasileira, os serviços públicos não possibilitam acesso rápido e integral (completo) do tratamento odontológico, o que se reduzem os tratamentos emergenciais ao alívio da dor. De forma segmentada, a violência contra a mulher tem merecido atenção pelas políticas públicas e ações de saúde, tal como a violência sexual, estabelecendo normas técnicas e tratamento especializado. Entretanto, as vítimas de outras lesões corporais continuam na invisibilidade entram nas filas de tratamento comum, sem acesso ao atendimento em serviços especializados.

4.5 Tipificação jurídica da violência doméstica contra a mulher resultante em lesão corporal dolosa- lesão no complexo maxilo-mandibular

As lesões corporais necessitam do exame pericial para a sua avaliação, sendo determinado que seja feito por perito competente. O laudo do exame de corpo de delito é feito pelo médico e o parecer odontológico, na presença de trauma facial, é do cirurgião dentista, que vem anexado ao mesmo.

A tipificação da violência física, de forma geral está classificada conforme sua gravidade, segundo estudo da OMS/OPS (2002):

- *ato moderado*: ameaças, desde que não relativas a abuso sexual e sem uso de armas; agressões contra animais ou objetos pessoais e violência física na forma de empurrões, tapas, beliscões, sem qualquer uso de instrumentos perfurantes, cortantes ou que gerem contusões;
- *ato severo*: agressões físicas com lesões temporárias; ameaças com uso de arma, agressões físicas com cicatrizes, lesões permanentes, queimaduras e uso de arma.

Juridicamente, está tipificada pelos dispositivos legais, que resguardam a tutela da integridade pessoal, contidos no artigo 129, do Código Penal Brasileiro (CPB). Neste sentido, fere a integridade pessoal qualquer lesão que limite atividade e o potencial individual, representam um dano que perturbará as relações de convívio social e, em última instância, refletirá sobre a sociedade como um todo.

A lesão corporal consiste em ferir a integridade física ou psíquica de alguém. Assim, disposto pelo artigo 129 do CPB: ofender a integridade corporal ou a saúde de outrem.

- Lesão corporal de natureza grave

§ 1º) se resulta:

I – incapacidade para as ocupações habituais, por mais de 30 dias.

II – perigo de vida.

III – debilidade permanente de membro, sentido ou função.

- Lesão corporal de natureza gravíssima

§ 2º) se resulta:

I – incapacidade permanente para o trabalho.

II – enfermidade incurável.

III – perda ou inutilização de membro, sentido ou função.

IV – deformidade permanente.

V – aborto.

- Lesão corporal seguida de morte

§ 3º - Se resulta morte e as circunstâncias evidenciam que o agente não quis o resultado, nem assumiu o risco de produzi-lo.

No caput deste artigo, ferimentos faciais concentram-se, na grande maioria, entre as lesões de menor gravidade e são restabelecidos sem as consequências previstas nos parágrafos 1º e 2º.

As lesões podem ser classificadas, dependendo do tipo do agente traumatizante. As descrições, a seguir, seguem as proposições descritas:

Segundo França (2004) estas podem ser: a) energias de ordem física; b) energias de ordem mecânica; c) energia de ordem química; d) energia de ordem físico-química; e) energia de ordem bioquímica; f) energias de ordem fisicodinâmica; g) energia de ordem mista.

Nas lesões corporais, as energias de ordem mecânicas são as mais comuns. Fazem parte deste grupo, objetos perfurantes, cortantes e contundentes, podendo existir combinação entre eles: corto-contusas, perfuro-cortantes, e outras.

Os instrumentos perfurantes são aqueles capazes de produzir uma lesão punctura. Estes instrumentos, propriamente ditos, possuem forma cilíndrico-cônica e são alongados, finos e pontiagudos, são exemplos: agulha, estilete, prego, alfinete, e outros. Atuam por pressão através da ponta e afastamento das fibras do tecido. As lesões produzidas por estes instrumentos têm solução de continuidade e se denomina “ferida punctória”. O tipo de instrumento será diagnosticado pelo aspecto das lesões. As sondagens são desaconselhadas formalmente, pela possibilidade de que elas produzam falsos trajetos ou alterarem os correspondentes ao instrumento empregado.

Os instrumentos cortantes são aqueles que, atuando linearmente sobre a pele ou sobre os órgãos, produzem feridas incisas e têm como exemplos: navalha, bisturi, lâmina, canivete, faca de gume cerrado, pedaço de vidro e outros. Agem por pressão e deslizamento produzindo a secção uniforme dos tecidos. As lesões possuem bordas nítidas e regulares, há hemorragia geralmente abundante, corte perfeito dos tecidos moles e ausência de outro trauma em torno da lesão.

Os instrumentos contundentes são aqueles capazes de agir traumáticamente sobre o organismo, tais como: a) sólido: pau, tijolo, mão de pilão, b) líquido: queda n'água, jato d'água; c) gasoso: jato forte de ar sobre pressão; d) naturais: mãos, pés, cabeça, chifres de boi etc.; e) usuais: bengala, bastão, cassetete, etc. f) eventuais: pedra, martelo. Seu mecanismo de ação pode ser ativo, quando o objeto possuidor de força viva, choca-se contra o corpo da vítima; passivo, quando o corpo da vítima, sob ação da força viva, choca-se contra o objeto e misto, quando tanto o corpo da vítima, quanto o objeto possuidor de força viva, chocam-se entre si.

As lesões resultantes da ação destes instrumentos dependem da intensidade do movimento, de sua dinâmica traumatizante, e, conjugado a este fato, a região do corpo atingida e as condições da próxima ação. As lesões decorrentes poderão ser superficiais ou profundas, variando das mais leves às mais graves, como se segue:

A) RUBEFAÇÃO: alteração vasomotora da região e dura cerca de duas horas no máximo;

B) EDEMA: derrame seroso;

C) ESCORIAÇÃO: perda traumática da epiderme (serosidade, gotas de sangue, crosta);

D) EQUIMOSE: derrame hemático que infiltra e coagula nas malhas do tecido. Permite dizer qual o ponto onde se produziu a violência. Indica a natureza do atentado. Pode afirmar se o indivíduo achava-se vivo no momento do traumatismo. Indica a data provável da violência. *Espectro equimótico de LEGRAND DE SAULLE* - a equimose superficial é envolvida por uma sucessão de cores que se inicia pelos bordos. Tem importância pericial para determinar, em alguns casos, a data provável da agressão, tais como:

- 1º dia: lívida ou vermelha - 7º ao 10º dia: esverdeada
- 2º e 3º dia: arroxeadas - 10º ao 12º dia: amarela-esverdeada
- 4º e 6º dia: azul - 12º ao 17º dia: amarela

E) HEMATOMA: é uma coleção hemática produzida pelo sangue extravasado de vasos calibrosos, não capilares, que descola a pele e afasta a trama dos tecidos formando uma cavidade circunscrita onde se deposita.

F) BOSSA SANGUÍNEA: é um hematoma em que o derrame sanguíneo impossibilitado de se difundir nos tecidos moles em geral, por planos ósseos subjacentes, colecciona determinando a formação de verdadeiras bossas.

G) BOSSA LINFÁTICA: são coleções de linfas produzidas por contusões tangenciais, como acontece nos atropelamentos, em que os pneus, por

atrição, deslocam a pele formando grandes bossas linfáticas, entre o plano ósseo e os tegumentos.

H) LUXAÇÃO: é o afastamento repentino e duradouro de uma das extremidades.

I) FRATURA: é a solução de continuidade, parcial ou total dos ossos submetidos à ação de instrumentos contundente.

J) FERIDA CONTUSA:

- Forma, fundo e vertentes irregulares; • Bordas escovadas; • Ângulos obtusos;
- Derrame hemorrágico externo menos intenso do que na ferida incisa;
- Aspecto tormentoso no seu interior;
- Retalhos conservados em forma de ponte, unindo as margens da lesão, contrastando com os tecidos mortificados;
- Nervos, vasos ou tendões, conservados no fundo da lesão.

Todas estas lesões afetam a integridade física e a estética corporal, e, portanto, precisam e devem ser consideradas em âmbito penal, onde se constituem crimes, e em âmbito civil, onde a mensuração do dano físico e sua interação com o dano moral e patrimonial se comunicam e requerem reparação.

O Direito Penal e as autoridades precisam de materializar o crime e por isso a avaliação da lesão no aspecto criminal é tão importante. A fim de se determinar a gravidade da lesão e conseqüentemente da imputação da pena. Já no aspecto civil, as lesões recaem sobre as ações de dano *estético, funcional e moral*.

**QUADRO TEÓRICO: Tipificação jurídica da violência doméstica contra a mulher,
resultante em lesão corporal dolosa – lesão no complexo maxilo-mandibular.**

Ressaltamos que as lesões corporais graves e gravíssimas sempre deixam danos materiais e morais (estéticos e/ou funcionais) irreversíveis. As lesões leves podem produzir danos estéticos inicialmente, mas que se restabelecem por si só. Entretanto, algumas lesões leves, quando produzidas repetidamente, acarretam em lesões funcionais que perduram por toda a vida.

O dano material é uma lesão concreta, que afeta um interesse relativo ao patrimônio da vítima. Assim, a perda de bens materiais deve ser indenizada, de modo que cada desfalque no patrimônio de alguém lesado é um dano a ser reparado civilmente e de forma ampla.

O dano estético é aquele conseqüente de conduta ilícita ou lícita excessiva e fora dos parâmetros permitidos, que causa sentimento degradante à vítima, digna de dó pelo “enfeiamento”. Esta dor traz reflexos psicológicos na pessoa. Causa-lhe abalos intangíveis devido à redução de beleza estética individual ou do funcionamento desta, inclusive os membros, sentidos e órgãos.

Independente da gravidade da lesão, todas geram constrangimentos e transtornos diversos, os quais são objetos de discussão do direito moral.

O dano moral não corresponde somente à dor, mas aos efeitos maléficos marcados pela dor e pelo sofrimento. A apatia e a morbidez mental tomam conta do ofendido. Surge o padecimento íntimo, a humilhação, a vergonha, o constrangimento de quem é ofendido em sua honra ou dignidade, o vexame e a repercussão social por um crédito negado (RIBEIRO, 2004).

Os danos morais podem ser das mais variadas espécies. Os principais, citados pelos estudos do direito, são os que trazem prejuízo: à reputação, à integridade física, como o dano estético, ao direito moral de autor, ao direito de uma pessoa ao nome, às convicções de alguém, às pessoas que a vítima do dano tem afeto, como por exemplo, a morte de um filho, à integridade da inteligência, à segurança e tranquilidade, à honra, ao cônjuge por aquele que ocasionou o divórcio, à liberdade, aos sentimentos afetivos de qualquer espécie e ao crédito, entre outros.

O sofrimento leva à uma cobertura patrimonial concernente. O dano estético cobre a ofensa ao natural, na imagem pessoal. E o aleijão que acompanha a vítima, uma vez que a imagem da pessoa é o cartão de visita dela. Em alguns casos, é mesmo o próprio instrumento de trabalho. A lesão a esta beleza natural pode lhe atingir tanto moral, quanto economicamente. E é justamente esta lesão à beleza física que caracteriza o que juridicamente se popularizou como “dano estético”. A estética, em si, não representa outra coisa a não ser o móvel ou o motivo causador do sofrimento e da tristeza da vítima. Portanto, não é situação autônoma (RIBEIRO, 2004).

A liquidação das obrigações resultantes dos atos ilícitos e a reparação dos danos é tratada no novo Código Civil nos artigos 949 e 950, parágrafos únicos e em parte específica do Código de Processo Civil.

5 PRESSUPOSTOS DA PESQUISA:

Frente ao exposto, temos como pressupostos:

- O modo como as mulheres percebem a violência sofrida, guarda relação com a “naturalização” da condição feminina de subordinação ao masculino, limitando as formas de enfrentamento e, sobretudo a noção de sujeito de direito, à medida que não se reconhecem a lesão corporal no complexo maxilo mandibular, resultante da violência sofrida, como fator comprometedor à sua saúde bucal e nem tão pouco, vislumbram possibilidades de restabelecer a saúde que lhe foi usurpada.

- A situação de violência, vivida pelas mulheres e o reflexo desta na sua saúde bucal, ainda se mantém como questão de foro íntimo que embora juridicamente ganhe visibilidade social, quando materializada por ser um “fato típico” que fere a integridade pessoal, limita atividade e o potencial individual, não reflete em ações efetivas no pronto atendimento e na reabilitação pós-trauma no que tange a saúde integral da mulher.

6 MATERIAL E MÉTODO

6.1 Contexto do estudo

O município de Ribeirão Preto, tem uma população de cerca de 500.000 habitantes, possui uma rede de serviços de saúde municipalizada com gestão plena.

Na tentativa de compatibilizar as necessidades advindas do crescimento do município com a melhora do acesso da população aos serviços de saúde, organizou-se a rede de assistência em cinco regiões, denominadas Distritos de Saúde. Estes estão localizados nas Regiões: Norte - Distrito do Simioni, Sul - Distrito de Vila Virgínia, Leste - Distrito de Castelo Branco, Oeste - Distrito de Sumarezinho e Região Central - Distrito Central.

Os Distritos de Saúde são regiões com áreas e populações definidas a partir de aspectos geográficos, econômicos e sociais, que agrupam várias Unidades de Saúde e outros equipamentos sociais. A distribuição das Unidades em Distritos visa oferecer aos munícipes um atendimento básico e de pronto atendimento em urgências próximo à sua residência e tornar mais acessível o atendimento de algumas especialidades encontradas nas UBDS.

Cada Distrito de Saúde, conta com uma Unidade Básica e Distrital de Saúde (UBDS), que, além do atendimento básico para sua área de

abrangência, é a referência de algumas especialidades para todo o distrito. Além disso, cada Distrito é composto por várias Unidades Básicas de Saúde (UBS), tendo como finalidade prestar atendimento básico nas áreas médicas, odontológicas e de enfermagem, para a população de sua área de abrangência.

Todas as Unidades de Saúde contam com retaguarda de laboratório clínico, ultrassonografia, radiologia simples e eletrocardiografia. Nas distritais e ambulatoriais de especialidades também são realizados exames mais sofisticados, através dos serviços contratados e ou conveniados.

Dentre as ações voltadas para a saúde da mulher, tais estão distribuídas em: pré-natal, puerpério, menopausa, planejamento familiar e no que se refere a violência, falta serviço de atendimento específico integral. Somente nos casos de violência sexual, ocorre o atendimento normatizado pelo Ministério da Saúde na Unidade de Emergência do HCFMRPUSP, com profissionais treinados no protocolo de manejo de casos de vítimas de violência sexual de 1999, contando com o suporte de uma ONG – GEAVIDAS, que complementa o atendimento psicológico e social.

O Serviço de Segurança Pública é composto de sete delegacias policiais gerais, com circunscrições territoriais específicas, distribuídas pelo município; uma especializada no atendimento à mulher (DDM) e outra especializada em homicídios localizadas na região central da cidade e dois plantões policiais. Existe também, o Instituto Médico Legal e o Instituto de Criminalística, ambos responsáveis pela realização de perícias técnicas, onde será desenvolvido este estudo.

O Núcleo de Odontologia Legal funciona dentro do Instituto Médico Legal de Ribeirão Preto, sendo o único do interior do estado de São Paulo. Está diretamente ligado e subordinado à Superintendência da Polícia Técnico-Científica (SPTC), regulamentada pela Lei Estadual 756, de 1994, teve sua estrutura organizacional disposta no Decreto 42.847, de 9 de fevereiro de 1998, assinado pelo Governador Mário Covas. A SPTC engloba o Instituto de Criminalística e o Instituto Médico Legal e tem por responsabilidade coordenar o trabalho destes dois institutos, editar normas, ações conjuntas e implementar políticas de atendimento à população. Está subordinada à Secretaria de Segurança Pública, trabalhando em estreita cooperação com as Polícias Civil e Militar.

A SPTC é dirigida por um Coordenador (cargo exclusivo de peritos, seja perito criminal ou médico legista) e atua em todo o território do estado de São Paulo.

O conjunto dos elementos materiais relacionados com a infração penal, devidamente estudados por profissionais especializados, permite provar a ocorrência de um crime, determinando de que forma este crime ocorreu e, quando possível e necessário, identificando todas as partes envolvidas, tais como a vítima, o criminoso e outras pessoas que possam de alguma forma ter relação com o crime.

A prova pericial é indispensável nos crimes que deixam vestígio, não podendo ser dispensada sequer quando o criminoso confessa a prática do delito.

O Instituto e o Núcleo de Perícias Odontológicas trabalham quando acionados pelas autoridades judiciárias (delegados) e assim tem por trabalho central produzir provas, que serão anexadas aos inquéritos e submetidas ao poder judiciário.

A função do Perito Odonto-legista é realizar as perícias técnicas em Odontologia Legal. Em alguns estados brasileiros, peritos criminais, que são bacharéis em Odontologia, exercem oportunamente às vezes de Odonto-legistas, ou seja: além de atuarem como peritos em locais de crime, acidentes de trânsito, comparação de projetis de arma de fogo, quando surge uma oportunidade, atuam na identificação por meio de marcas de mordida, identificação cadavérica, dentre tantas outras atividades, inerentes à especialidade.

A atuação do cirurgião-dentista como perito odontologista é definida como uma atividade no Instituto de Medicina Legal, entretanto, ele não atua somente como parte da fauna cadavérica, participando apenas das exumações, exames em corpos putrefeitos, saponificados, carbonizados ou esqueletizados, uma vez que a atividade precípua dentro de um IML está ligada ao exame no vivo (lesões corporais - art. 129 CPB). O odontologista também atua muito mais em vivos. Uma perda de substância dentária por trauma, dependendo da extensão, configura debilidade permanente da função do sistema estomatognático, classificando didaticamente o trauma como lesão grave. Casos aparentemente visualizados como integridade física, revelaram-se debilidade permanente da função do sistema estomatognático. Sua

atuação é fundamental como uma ferramenta da justiça para elucidação de crimes.

6.2 Tipo de estudo

Neste estudo, a metodologia quanti-qualitativa foi empregada por compreendermos ser a melhor maneira para atingirmos os objetivos propostos. A combinação de dois métodos em uma pesquisa, segundo Sandelowski (2000) proporciona uma maior compreensão do evento do estudo, bem como, o potencial de análise dos dados encontrados.

Desenvolvemos um estudo descritivo exploratório transversal, utilizando uma população específica, dentro de um período de tempo definido (HENNEKENS et al., 1987), buscando a frequência e as características do evento, que no caso, é a violência contra a mulher. Escolhemos este modelo de trabalho por se caracterizar no primeiro estudo na área a aprofundar e a revelar características de uma população renegada à cifras negras, pois uma das bases deste tipo de desenho metodológico é que o evento (doença) está presente em todos os indivíduos de uma população definida.

O estudo contemplou momentos específicos de coleta de dados, para responder aos diferentes objetivos propostos e também ao pressuposto. A parte quantitativa foi concebida através de respostas de questionário e documentação fotográfica com todas as mulheres. A parte qualitativa trabalhou com entrevistas semi estruturadas, tipo “depoimento

peçoal” (**Apêndice E**), que quais foram transcritas e devidamente analisadas.

Portanto, este estudo oferece informações a respeito da frequência e das características da violência contra mulheres, atendidas no IML com lesões faciais.

É o primeiro estudo a ser desenvolvido e possibilita fornecer informações para estudos posteriores, como estudos de prevalência entre outros, pois levanta hipóteses e questionamentos da realidade mostrada ao final, através de seus resultados.

6.3 Tamanho da amostra

Para traçar o perfil e para estabelecer a caracterização da lesão maxilomandibular apresentada entre as mulheres vítimas de violência (tipo lesão corporal dolosa, com acometimento no complexo maxilomandibular), foram considerados todos os casos de mulheres atendidas no Instituto Médico Legal, no período de maio de 2005 a outubro de 2006. Totalizaram 284 mulheres com violências de lesão corporal em geral sendo que destas 67 sofreram traumas faciais de alguma natureza.

Para apreender a percepção e as ações tomadas ante as lesões sofridas pelas mulheres, seguiu-se o critério da saturação, o qual segundo Minayo (1999) considera-se o número de sujeitos suficientes quando ocorre uma reincidência das informações, porém sem desprezar informações ímpares cujo potencial explicativo precisa ser considerado. Na

busca qualitativa, preocupa-se menos com a generalização e mais com o aprofundamento e abrangência da compreensão. Na escolha dos sujeitos para entrevista, privilegiamos o bom informante que concorde em prestar seu depoimento.

6.4 Coleta de dados

O estudo foi desenvolvido com todas as mulheres vítimas de violência doméstica, tipo lesão corporal dolosa que compareceram ao Instituto Médico Legal de Ribeirão Preto, durante o período estabelecido, que se encontravam dentro dos critérios definidos (de ter ou não ter possuído algum trauma facial).

No momento da requisição do exame de corpo de delito para averiguação do crime de lesão corporal dolosa, era feito o convite para participação da pesquisa e frente à aceitação, era assinado o Termo de Compromisso Livre e Esclarecido (**Apêndice C**). Só então, é que se iniciaram os procedimentos para coleta de dados.

6.5 Instrumentos de coleta de dados

Foi aplicado um questionário, em parte formado por questões do instrumento de Schraiber & D'Oliveira (1999), ao qual acrescentamos outras relativas ao recorte do presente estudo (**Apêndice A**). A utilização de parte do referido instrumento foi autorizada pela autora supra citada. E continha informações sócio demográfica dos sujeitos, dados sobre o

evento da violência (data, local, tipificação do agressor, uso de álcool e drogas pelo agressor e pela vítima e breve descrição da ocorrência).

A documentação fotográfica foi realizada durante a avaliação clínica odontológica da lesão maxilomandibular apresentada e pela descrição da mesma. O exame pericial e as fotos foram feitos individualmente, em sala apropriada para o procedimento, pelo pesquisador responsável e a perita oficial do IML conjuntamente, seguindo a ficha clínica em **Apêndice B**.

Destacamos que esta ficha clínica (**Apêndice B**) foi criada para coleta de dados pela pesquisadora, durante o estudo piloto dentro do IML, uma vez que não existia uma ficha para exame odontológico com os dados necessários, fato que também dificulta pesquisas retrospectivas, pois os laudos periciais são digitados e impressos segundo a praxe do serviço e anexado á requisição de exame de corpo delito (**Modelo de laudo em Anexo 2**).

A ficha desenvolvida possibilitou a coleta de dados e também permitiu uma nova sistematização do trabalho do NOL-RP. Os laudos continuam sendo impressos nos padrões requisitados pelas autoridades judiciárias, mas os profissionais dispõem de uma ficha para maior detalhamento e histórico interno. Pois não raras são às vezes em que após um ou dois anos intimações judiciais são entregues aos peritos para maiores esclarecimentos de fatos antigos, onde se tem apenas a cópia do laudo pericial (**Anexo 2**).

As fotografias seguiram as determinações das técnicas para fotografia em Odontologia Legal (SILVA, 1997). O registro fotográfico foi

realizado em dois momentos distintos, para o acompanhamento da evolução da lesão naquelas mulheres que retornaram após os trinta dias. A fotografia padrão foi a tomada no primeiro dia do exame de corpo de delito seguindo protocolo desenvolvido para a pesquisa **(Apêndice D)**. A segunda tomada para acompanhamento da evolução foi realizada no retorno de trinta dias quando do exame complementar.

As entrevistas foram individuais **(Apêndice A)**, gravadas, com as mulheres, para as quais foi adotada a técnica de depoimento pessoal, mantida a preocupação de ultrapassar a dimensão individual dos relatos para encontrar neles o coletivo (RIGOTTO, 1998).

Tal técnica permite estimular a pessoa a falar sobre como pensam e fazem as coisas acerca do tema em questão, bem como permite que o pesquisador focalize e aprofunde mais os aspectos, relativos aos objetivos do estudo. Pela entrevista, buscamos identificar os significados e ações das mulheres ante a sua situação de vítima de violência.

As entrevistas foram realizadas nas dependências do IML/RP em dois momentos distintos: no primeiro dia do exame pericial e no dia do retorno para exame complementar.

Como bem refere Kosminsky (1986) através das entrevistas e depoimentos pessoais, concentrados num espaço de tempo, é possível aprofundar o número de informações e de detalhes a respeito deste espaço preciso. Sendo mais curtos, o número de entrevistados pode aumentar e assim conseguir uma quantidade de material que permita comparações a fim de se destacar convergências e divergências.

6.6 Análise dos dados

Os dados quantitativos foram armazenados em um banco de dados eletrônico através de dupla digitação e posteriormente realizamos uma análise estatística descritiva simples e absoluta.

O estrato sócio-econômico foi estabelecido segundo classificação ABA/ABIPME, baseado nas respostas das entrevistadas aos itens destinados para este fim no questionário. Em nota de rodapé consta como se estabelece a classe econômica (**APÊNDICE A**).

Os dados qualitativos, obtidos nas entrevistas, foram transcritos e analisados com base nas orientações metodológicas para análise de conteúdo descrita por MINAYO (1999).

Optamos pela modalidade de análise temática pelo sentido de identificarmos as unidades de significados das falas dos participantes. Este processo se constitui na leitura das falas transcritas e na busca de temas significativos, diante dos objetivos propostos.

Minayo (1999) reportando-se a Bardin, a qual apresenta a técnica da análise de conteúdo como um conjunto de técnicas que visa obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens.

Buscamos os significados manifestos e latentes do material, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição dos conteúdos das

mensagens (indicadores), que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção das variáveis inferidas destas mensagens. Neste estudo optamos por proceder a análise temática, pois acreditamos que esta nos conduziria à identificação de unidades temáticas acerca da violência doméstica contra a mulher e saúde bucal.

Operacionalmente, conforme apresentado por Minayo (1999) a análise compreenderá três etapas operacionais: 1ª) pré - análise - escolha de documentos a serem analisados; retomada das hipóteses e dos objetivos iniciais da pesquisa, reformulando-as, frente ao material coletado; e na elaboração de indicadores, que orientem a interpretação final; 2ª) exploração do material (operação de codificação) e 3ª) tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

Os dados obtidos por fotografias da lesão foram analisados pelo pesquisador responsável e por um perito criminal competente do Núcleo de Odontologia Legal do IML de São Paulo. As fotografias foram agrupadas a depender dos locais onde as lesões corporais dolosas estejam e classificadas segundo o artigo 129 do Código Penal Brasileiro e seus parágrafos, de acordo com a gravidade do dano causado pela lesão. A evolução das lesões foi identificada através de comparação entre a foto padrão e a foto após trinta dias.

6.7 Implicações Éticas

Foram seguidas as normas para pesquisa envolvendo seres humanos, estabelecidas pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Nesse sentido, o projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa de Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. **(Anexo 1)**

As mulheres foram convidadas a participar voluntariamente da pesquisa, quando compareceram ao IML/RP para realização do exame corpo de delito. Este convite foi feito individualmente à elas foram fornecidas informações detalhadas sobre a pesquisa. Também foi esclarecido que todas as informações dadas ficariam em total sigilo, sendo garantida a privacidade e segurança inerente aos serviços do IML/RP. Ficando claro que aceitar ou não a proposta de participar da pesquisa, não implicaria em conseqüências para o atendimento e em procedimentos relacionados aos laudos periciais e no inquérito policial instaurado.

Após a aceitação, um termo de consentimento livre e esclarecido **(Apêndice C)** foi assinado antes do início de cada coleta de dados.

Informamos, ainda, que pesquisa não causaria danos pessoais a nenhuma das entrevistadas, pois não implicaria na realização de procedimentos "invasivos". E, também, que os resultados obtidos possibilitariam a melhora do funcionamento e do atendimento do IML/RP.

Esclarecemos sobre o quanto as lesões maxilofaciais comprometem a vida da mulher vítima de violência doméstica, destacando da

MATERIAL E MÉTODO.

necessidade de criação de políticas e ações que previnam e reabilitem as lesões, no que se refere às ações não só de âmbito local de assistência mas, também, da estruturação dos serviços que cumpram o dever do estado.

Informamos, ainda, que o resultado da pesquisa seria publicado exclusivamente em revista, eventos, congressos e outros, com fins de investigação científica.

6.8 Limitações do estudo

As alterações no fluxograma da polícia civil e científica para o atendimento dos casos de violência doméstica no decorrer da realização deste estudo impossibilitou o retorno das mulheres após 45 e 60 dias do primeiro exame, conforme previsto no projeto inicial.

Pela nova proposta de trabalho e rotina dos IMLs, a tramitação do processo desobriga a mulher de ir ao IML, embora seja variável de acordo com a autoridade policial plantonista na delegacia.

Sendo assim, em nosso estudo obtivemos o retorno de 30 dias na instituição, durante o qual fizemos a documentação fotográfica e a entrevista de retorno.

Na tentativa de solucionar o fato de termos uma baixa demanda de sujeitos para o estudo, ampliamos o período de coleta de dados até outubro de 2006.

Outro aspecto relevante a ser considerado é que, no retorno, os sujeitos da pesquisa mostraram-se pouco receptivos a falar novamente sobre a violência que sofreram, bem como sobre os demais aspectos que envolvem condições sociais e de saúde.

7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo estão apresentados em três seções, sendo que, na primeira, consta a caracterização dos sujeitos da pesquisa, agrupando dados relativos à características sócio-demográficas das mulheres entrevistadas, e dados relativos ao uso de álcool e drogas ilícitas pelas mulheres e pelos agressores no dia da ocorrência da violência e tipificação do agressor; na segunda seção, constam dados relacionados à análise clínica documental obtida durante a perícia no IML-RP, tendo como foco a avaliação clínica e classificação jurídica do trauma/lesão decorrente da violência sofrida pelas mulheres. A terceira seção inclui dados sobre as entrevistas realizadas com as mulheres a respeito de como elas percebem a violência sofrida e as consequências para sua saúde, bem como a busca por suporte ou apoio.

7.1 Características das mulheres que sofreram violência, atendidas no IML-Ribeirão Preto

O período de coleta dos dados ocorreu durante os meses de maio de 2005 a outubro de 2006. Neste período foram atendidas 284 mulheres vítimas de lesão corporal dolosa, sendo que destas 67 (23, 59%) tiveram comprometimento do complexo maxilomandibular, ou seja: praticamente uma em cada quatro mulheres agredidas fisicamente apresentou lesões na cabeça e/ou pescoço.

Fato também apontado por Sobreira et al. (2002), em estudo sobre traumatismos bucomaxilofaciais em hospital em João Pessoa/Paraíba, onde os autores consideram as estruturas craniofaciais, as mais constantemente expostas a acidentes e formas diversas de traumatismos, como dado importante, uma vez que as mesmas guardam estruturas nobres e muito importantes à vida humana.

Ainda segundo dados da Paraíba/Brasil, mas de outro hospital, apontam as agressões físicas, com causa de fraturas faciais em 17,2% dos casos de pacientes atendidos no setor de urgência hospitalar na área de bucomaxilofacial (CAVALCANTI et al., 2004).

Embora poucos estudos na odontologia analisem a temática aqui proposta, precisamos nos remeter a trabalhos afins já publicados sobre o tema. Os dados existentes são de difícil comparabilidade, pois os estudos utilizam diversas populações, instrumentos e variabilidades metodológicas grandes, que devem aqui ser ressaltadas.

Dentre as 67 mulheres que compõe nossa amostra, a média de idade das mulheres atendidas no Núcleo de Odontologia Legal do IML/RP foi de 31,5 anos, com uma idade mínima de 19 anos e máxima de 44 anos. Salvaguardadas as diferenças metodológicas entre os estudos, achados similares foram encontrados por Dobash et al. (2007) em pesquisa feita com mulheres vítimas de violência letal e não letal, onde se identificou a idade média das mesmas como sendo de 30,8 anos. Logan et al (2006) encontraram uma idade média de 31 anos em estudo, com 757 mulheres vítimas de violência sob proteção no estado americano e Fugate et al.(2005), que observou a idade média de 30 anos. Para Garbin et al. (2006) a faixa etária também foi entre 30 e 45 anos como maior ocorrência (18,2%). Já para Deslandes & Gomes (2000) a faixa etária com maior vulnerabilidade de ocorrência de violência, está entre 20 e 29 anos, no município do Rio de Janeiro.

Um estudo na cidade de Belo Horizonte em análise documental de laudos de um instituto médico legal. Rezende et al. (2007) revelou que a faixa etária predominante foi de 20 a 39 anos sendo 63% delas solteiras.

No primeiro estudo transversal integrante do WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against women a faixa etária mais vulnerável encontra-se de 20 a 29 anos (SCHARIBER et al., 2007).

Outros estudos, embora com desenhos metodológicos diferentes, vêm demonstrando que de 20 a 39 anos, a mulher encontra-se num período de maior vulnerabilidade à agressões por desconhecidos e/ou

pelos seus companheiros e/ou ex-companheiros (SHACKELFORD, 2001; ALVES & COURA-FILHO, 2001; ADAMES & CAMPBELL, 2005; DOBASH et al., 2007).

A tabela 01 apresenta a distribuição das mulheres, sujeito deste estudo, quanto às variáveis: escolaridade, moradia, estado civil, ocupação, cor e classificação econômica.

Em relação ao tipo de moradia, 24 mulheres (35,8%) residiam em casa própria. As demais ou residiam em casas cedidas 14 (20,9%), ou alugadas 23 (34,3%), ou ocupadas 5 (7,5%). Somente uma delas morava no emprego (1,5%). No estudo de Schariber et al. (2002) com mulheres vitimizadas, 44,4% moravam em favelas e casas ocupadas, realidade não específica das mulheres do nosso estudo.

Todas as mulheres eram alfabetizadas e já haviam freqüentado a escola. Vinte e oito (41,8%) apresentavam o ensino fundamental, 25 (37,3%) das mulheres haviam cursado o ensino médio. Entre as universitárias e as que já possuíam o diploma de graduação as porcentagens foram 6%(4) e 13,4%(9) respectivamente. Somente uma mulher possuía pós-graduação. Nossos resultados demonstram que, das mulheres que procuram atendimento no IML, quase a metade possui nível de instrução muito aquém do fundamental.

A este respeito, Kronbauer & Meneguel (2005) também encontraram uma maior prevalência de episódios de violência entre as mulheres com menos anos de escolaridade, em pesquisa realizada em unidade básica no Rio Grande do Sul, Brasil.

RESULTADOS E DISCUSSÃO: Características das mulheres que sofreram violência

Tabela 01: Distribuição das mulheres com lesões no complexo maxilo-mandibular e estruturas anexas, atendidas no Núcleo de Odontologia Legal do IML/RP de maio de 2005 a outubro de 2006 segundo moradia, alfabetização, nível de escolaridade, cor, ocupação, estado civil e classificação socioeconômica.

Variáveis	N	%
Moradia		
Casa própria	24	35,8
Casa cedida	14	20,9
Casa alugada	23	34,3
Ocupação	5	7,5
Outros	1	1,5
Alfabetização		
Sim	67	100
Não	0	0
Série escolar		
Primeiro grau	28	41,8
Segundo grau	25	37,3
Universitário incompleto	4	6,0
Universitário completo	9	13,4
Pós-graduação	1	1,5
Cor		
Branca	45	67,2
Negra	9	13,4
Parda	13	19,4
Ocupação		
Do lar	16	23,9
Empregada doméstica	10	14,9
Estudante	2	3,0
Autônoma	25	37,3
Trabalhadora esporádica	7	10,4
Desempregada	6	9,0
Outros	1	1,5
Estado civil		
Solteira	19	28,4
Casada	19	28,4
Divorciada	20	29,9
União consensual	9	13,4
Classificação socioeconômica		
A	5	7,5
B	14	20,9
C	18	26,9
D	13	19,4
E	17	25,4
Total	67	100,0

Quando interrogadas a respeito de sua cor/etnia, a maioria 45(67,2%) se declarou branca, 13 (19,4%) pardas e 9 (13,4%) negras, diferindo de alguns estudos que apontam as negras como as maiores vítimas de violência (GALVÃO & ANDRADE, 2004; RAMÃO et al., 2005; REZENDE et al., 2007). Em estudo com mulheres de uma casa abrigo em Belo Horizonte, Alves & Coura-Filho (2001) observam que 38% das mulheres atendidas pelo serviço eram brancas.

Neste presente estudo, porém, a mulher branca está mais vulnerável. Sobre este tópico, dados semelhantes foram encontrados por Logan et al.(2006) observando que 81% das vítimas eram brancas. Também Schariber et al. (2002) encontrou a maior proporção entre brancas, 47,8% no estado de São Paulo. Já Fugate et al. (2005) apontam as mulheres negras como a população onde a ocorrência de violência é maior, em torno de 69%.

Entre o grupo investigado seis (9%) das mulheres estavam desempregadas e 16 (23,9%) eram do lar e as demais tinham alguma ocupação: 10(14,9%) empregadas domésticas; 25(37,3%) autônomas e 7(10,4%) trabalhadoras esporádicas ou eventuais. Também no estudo de Schraiber et al (2002) somente 13% das vitimizadas estavam desempregadas. Diferentemente dos resultados de Logan et al. (2006) em que cerca de 57% das vítimas eram desempregadas.

Acreditamos que estudos futuros precisam esclarecer a relação entre a dependência econômica e a violência contra a mulher, uma vez que nossos dados revelam que algumas mulheres têm seu trabalho e ainda assim vivem o relacionamento violento demonstrando que não é somente a dependência econômica que leva a mulher a permanecer no ciclo da violência! Os vínculos de afetividade e dependência emocional precisam ser mais investigados, através de outras metodologias e propostas de estudos.

Quanto à classificação sócio-econômica, lembramos que foram usados critérios estabelecidos na ABA/ABIPEME, em que, o princípio

básico baseia-se em descobrir itens de conforto que tenham forte correlação com a renda familiar. Uma vez descobertos estes itens indicadores de renda, procurou-se estabelecer um sistema de pontos (ou pesos) que, atribuídos à posse (e, às vezes, ao número de itens possuídos), permitiriam saber a pontuação total de cada indivíduo ou família. Um sistema de cortes na escala de pontuação possibilitou definir a qual estrato social pertencia cada indivíduo pesquisado (**Apêndice A**).

Os maiores percentuais encontrados foram para as categorias C e E, ou seja, 18(26,9%) e 17(25,4%) respectivamente. Significa que mais da metade das mulheres possui uma renda familiar inferior.

Apesar de sabermos que o critério ABA/ABIPEME se utiliza de itens e bens de consumo e conforto e foi desenvolvida para estudar o mercado consumidor e definir classes sócio-econômicas, segundo variáveis capazes de discriminar grupos sociais, nos processos de consumo, portanto, uma destas variáveis seria a **aptidão para o consumo**, estar apto para o consumo, implica ter poder aquisitivo, mas implica também ter condições culturais e de estilo de vida que predisponham ao consumo segundo o poder aquisitivo, entendido por nós como **renda familiar**".

Em relação ao estado civil das mulheres, 20 (29,9%) delas declaram-se divorciadas ou separadas de fato. Com igual percentual, 19 (28,4%) declaram-se casadas e solteiras. Vivendo em união estável no instante do atendimento um total de 9 mulheres (13,4%).

Com proposta metodológica diferente, o estudo de Scholle et al. (2005) utilizou de uma amostra por conveniência e da abordagem

qualitativa. Das 21 mulheres vítimas de violência, sujeitos de seu estudo, mais da metade das mulheres (52,4%) estavam ou eram divorciadas na data da agressão.

Considerando o percentual de mulheres solteiras acrescido das divorciadas (58,3%), o mesmo é superior ao percentual de mulheres casadas 28,9%, o que sugere mulheres “sem parceiro” estão mais expostas a violência. Corroborando para com os achados de Deslandes & Gomes (2000), no qual os autores relatam que a violência ocorre mais entre as mulheres solteiras.

Tabela 02: Distribuição das mulheres com lesões no complexo maxilo-mandibular e estruturas anexas, atendidas no Núcleo de Odontologia Legal do IML/RP de maio de 2005 a outubro de 2006 segundo informações acerca do fato violento.

Variáveis	N	%
Local de ocorrência da violência		
Residência	41	61,2
Rua	20	29,9
Outro	6	9,0
Uso de álcool na data da violência		
Sim	23	34,3
Não	44	65,7
Uso de drogas na data da violência		
Sim	6	9,0
Não	61	91,0
Total	67	100,0

Na totalidade dos casos, em algum dado momento, a mulher foi atendida na Delegacia comum ou especializada e encaminhada para o Exame de Corpo de Delito.

Os episódios violentos ocorreram em grande parte dentro da residência, ou seja, 41 (61,2%) mulheres declararam a ocorrência da agressão dentro de seus lares, o conflito se inicia em casa e é lá que a mulher espera por sua resolução final!

Grossi (1998) refere que 70% das agressões ocorrem dentro de casa e são praticas por maridos ou companheiros.

Inúmeras pesquisas demonstram que é no espaço doméstico onde a maior parte das agressões contra as mulheres ocorre (BARSTED, 1998; DINIZ, 1999, CELBIS et al., 2006). Isto acontece devido à cumplicidade e indiferença da sociedade para com a violência que ocorre no interior da família, que, muitas vezes, acaba por se constituir em um espaço de arbitrariedades e de violência.

Salientamos que essa naturalização e privatização da violência dificultam uma atitude de resistência e ruptura, por parte da mulher que vivencia esta situação. A superação da violência implica, pois em uma revisão de valores, crenças e atitudes socialmente estabelecidas.

Também, na Tabela 2 estão apresentados os dados relativos ao local de ocorrência da violência e uso de álcool e drogas por ocasião da mesma.

Tal achado corrobora com outros estudos (SCHRAIBER et al, 2007; DOWNS et al, 2007; DOBASH et. al, 2007; LOGAN et al., 2006; SNOW & SWAN, 2006; RAMÃO et al., 2005; MENEGHEL E COLS, 2003; DESLANDES & GOMES, 2000; SAFFIOTI, 1995; GIFFIN, 1994; DALTRO & NORONHA, 1991; HAUG et al., 1990) que evidenciam a violência contra a mulher de ocorrência, em grande parte, dentro da residência.

Em nossos resultados, percebemos que a residência é um ponto de apoio e referência para as mulheres. O lar é buscado após a agressão, após o atendimento. Isso pode ser um indicador que as políticas públicas

e os serviços de atenção as mulheres precisam considerar este ambiente como centro e foco de ações.

Com relação ao uso de álcool, praticamente um terço das mulheres 23 (34,3%) disseram ter ingerido certa quantidade de álcool no dia da agressão, ou seja, a presença do álcool nos casos estudados está na proporção de 1:4. Porém, o uso de drogas de qualquer tipo foi mencionado por somente 6 (9%) sujeitos, no dia do fato.

Para Testa (2004) grande proporção dos incidentes de violência física e sexual envolve o uso de álcool ou drogas pelo agressor, e/ou pela vítima. Nessa perspectiva também Adeodato et al. (2005) aponta que 70% dos agressores ingeriram álcool antes das agressões e 11% usaram drogas. A idade dos agressores variou de 16 a 62 anos, com uma média de 39 anos. Encontramos que entre a idade de 30 anos e 44 anos estão 50,7% dos agressores. Para Dobash (2007) a idade média do agressor foi de 31,9%.

A tabela 3 apresenta a tipologia do agressor. O agressor era conhecido pela vítima em 89,6% dos casos, sendo que entre eles 36 (53,7%) constituíam-se de maridos e namorados, e 18 (26,9%) eram ex-maridos e ex-namorados das vítimas. Já os outros agressores conhecidos como: filhos, pai, mãe, vizinhos, somam 6 (9%).

Tabela 03: Distribuição dos agressores das mulheres com lesões no complexo maxilo-mandibular e estruturas anexas atendidas no Núcleo de Odontologia Legal do IML/RP de maio de 2005 a outubro de 2006 segundo alfabetização, série escolar, cor e ocupação.

Variáveis	N	%
Agressor		
Marido / namorado	36	53,7
Ex-marido / ex-namorado	18	26,9
Filhos	1	1,5
Mãe / mãe adotiva	1	1,5
Pai / pai adotivo	1	1,5
Outros familiares	1	1,5
Vizinhos	2	3,0
Não sabe	7	10,4
Alfabetização		
Sim	56	83,6
Não	3	4,5
Não sabe	8	11,9
Série escolar		
Primeiro grau	25	37,3
Segundo grau	12	17,9
Universitário incompleto	5	7,5
Universitário completo	7	10,4
Pós-graduação	0	0,0
Não sabe	8	26,9
Cor		
Branca	39	58,2
Negra	11	16,4
Parda	16	23,9
Não sabe	1	1,5
Ocupação		
.....Não sabe	7	10,4
Estudante	2	3,0
Autônomo	42	62,7
Trabalhador esporádico	9	13,4
Desempregado	5	7,5
Outros	2	3,0
Total	67	100,0

Estudos têm evidenciado que os agressores, na maioria dos casos, são pessoas com quem as mulheres têm contato íntimo, sendo principalmente, o companheiro ou ex-companheiro (REZENDE et al., 2007; REIS, 2004; SILVA, 2003; SCHRAIBER et al., 2002; WATTS & ZIMMERMAN, 2002).

Achados semelhantes foram apontados por Stewart et al. (2006) em estudo que fez com 255 vítimas de violência, ou seja, 51% delas foram agredidas por seus atuais companheiros e 48% por seus ex-companheiros.

Ainda em outro estudo realizado em uma unidade de atenção primária à saúde, onde se avaliou a frequência dos casos de violência, a natureza, a gravidade e a relação da mulher com o agressor, verificou-se que, 44,4% das usuárias relataram pelo menos um episódio de violência física na vida adulta, sendo que em 34,1% o ato de violência partiu de companheiros ou familiares (HEISE, 1994).

Em nossos achados somente 6% das mulheres foram agredidas por familiares, sendo a maioria, 80,6% o agressor era companheiro ou ex-companheiro das mulheres. Em estudo na zona da mata no estado de Pernambuco, Schraiber et al. (2002) encontraram que 78% das mulheres são agredidas pelo seu companheiro, somente 6% agredida por familiares.

Enquanto nossos dados mostram que 42% dos agressores eram trabalhadores autônomos, em pesquisa recente, Dobash et al. (2007) verificou que 66,9% dos agressores americanos estavam desempregados na data da agressão.

A cor branca prevaleceu entre os agressores 39 (58,2%), seguida pela cor parda 16 (23,9%) e o menor grupo foi representado pelos negros 11 (16,4%).

Miller (2006) em levantamento nacional nos Estados Unidos não encontrou significância estatística entre idade e etnia do agressor, apontando para outros fatores culturais e sociais como geradores de violência.

Quanto à escolaridade, 56 (83,6%) agressores eram alfabetizados. A maioria deles 37 (55,2%) cursou até o nível fundamental de ensino e os demais agressores eram desconhecidos das vítimas. No estudo de Silva (2003) 60,5% dos agressores possuía ensino fundamental.

A tabela 4 apresenta a distribuição dos agressores quanto ao consumo de álcool e droga, por ocasião do episódio da violência praticada contra as mulheres, sujeitos deste estudo.

Tabela 04: Distribuição dos agressores das mulheres com lesões no complexo maxilo-mandibular e estruturas anexas atendidas no Núcleo de Odontologia Legal do IML/RP de maio de 2005 a outubro de 2006 segundo uso de álcool e drogas.

Variáveis	N	%
Uso de álcool na data da violência		
Sim	38	56,7
Não	26	38,8
Não sei	3	4,5
Uso de drogas na data da violência		
Sim	14	20,9
Não	46	68,7
Não sei	7	10,4
Total	67	100,0

O uso de álcool, pelo agressor ocorreu em mais da metade dos casos 38 (56,7%). Já o consumo de drogas, ocorreu para 14 (20,9%) agressores. Comparando com as mulheres, observamos que apresentam percentuais superiores tanto para o consumo de álcool quanto para o de drogas. No dia da agressão, o consumo de drogas pelo agressor foi o dobro em comparação com as vítimas.

Em estudo no Reino Unido, Flood-Page & Taylor (2003) encontraram que 45% dos agressores estavam sob o uso de álcool no momento da agressão e demonstraram que quanto maior o consumo de álcool, maiores serão as chances das lesões se tornarem graves. Neste mesmo estudo, o

uso de drogas pela vítima é apontado como um precursor, ou seja: uma fagulha inicial para as ações violentas recíprocas.

Também Dobash et al. (2007) aponta o uso do álcool pelo agressor como um fator de risco para ocorrência da violência.

Na tabela 5, estão apresentados aspectos referentes à frequência de ocorrência da agressão, bem como os serviços de referência procurados pelas mulheres logo após terem sofrido algum tipo de violência.

Tabela 05: Distribuição das mulheres vítimas de lesão corporal dolosa com lesões no complexo maxilo-mandibular e estruturas anexas atendidas no Núcleo de Odontologia Legal do IML/RP de maio de 2005 a outubro de 2006 segundo características da agressão.

Variáveis	N	%
Primeira agressão		
Sim	26	38,8
Não	41	61,2
Agressão pelo mesmo agressor		
Sim	43	64,2
Não	9	13,4
Missing	15	22,4
Local pós agressão		
Delegacia da mulher	22	32,8
Unidade de Saúde	15	22,4
Casa	21	31,3
Outro	9	13,4
Total	67	100,0

Quanto à recorrência da agressão, 41 cerca de 61,2% mulheres declararam não ser o primeiro episódio de violência. E quando perguntado se a agressão era pelo mesmo agressor, 64,2% referiram que sim. Fato que, segundo o "National Board for Crime Prevention" a repetição da vitimização ocorre em 88% dos crimes relatados pelas mulheres (KINGMA, 1999).

Vale destacar que dentre os sujeitos deste estudo, no período de coleta de dados, pudemos constatar a recorrência de um caso de agressão que resultou em morte.

Embora com desenhos metodológicos diferentes, numa perspectiva de delinear o problema apontado, Dobash et al (2007) avaliou a ocorrência de violência não letal e letal, e constatou que a violência era recorrente em 59% dos episódios de agressão física contra as mulheres investigadas.

Identificamos que, após a agressão 22 (32,8%) mulheres procuraram imediatamente a Delegacia para a resolução de conflitos, mas um percentual muito próximo 21 (31,3%) foi primeiro para casa e depois buscou o atendimento policial. A busca pela a unidade de saúde em primeira instância ocorreu em somente 15 (22,4%) das mulheres. Ressaltamos que independente do local, todas as mulheres foram atendidas na Delegacia sendo posteriormente encaminhadas para o IML/RP, seguindo o fluxo estabelecido pela Secretaria de Segurança de São Paulo.

No estudo feito por Walker (2006) 91% das mulheres de seu estudo procuraram em primeira instância a polícia ou órgãos de justiça. Entretanto nos achados de Taylor (1996) as mulheres sempre buscam alguém do meio familiar ou amigos para depois procurar ajuda jurídica de algum modo.

Em estudo na África do Sul, Makofane & Du Prezz (2000) mostram que as mulheres agredidas primeiro procuram um assistente social, ou um padre, depois a polícia, sugerindo a influência de valores social e cultural nas diversas sociedades.

7. 2 Análise clínica e documental: do exame pericial

Na avaliação clínica do trauma do complexo maxilomandibular, consideramos importante construir indicadores de avaliação clínica traumatológica que possam subsidiar a classificação jurídica da lesão, ou mesmo, a elaboração de planejamento terapêutico. A construção destes indicadores e a avaliação das lesões foram realizadas pelo pesquisador, e pela perita.

Através das informações obtidas pela anamnese, contidas nas fichas clínicas, construídas para este estudo (**Apêndice B**), do protocolo de tomada de fotografia (**Apêndice D**), das observações obtidas pelo exame clínico e da análise das fotografias das lesões, pôde-se chegar à compreensão e construção de alguns indicadores de avaliação clínica para realização desta pesquisa, secundariamente propomos como sugestão de protocolo para avaliação das vítimas de lesões corporais dolosas, com trauma do complexo maxilomandibular, apresentados abaixo:

Exame extra bucal

- 1) Inspeção e palpação da face, pescoço e colo;
- 2) Identificar eventuais deformidades associadas ou não à lesão, cicatriz e sutura cutânea.
- 3) Procurar por lesões de partes moles (cutâneo-mucosas), tais como lacerações do lábio, escoriações, mordeduras, queimaduras, equimoses, hematomas, estigmas ungueais ou arranhões;

- 4) Observar a simetria mandibular: com resultados satisfatório quando não existir assimetria e insatisfatório na presença de assimetria visível.
- 5) Medir a abertura bucal máxima <abertura de boca – interincisal máxima> com resultado satisfatório quando maior ou igual a 40 mm, insatisfatório quando inferior à esta medida.
- 6) Verificar a limitação dos movimentos de lateralidade direita e esquerda, retrusão e protusão da mandíbula (observação da oclusão dentária com resultado satisfatório na oclusão semelhante a anterior ao trauma e insatisfatório na presença de desvio, mordida cruzada ou aberta)
- 7) Palpação e avaliação da articulação temporo-mandibular (alterações anatomofuncionais) – a palpação da articulação ocorre com a boca fechada e aberta com resultado satisfatório quando não existia dor ou estalidos e insatisfatório na presença destes sinais e sintomas.
- 8) Avaliar qualquer alteração fonética (alteração na comunicação básica e pronúncia de palavras e deglutição e disfunção mastigatória ao alimentar).
- 9) Questionar sobre comprometimentos anatomofuncionais cranioencefálicos (audição, olfato ou visão);
- 10) Observar estado de saúde geral.

Exame intra bucal

- 1) Avaliar textura, cor e forma das estruturas moles (gengivas, lábios, sulcos gengivais, palato duro e mole, língua e base da língua);

- 2) Inspeccionar os elementos dentais: identificar a presença ou não do dente, e existência anteriores de próteses;
- 3) Identificar qualquer alteração no periodonto;
- 4) Avaliar as estruturas ósseas e identificar comprometimento das mesmas;
- 5) Identificar e mensurar a dor referida pela mulher.

Pela avaliação clínica traumatológica, verificamos que todas as mulheres, tiveram algum tipo de lesão facial, sendo que a região mais afetada foi a labial estando ou não associada a outras lesões faciais ou corporais.

A partir do exame técnico do perito pudemos quantificar e descrever as lesões, permitindo a seguinte classificação: lesões em tecidos moles, lesões em tecidos duros, lesões em elementos dentários e lesões em periodonto.

Primeiramente definimos a região afetada baseadas na anatomia e a pontuamos na ficha desenhada para este propósito (**Apêndice B**). percebemos que a área secundariamente mais atingida foi a região orbitária, nasal e labial conforme observado no **Gráfico 01**. Ressaltamos que em nenhum momento do exame nenhuma das examinadas apresentavam fraturas ósseas. As lesões classificadas de graves descritas adiante já se apresentaram consolidadas no momento do exame.

Bastos em 2005 aponta também uma grande ocorrência de traumas em tecidos moles, sendo que nos seus resultados a região mais afetada foi a orbitária 40,9%, seguida pela região labial 21,7%.

Na análise de laudos de um IML de Belo Horizonte, Rezende et al. (2007) apontam que as lesões peribucais, ou que chamamos aqui de todas que não envolvam somente a boca, ocorreram em 47,52% dos achados. Balci & Ayranci (2005) encontraram um percentual de 91,9% de lesões em tecidos moles entre mulheres atendidas em instituições de apoio institucional na Turquia.

Gráfico 01: Distribuição das mulheres vítimas de lesão corporal dolosa com lesões no complexo maxilomandibular e estruturas anexas atendidas no Núcleo de Odontologia Legal do IML/RP de maio de 2005 a outubro de 2006 segundo local de ocorrência da lesão.

Em relação aos tecidos observa-se também que o tecido mole é sempre afetado, constituindo-se o “pára-choque”, e o comprometimento

RESULTADOS E DISCUSSÃO: Análise clínica e documental: do exame pericial

dental aparece em 14,9% das ocorrências. Já a lesão da ATM em alguma de suas formas apareceu em 9% das mulheres (**Gráfico 01**).

Para Cavalcanti et al. (2004) traumas faciais podem resultar em injúrias aos tecidos moles e aos principais componentes da face (mandíbula, maxila, zigoma, complexo nasorbitoestimoidal e estruturas supraorbitárias), em nosso estudo também estas estruturas foram afetadas.

Os traumas faciais podem afetar tanto a pele, gordura, músculos, nervos, como fraturar ossos e dentes e por isso estas lesões afetam consideravelmente a saúde da vítima (física, psíquica e social).

Tal a relevância da gravidade e do local anatômico de ocorrência destas lesões, pois o perito precisa calcular e classificar o dano no momento de exame, com base também na discussão e considerações acerca das deformidades residuais após as lesões traumáticas aqui descritas. Uma vez que não afeta somente a função dos órgãos envolvidos. Acontece a verdadeira desfiguração que pode causar distúrbios psicológicos, sociais e problemas econômicos de grande significado para o paciente.

Tratamos aqui, pois de distúrbios funcionais como a capacidade de falar, engolir, respirar ou ver satisfatoriamente, haja vista considerar os locais de ocorrência mais freqüente dos traumas.

As seqüelas visíveis comumente são as funcionais e/ou estéticas. As estéticas geralmente acarretam enormes transtornos de reintegração social da vitimizada. Para a reabilitação destas seqüelas são necessárias,

não raro, submeter-se a procedimentos corretivos, e ressalta-se que ninguém é obrigado a submeter-se a nenhum tratamento e também que muitas vezes as pessoas não tem condições econômicas de tal. Segundo estudo de Deslandes & Gomes (2000) 7% das mulheres vítimas de violência precisaram de atendimento odontológico de urgência.

Vale considerar que qualquer modificação na configuração da harmonia estética e funcional da face é imediatamente percebida, particularmente por ser um instrumento na comunicação interpessoal, originando diferentes tipos de reações, de acordo com o grau de severidade de alteração apresentada.

Reiner (1994) explica que trabalhos e locais públicos são fechados aos portadores de seqüelas faciais. Eles são rejeitados em várias situações. Casamentos ou afinidades sexuais são circunstâncias difíceis e, em certos casos, impossíveis de ocorrer, dependendo, na maioria das vezes, da extensão da lesão facial e da reação da sociedade.

Estas condições e agravos de saúde de vítimas de violência precisam ser cada vez mais estudados correlacionando a adoecimentos crônicos e a ocorrência de violência doméstica.

Considerando a classificação das lesões pela ciência forense, incluímos uma avaliação sistemática das lesões produzidas pelos agentes lesivos identificados nas mulheres durante os exames de corpo delito, de modo a oferecer a odontologia legal, bem como a saúde pública, subsídios, como diagnóstico, classificação jurídica, nexos causal,

enquadramento legal e principalmente, a gravidade do dano apresentado nas mulheres vítimas de Lesão Corporal Dolosa.

As lesões corporais aqui discutidas estão pautadas nos dispositivos legais que resguardam a tutela da integridade pessoal contidos do Código Penal Brasileiro (CPB).

Lembramos que a lesão corporal é um crime material, de comportamento e de resultado, exige, portanto, a existência de um resultado externo à ação. Embora a princípio o crime de lesão corporal já tenha sido largamente discutido em âmbito penal, o entrelaçamento deste crime sob a perspectiva da saúde é inédita.

Em primeiro momento parece simples e, às vezes, até erroneamente considerado esgotado o assunto, mas muito ainda há que se discutir sobre o crime, principalmente quando considera a mulher o sujeito passivo do crime, já que ela sofreu a violência.

O crime é muito complexo, e na área do direito, implica uma variedade enorme de informações, não apenas na seara Penal, mas também na Processual Penal, quando transportamos a análise na perspectiva da saúde e dos direitos humanos, ou melhor, na perspectiva dos direitos das mulheres. Sábia é a decisão de abordar o necessário para a compreensão da lesão corporal no âmbito doméstico, tendo como vítima, em especial, a mulher.

Arbenz (1988) explica que os danos podem ser produzidos por agentes que têm a intenção de ferir (*animus laedendi*) ou de matar

(animus Necandi), mas podem ser produzidos igualmente por outras causas.

Assim, aqui consideramos o crime de lesão corporal dolosa contra mulheres como tendo o dolo com alguns elementos que, na posição de Jesus (1998) são: consciência da conduta e do resultado; consciência da relação de causalidade entre sua ação e o resultado; e por fim, a vontade praticar a conduta e, conseqüentemente, o resultado, significa que o autor (agressor) quis agredir a mulher e tinha consciência de que sua agressão física iria causar dor e ferimentos, podendo ou não ter certeza da gravidade das lesões produzidas.

Ainda, segundo o mesmo autor (1998) a vontade do agressor é fundamental para a execução do fato em si – a agressão à mulher, pois é a partir de sua constatação que irá se verificar a qualificadora e os agravantes do crime de lesão corporal. Por exemplo, se o agressor quisesse simplesmente dar um susto na mulher e lhe atirasse fogo nas roupas, mas após dias de internação com queimaduras graves a mulher morre! Qual seria o crime do agressor? Homicídio qualificado ou lesão corporal seguida de morte? Neste momento, percebe-se o quanto é importante o estudo acerca das diferentes facetas do crime de lesão corporal, porque no caso em que o agressor o agente tem o intuito de praticar uma lesão, mas causa a morte da vítima, temos o crime de lesão corporal seguida de morte, ou pode-se ter também a tentativa de homicídio, quando o agressor tem o ânimo de matar a vítima, mas causa-lhe apenas lesões.

Entretanto, ressalta Mirabete (2000) que se encontra inserido no dolo, o objetivo (à vontade) que o agressor pretende alcançar, os meios utilizados para exteriorizar sua conduta, e as conseqüências secundárias de sua ação. Se essas três etapas estiverem configuradas, o dolo existiu. Portanto, ao discutir as lesões devemos observar sempre qual o desejo do agressor e que meios (instrumentos que o mesmo se utiliza para agredir a vítima).

Uma observação, que se faz necessária, diz respeito à lesão corporal culposa, sob a qual não temos nenhum caso, mas é responsável por uma demanda grande de atendimentos no Instituto Médico Legal de Ribeirão Preto por causas diversas. Nestes crimes, a culpa (vontade) encontra-se inserida nos parágrafos 6º e 7º do artigo 129 do Código Penal Brasileiro. No parágrafo 6º tem-se o que se chama de culpa simples, enquanto que o parágrafo 7º descreve a culpa qualificada. Assim entendida na lesão corporal culposa a conduta (ação) é involuntária, o agressor sabe que pode acontecer algo, mas não deseja que aconteça. Há uma conduta voluntária inicial e um resultado inesperado. É muito comum nos crimes de trânsito.

A totalidade das variações do crime de lesão corporal podem ser constatados através do exame de corpo de delito, conforme artigo 158 e seguintes do Código de Processo Penal.

O artigo 167 do Código Processo Penal admite a utilização do exame de corpo de delito indireto para a demonstração da lesão corporal, caso

não seja possível o exame de corpo de delito. Embora o juiz não esteja adstrito ao laudo ao nominar uma sentença (FRAGOSO, 1987).

As vítimas de agressões que são encaminhadas ao IML passam por um exame realizado por peritos oficiais (médicos e dentista) que avaliam o grau de comprometimento de sua integridade física. Não existe na prática rotineira do IML, os instrumentos e os indicadores capazes de mensurar o agravo a saúde mental, o que geralmente fica a critério do médico e com suporte em exame indireto.

O exame de corpo delito possibilita a averiguação do nexo de causalidade entre o dano ocorrido na vítima e o trauma pela qual fora acometida e também avalia todas as conseqüências do dano com fins de tipificação, o qual permite ao Estado a aplicação da pena adequada ao agressor.

Então, para se constatar juridicamente a lesão corporal, é necessário laudo pericial, ou seja: a materialidade do delito, bem como, a mensuração do grau da lesão. Estas foram comprovadas através dos exames periciais oficiais das mulheres e da confecção dos laudos periciais traumatológico.

Durante o exame de corpo de delito, algumas mulheres associadas ao trauma facial apresentavam lesões de defesa importantes, de serem ressaltadas nesta etapa do estudo, pois constam dos laudos periciais e demonstram a mulher como um sujeito não tão passivo durante a agressão.

RESULTADOS E DISCUSSÃO: Análise clínica e documental: do exame pericial

No exame de corpo delito das mulheres sujeitos deste estudo, verificamos a localização topográfica das lesões, ou seja: quais partes do corpo foram atingidas pelo agressor? (há casos em que há mais de uma parte do corpo lesionada). Verificou-se que a cabeça e especialmente a face são áreas corporais mais atingidas, seguidas por braços e mãos, como sinais de defesa, costas e, por fim, os membros inferiores (Figuras 01, 02, 03 e 04).

Figura 01: Escoriação nas costas provocada por chute.

Figura 02: Escoriação do ombro de aproximadamente 3 cm no braço direito provocado por queda junto a superfície dura (parede chapiscada).

Figura 03: lesões cortantes leves (arranhões) na região posterior do braço esquerdo.

Figura 04: cicatrizes de instrumento punctório há mais de um ano na mão direita.

Analisando as figuras 01, 02, 03 e 04 verificam-se marcas resultantes de um comportamento defensivo com os braços e com as mãos na proteção da face! O que pode ser atribuído à tentativa de evitar ou minimizar o caráter simbólico de humilhação e de “estar marcada” pela violência, que é tão escancarada quando os atos de violência contra a mulher comprometem a face.

Durante a anamnese e exame clínico, todas as 67 (100%) mulheres relataram tentativa de defesa frente à agressão sofrida, e todas apresentavam pequenos hematomas ou escoriações em diferentes processos de cicatrização em braços, ombros e costas.

Para Schraiber et al. (2002) entre as regiões mais afetadas pelas agressões físicas em mulheres estão: a face (28%); a cabeça e pescoço (26,6%); seguidos pelos membros superiores (25,2%) e costas (16,8%); dados muito semelhantes ao encontrado na amostra aqui estudada.

Garbin et al (2006) ao analisar resultados de exames de corpo de delito no interior de São Paulo em um estudo retrospectivo, observaram que as regiões mais atingidas, a que se referem os laudos de mulheres foram a cabeça e pescoço com a maior prevalência (30%), seguida dos membros superiores (24,4%) e inferiores (23,3%).

Estudo recente com vítimas de violência sexual, Cavalcanti et al (2006) verificaram que lesões na face ocorreram em 18,4% das mulheres atendidas no serviço de bucomaxilofacial em hospital público do Recife/Brasil.

Todas as examinadas tiveram sua integridade física (corporal e saúde) afetada em diferentes graus (leve, grave ou gravíssima), sendo que 100% das vítimas tiveram os traumas na face, em considerando que este foi o critério de inclusão deste estudo.

Entre as 67 mulheres que compõem nossa amostra, a distribuição dos instrumentos e agentes utilizados na agressão das mulheres

atendidas no Núcleo de Odontologia Legal do IML/RP esta apresentada no Gráfico 02.

Gráfico 02: Distribuição das mulheres com lesões no complexo maxilo-mandibular e estruturas anexas, atendidas no Núcleo de Odontologia Legal do IML/RP de maio de 2005 a outubro de 2006 segundo agente agressor.

Encontramos que das 67 mulheres, em 61 (91,04%) dos casos, os agressores utilizaram-se do corpo como agente provocador de agressão, através de socos, pontapés e empurrões. Somente em dois casos (2,96%) houve associação entre socos e uso de objetos diversos (pancadas e tijoladas). E entre quatro (5,97%) houve associação entre objetos diversos (capacete, martelo e pedaço de pau) e uso do corpo masculino como arma.

O caso do óbito já apontado neste estudo, a mulher com o histórico de sete passagens por lesões leves, teve a última agressão com resultado morte, por trauma craniano devido a socos e pauladas na cabeça.

Em estudo no IML de São Paulo capital, Frugoli (2000) aponta os socos e/ou pontapés como os principais responsáveis pelas lesões do complexo maxilomandibular, sendo as fraturas e as perdas dentárias os danos mais comuns. Também Santos (2001) em estudo no hospital periférico de São Paulo percebeu que os socos são responsáveis por 43,4% dos casos indicados a cirurgia bucomaxilo embergencial.

Fugate et al. (2005) demonstraram que socos e empurrões totalizam um total de 46% de ocorrência entre as mulheres estudadas.

Importante determinar a causalidade do dano e determinação do agente, como observa Calabrez (1998) "Dá-me as características da lesão que lhe direi que agente a produziu". No caso da lesão corporal, é imprescindível que se configure o nexu causal entre a ação do agente e o resultado na vítima, pois caso contrário, impõe-se a absolvição do denunciado. É comum ocorrer esse tipo de coisa no que concerne ao crime de lesão corporal doméstica contra mulher, porque, muitas vezes, a vítima nega a agressão sofrida, o que impossibilita a configuração do nexu causal, entretanto, pela Lei Maria da Penha, a retirada da denuncia está sendo dificultada, podendo somente ocorrer perante o juiz.

Assim, não só pela fala das mulheres, mas pela avaliação sistemática das lesões, consegue-se quase sempre a elucidação dos fatos – "a materialização das provas". Vale considerar que tal elucidação, em países desenvolvidos é importante para o ressarcimento do dano e a reparação material e moral, constituindo-se em matérias de discussões,

fato que ocorrem raramente no Brasil, onde quase não se vê a solicitação deste tipo de direito.

Ainda, a busca efetiva de muitas mulheres na sociedade, como as aqui estudadas, é a busca pela visibilidade do fato, é pelo reconhecimento de sua existência e dor, buscando a punição do agressor, que as vitimizou na sua integralidade feminina, representada pela face. A violência pede pra ser por nós enfrentada face a face.

As lesões sediadas na face necessitam de avaliação pericial, devido à complexidade anatômica, funcional e estética da região. A este respeito, França (2004) refere que quanto aos dentes, há necessidade de que a perícia distinga com sutileza o valor de cada dente, levando em conta as suas funções mastigatória, estética e fonética.

Uma vez que a face apresenta uma anatomia complexa formada por estruturas altamente vascularizadas e innervada relacionada a funções biológicas vitais, como: visão, olfato, paladar, mastigação, deglutição além de possuir aspectos psicossociais de exteriorização dos sentimentos e emoções (Gil, 2001).

Por isso, é de fundamental importância que as lesões do complexo maxilomandibular sejam avaliadas por cirurgiões-dentistas habilitados para a avaliação odontolegal. Sendo que este trabalho nem sempre está disponível nas equipes dos IMLs pelo Brasil Tal avaliação clínica traumatológica se constituiu no objeto de nosso estudo.

Na avaliação clínica de vítimas, é preciso de muita acurácia e rigor no exame, visto requerer identificação do nexo causal, ou seja: fazer o elo

entre a lesão examinada e a história apresentada na requisição e verbalizada pelas mulheres. Assim, a perícia realizada se reveste de características próprias, que vão além da mera constatação anatômica da lesão e adentra pelos caminhos funcionais das estruturas afetadas.

Segundo Cavalcanti et al. (2004) a face é uma das áreas do corpo humano mais propícia a ferimentos de menor ou maior gravidade, quando da ocorrência de acidentes. E fatores como o aumento da violência nas grandes cidades, acidentes, e instabilidade social influenciam diretamente a etiologia das lesões e fraturas faciais. Neste sentido, o cirurgião-dentista é um dos profissionais da saúde que tem maiores chances de detectar violência doméstica, principalmente a física, por ser a face o local preferencial das lesões. A observância do dever moral de proteger seu paciente é fundamental para o exercício ético dessa profissão (SALIBA et al., 2007).

Na prática, em alguma unidade de um instituto médico legal, nem sempre o cirurgião dentista dispõe de aparatos tecnológicos, como em um consultório convencional, precisando usar ainda mais, o conhecimento técnico que possui e sua versatilidade para a realização da perícia odontolegal requerida.

É necessário, para a realização do exame de corpo de delito, que o dano ao corpo ou à saúde seja significativo, diferenciando um beliscão de um bofetão, pois se a agressão não determina lesão apreciável, não se trata de lesão corporal e sim de outro crime.

O perito precisa atentar para as visibilidades da ofensa à integridade da saúde e avaliar se há enquadramento das conseqüências previstas nos parágrafos 1º e 2º do artigo 129 do CPB, nossos indicadores e os passos aqui descritos subsidiam este fim.

Nesta lógica, Bastos (2005) explica que dos traumatismos faciais podem ocorrer seqüelas funcionais e estéticas permanentes, mais que qualquer outra região do corpo é atingida por alterações visíveis, sendo o dano percebido de imediato. O mesmo autor refere que avaliar a extensão da incapacidade do desfigurado facial é extremamente difícil, porque temos três aspectos que ocorrem simultaneamente que são os danos estético, funcional e psicológico.

Simões e Possamai (2001) mencionam que nos foros civis e criminais, existem várias ações relacionadas a lesões corporais sediadas na região maxilomandibular, especialmente aquelas relativas à fraturas e perdas de elementos dentários parados, por falta de coesão em perícia odontológica.

Assim, consideramos uma lesão estética quando dela decorrem alterações nos traços de nascimento da pessoa, ou acarreta um dano moral se trouxe à vítima humilhações, tristezas, desgostos, constrangimentos, sentindo-se a pessoa diferente do que era antes, menos feliz, independente da cicatrização e período que a lesão ali permaneceu!

E muito embora a odontologia tenha avançado tecnicamente com eficazes técnicas estéticas, tais artifícios nunca serão iguais a parte do corpo perdida ou alterada.

Ainda, segundo essa linha de raciocínio, Ramos em 1998 já ressaltava a necessidade de haver uma uniformidade na quantificação da lesão, para que diferentes penas sejam atribuídas a um mesmo tipo de lesão.

Deste modo adotando a classificação jurídica: leve, grave e gravíssima de Silva (1997), realizamos a classificação das lesões do complexo maxilo-mandibular, dentre as mulheres periciadas.

No Gráfico 3, estão apresentadas a classificação das lesões do complexo maxilo mandibular e estruturas anexas avaliadas, segundo o grau de gravidade da lesão, com base no exame e nos laudos periciais traumatológicos obtidos nos exames de corpo delito das mulheres sujeitos deste estudo.

Gráfico 03: Distribuição das mulheres com lesões no complexo maxilo-mandibular e estruturas anexas. atendidas no Núcleo de Odontologia Legal do IML/RP de maio de 2005 a outubro de 2006 segundo gravidade da lesão (leve, grave, gravíssima).

Observamos que, pela distribuição da lesão, 50 (74,6%) foram consideradas leves; 12 (17,9%) graves e 5 (7,5%) gravíssimas.

Em estudo atual, encontrou em prontuários de um IML de Araçatuba Garbin et al (2006) verificaram que as lesões foram classificadas como leves em 54,5% (18) dos laudos, graves em 18,2% (6) e em 27,3% (9) deles não foi possível a classificação. O agente contundente se apresentou como o maior responsável pelas lesões (60,6%) dos casos. As lesões ocorrem na cabeça e pescoço, sem distinção de tipo e/ou forma e área da face atingida.

Bastos (2005) constatou 93% dos casos atendidos no IML/Taubaté eram casos de lesões leves, por traumas de tecidos moles. Para tal classificação consideramos como descrito no código penal, a lesão corporal de natureza leve – ofender a integridade corporal ou a saúde de outrem. Sendo leve a lesão que compromete as ocupações habituais da vítima por menos de 30 dias.

Este tipo penal constitui a lesão mais ocorrente dentro do tipo fundamental da lesão corporal, estando descrita no caput do art. 129 do Código Penal, além de ser tida como um crime de menor potencial ofensivo. Ocupa a figura simples do tipo penal “lesão corporal”. “Define-se meramente como ofensa à integridade corporal ou à saúde de outrem”. Esse tipo de lesão está disposto no caput do art. 129 do Código Penal, cuja pena é a de detenção - 3 (três) meses a 1 (um) ano.

RESULTADOS E DISCUSSÃO: Análise clínica e documental: do exame pericial

Para considerar a lesão como sendo de natureza leve, utilizamos o critério da exclusão. Assim, considerou-se a lesão corporal leve quando não resultou em uma das formas qualificadas dos parágrafos 1º, parágrafo 2º, parágrafo 3º do mesmo artigo, ou seja, se não for grave, gravíssima ou seguida de morte.

Em relação ao exame de corpo de delito indireto, nas lesões corporais leves, por não existirem mais vestígios do crime. De qualquer forma, tem que ter tido lesão, sob pena de descaracterizar o crime de lesão corporal, tornando-se vias de fato. Ressaltamos que este tipo de exame não foi utilizado em nossa coleta de dados.

No seio familiar, as lesões corporais de natureza leve são muito freqüentes, pois é com ela que se inicia o ciclo da violência doméstica.

Hoje, o homem dá um empurrão na mulher, amanhã, ele desfere golpes de faca e assim sucessivamente, até que a mulher o denuncie ou acabe morrendo, como foi o caso de um dos sujeitos deste estudo, quando já em fase final do trabalho, tivemos notícia de que a morte havia a uma das entrevistadas.

As lesões leves mais comuns identificadas em nosso estudo foram edemas na área dos olhos e zigomática; escoriações de lábios, pescoço, nariz, hematomas, luxação de ATM, ligeira luxação dentária, fraturas de pequena parte da coroa (Figuras 05, 06 e 07).

Figura 05: luxação da ATM esquerda, Hematoma e rubefação da região orbital e zigomática esquerda provocado por soco no olho e chutes na cabeça.

Figura 06: Hematoma e rubefação bilateral orbital, com laceração da mucosa interna labial, corte contuso na comissura bucal direita e hematoma na região bucinadora esquerda provocado por socos e uso de objeto contundente (capacete)

Figura 07: pequeno corte na porção superior nasal e hematoma com aspecto de cicatrização olho esquerdo provocado por 2 socos no rosto.

Na avaliação pericial de algumas vítimas observou-se hematomas e edema generalizado facial, o que parece inicialmente ser grave pelo aspecto de dor e sofrimento observado nas mulheres. Entretanto na classificação penal da lesão ela figura-se como leve. O retorno de 40 dias após a agressão demonstra a "auto reparação" tecidual que ocorre.

Em relação às lesões graves existem quatro formas de se configurar a lesão corporal grave, as quais estão descritas nos incisos do parágrafo 1º do art. 129 do Código Penal: incapacidade para ocupações habituais por mais de trinta dias; perigo de vida; debilidade permanente de membro, sentido ou função; e aceleração de parto. Em todas essas hipóteses, haverá um aumento de pena, que passará a ser de 1 (um) a 5 (cinco) anos de reclusão.

Para se verificar a incapacidade para ocupações habituais por mais de trinta dias, é necessária a realização do laudo pericial (artigo 158 e

seguintes do Código Penal), porém, na falta de exame complementar, poderá utilizar-se da prova testemunhal. “Juridicamente falando, a cessação de uma incapacidade ocorre quando a vítima puder retornar a todas as ocupações habituais e não apenas à algumas delas (statu quo ante)”.

Também é importante ressaltar que a incapacidade de que trata este dispositivo não se refere apenas à incapacidade física, mas também à incapacidade psicológica. Afinal, lesão corporal abrange não só lesão a integridade física, mas também a mental.

Assim, todas as lesões que têm o período de restabelecimento superior a trinta dias são enquadradas como sendo de natureza grave. Deve ser sempre real, não se exigindo que seja absoluta, bastando que o exercício das atividades habituais da vítima coloque em risco a cura da lesão. No âmbito penal em relação aos traumatismos faciais, principalmente nos casos de fraturas, a primeira preocupação é com o tempo de fratura, que sempre é maior que 30 dias. Após a cura das lesões, o perito precisa avaliar a existência e características das seqüelas pós-trauma facial, as figuras 08, 09 e 10 Demonstram lesões de natureza grave, pois incluem a fratura de dentes (11, 21) conforme classificação estabelecida na prática clínica odontológica no preenchimento de um odontograma (**Anexo 8**).

Figura 08: Fratura dos dentes 11 e 21 provocado por soco na boca.

As perdas dentárias sempre decorrem prejuízo às vítimas, não sendo admissível a pretensão de que dentes artificiais ou desvitalizados tenham o mesmo valor funcional e durabilidade dos dentes naturais, ainda que alguns os considerem até mesmo mais estéticos.

Os dentes contribuem para a emissão das palavras; portanto ausências, fraturas e outras formas de lesões dentárias produzem alterações que dificultam a pronuncia correta de consoantes denominadas “dentais”.

Sobre o inciso, referente ao perigo de vida e aceleração de parto, nenhuma das mulheres enquadrava-se nesta tipificação.

Figura 09: fratura vestibular do dente 22 provocado por um chute na região bucal há mais de dois meses, o dente encontra-se com raiz fraturada, mobilidade e presença de fístula.

Figura 10: perda do dente 11, 12; fratura do 13 (somente apresenta uma raiz residual), luxação do 21; fratura coroa do 22. por socos e tijoladas

No que se refere à questão da debilidade permanente de membro, sentido ou função, deve-se, primeiramente, definir membro, sentido e função. Os sentidos são totalizados em cinco: visão, olfato, paladar, audição e tato. Já função significa atividade que um órgão tem o papel de praticar. Por fim, debilidade é a diminuição, enfraquecimento da

capacidade funcional que, no caso, poderá ser de um membro, sentido ou função.

Estabelecemos por debilidade permanente, a redução da capacidade funcional, nunca inutilização, devendo ser duradoura e permanente (irreparável), conforme o Código Penal, que exige que esta debilidade seja permanente, o que não significa que será para sempre, mas sim duradoura, que permaneça por um lapso de tempo considerável.

Mais uma vez, ressaltamos que a face abriga o maior número de órgãos dos sentidos: olhos, ouvidos, nariz e boca, bem como as funções mastigatórias e fonéticas. Também quando sistema estomatológico é afetado, como com a limitação de abertura bucal, dificuldade de execução de movimentos mandibulares é enquadrada neste inciso.

Para nós as lesões dentárias são lesões corporais e assim sendo encontram-se resguardadas no Código Penal Brasileiro e também no Código Civil e assim devem ser enquadradas e precisam ser punidas.

Os dentes são parte integrante da imagem que o indivíduo acredita ter, e da imagem que os outros têm do indivíduo, pois auxiliam a sustentar partes moles da face. Quando parcialmente ausentes, podem causar alterações da expressão e da fisionomia. A ausência de todos os dentes provoca aspecto senil ao rosto.

Existem algumas hipóteses curiosas. No caso de órgãos duplos, a perda de um constitui debilidade permanente (lesão grave), mas a perda de ambos constitui perda ou inutilização (lesão gravíssima) (parágrafo 2º, III, do art. 129 do Código Penal).

Nessa lógica, Ramos (1998) e Frugoli (2000) apontam que as perdas de elementos dentários, principalmente anteriores, são um dano deformante, evidenciado quando da fala ou do sorriso, que como todos sabemos são atitudes usuais no contato do ser humano com o mundo exterior.

Assim entendemos que as perdas dentárias anteriores preenchem os requisitos objetivos da deformidade permanente, uma vez que são de fácil observação, de caráter permanente e naturalmente irreparáveis!

Deste modo, a perda de um só dente significa debilidade permanente da função mastigatória. E, se houver a recuperação de membros por meio ortopédico, não se deve incidir a qualificadora. Entretanto das 12 (17,9%) mulheres enquadradas como lesões corporais de natureza grave nenhuma delas fazia uso de próteses. E as perdas dentais foram somente de um a dois elementos.

Este dado condiz com o encontrado por Garbin et al. (2006) uma vez que para estes autores as lesões graves apontadas nos boletins de ocorrência foi numa incidência de 18,2%.

Bastos (2005) explica que, na prática, alguns peritos não consideram as lesões dentárias lesões corporais, o que é um absurdo, uma vez que existe uma profunda interrelação da saúde bucal e saúde geral das mulheres.

Com estes resultados, consideramos que a perda de um até dois dentes, são lesões corporais graves e encontram-se resguardadas no Código Penal Brasileiro e também no Código Civil, sendo importante no

RESULTADOS E DISCUSSÃO: Análise clínica e documental: do exame pericial

exame pericial a determinação causal entre a lesão dentária e o fato que a gerou, para que se possa classificá-la e indicar a necessidade de tratamento dos prejuízos funcionais, estéticos e até psicológicos advindos do trauma.

Considera-se que na prática, é o laudo pericial oficial que determina se houve debilidade permanente. Contudo, se a debilidade desapareceu, não é debilidade permanente, logo não há razão para o aumento de pena e a lesão é desqualificada pelos juízes para lesão de natureza leve.

Nos casos em que surgem dúvidas quanto ao fato da debilidade ser permanente ou não, devemos solicitar um novo prazo para reavaliar a vítima, e a conclusão final sai em laudo complementar, somente quando já cessou o processo mórbido que a determinou.

Quando se trata do rosto e estruturas adjacentes, algumas lesões cujas conseqüências embora causem pouco prejuízo ao indivíduo comum podem representar graves empecilhos para aqueles que desenvolvem atividades específicas, citamos aqui distúrbios fonatórios e também nos casos de profissionais que dependem da estética harmoniosa para garantir-se no trabalho. Estas serão gravemente afetadas com uma lesão.

Sobre as lesões corporais gravíssimas, lembramos que este tipo de lesão está contido no § 2º, do art. 129 do Código Penal, possuindo cinco hipóteses previstas pelo mesmo Diploma Legal: incapacidade permanente para o trabalho; enfermidade incurável; perda ou inutilização de membro, sentido ou função; deformidade permanente; e aborto. Em todas elas, a pena poderá ser de 2 (dois) a 8 (oito) anos de reclusão.

RESULTADOS E DISCUSSÃO: Análise clínica e documental: do exame pericial

Das examinadas, 05 (7,5%) foram consideradas lesões corporais de natureza gravíssima. As perdas de mais de dois elementos dentais foi considerado gravíssimo, uma vez que sucede a esta perda uma deformidade permanente, perdas de osso alveolar com conseqüências sobre a função mastigatória. No estudo de Garbin et al. (2006) nenhum caso foi considerado gravíssimo (Figuras 11, 12 e 13).

Figura 11: Perda múltipla dentária (21,22,23,24) e perda de substância óssea da maxila superior esquerda por disparo de arma de fogo.

A deformidade permanente (inciso IV) é, de acordo com a doutrina, dano estético de certa monta, visível, irreparável e capaz de causar impressão vexatória. Refere-se a tudo que desfigura uma pessoa de forma duradoura e grave.

Figura 12: Perda múltipla dentária(12, 11, 21, 22, 23, 24 e 25) e substância óssea em região de maxila anterior e posterior esquerda por socos e pontapés.

Figura 13: Perda múltipla de dentes e substancia óssea das maxilas direita e esquerda, por socos e pontapés.

RESULTADOS E DISCUSSÃO: Análise clínica e documental: do exame pericial

Permanência, neste sentido, é a deformidade irreparável, em si mesma, ou incurável pelos meios comuns. Além disso, essa deformidade tem que ser, como já foi mencionado, aparente, perceptível. E a face na cultura brasileira é sempre visível! (Figura 1).

Figura 14: uma de nossas mulheres, e um padrão de beleza mundial (Angelina Jolie, fonte: <http://images.google.com.br/images?hl=pt-BR&q=Angelina+jolie&gbv=2>)

A valorização do dano estético tem sido tratada na literatura jurídica e odontolegal. Enquanto tal dano, em âmbito penal, é limitado à noção de deformidade permanente, em âmbito civil, ao contrário, é verificada no que diz respeito à totalidade de suas implicações e reflexos. Na região facial quaisquer alterações pós traumáticas, são sempre visíveis e os defeitos são percebidos de imediato.

Percebe-se que o dano estético, sem justa indenização, representa um sofrimento adicional para a vítima, um prejuízo patrimonial ao ofensor, e atingir toda a sociedade, enfraquecendo as instituições e o próprio Direito.

Principalmente quando o dano estético envolve mulheres, enquanto sujeitos é necessário ouvi-las para se compreender sua magnitude (descrita na próxima etapa do estudo).

Outro aspecto a ser considerado, diz respeito às seqüelas funcionais. Dentre as examinadas que apresentaram, no momento do exame de corpo delito, lesões leves, luxações de ATM, com a repetição dos episódios de violência, pode vir a se tornar uma enfermidade incurável, o que é de ordem do perito odontólogo avaliar e julgar a tipificação da lesão. Neste sentido, Cardozo (1997) considera que a facilidade com que a face é atingida nas lesões corporais, faz com que lesões no sistema mastigatório possam se tornar rotineiras (CARDOZO, 1997).

A mesma autora cita que graves distúrbios da articulação têmporo-mandibular, perdas dentárias múltiplas que resultam em dificuldades digestivas e do estado de saúde geral do paciente; perdas de osso alveolar com graves conseqüências sobre a função mastigatória, estão todos dentro da tipificação penal – Enfermidade Incurável, resultando em lesão gravíssima.

A importância da classificação pericial da lesão tem sido motivo de preocupação e aumentado nos últimos anos, principalmente no âmbito civil, no que se refere ao ressarcimento do dano, que é a reparação da lesão, muito embora, a população por nós estudada não tenha se referido a este tópico (ação civil), a tipificação da lesão é criminal e a responsabilização idem.

Episódios de violência contra a mulher ferem o direito de preservação dos direitos individuais, considerando que qualquer lesão no complexo maxilomandibular que limite a atividade e o potencial individual

RESULTADOS E DISCUSSÃO: Análise clínica e documental: do exame pericial

das mulheres, representa um dano que perturbará as relações de convívio social e, em última instância, refletirá sobre a sociedade como um todo.

7. 3 A violência física e o comprometimento da saúde bucal- como expressão da violência contra a mulher

Analisando as falas das 67 entrevistadas, depreendemos quatro categorias temáticas centrais: Contexto da violência, Rede de Suporte e Ajuda, Compreensão da violência sofrida e Conseqüências para sua saúde.

7.3.1 O contexto da violência

7.3.1.1 Espaço privado- delimitando as relações de poder

A violência se apresenta configurada segundo as regras do espaço social. Neste sentido, é importante analisar como se define a relação entre a vítima e o agressor, e quem são os atores sociais envolvidos, para entender o contexto onde a violência se expressa.

A absoluta maioria das agressões foi praticada no interior da residência (61,2%), sendo prática recorrente, facilitada pelo fato da agressão transcorrer sem interrupções de outras pessoas e sob o reconhecimento legítimo da privacidade do lar.

Noronha e Daltro (1991) ressaltam em estudo de noticiários que as agressões à mulher ocorrem, sobretudo no seu próprio lar. O espaço doméstico é primariamente imaginado como um espaço de conforto, mas transforma-se, na realidade, num espaço perigoso, a medida que é nele que 60% das vítimas do sexo feminino são agredidas. Segundo estes autores, o lar é o local propício às ocorrências de crimes contra as

mulheres de todas as naturezas, o que coloca também em evidência o caráter violento das relações familiares, onde a dominação e a resistência abrem caminho para o abuso físico, psicológico e sexual.

Ainda sobre o espaço privado como local de expressão da violência contra a mulher, Sarti et al (2006) refere que a perspectiva de gênero deu visibilidade do fenômeno da violência. Entendendo que as identidades sociais de homens e mulheres são construídas em relações sociais, no contexto da violência, os homens adultos sofrem violência física, particularmente no âmbito público, envolvidos em conflitos, como agressores ou vítimas, enquanto as mulheres adultas são mais agredidas física e sexualmente em conflitos domésticos. Considera a autora que a expressão da violência, diferenciada segundo a classificação das pessoas e dos espaços sociais por gênero, configurou lugares cristalizados de agressor e vítima.

Independente de ter aumentado a participação da mulher na força do trabalho, as mulheres se expõem mais à morte violenta e à agressões físicas repetitivas, sem sair de casa.

Marangone (2002) ao estudar a magnitude e a tendência da mortalidade por causas externas no Estado de São Paulo, identificou que este tipo de morte se constitui na segunda mais importante. Entre os homens, esta participação é maior, devido, em grande parte, ao aumento dos homicídios. O autor ainda observa que estas taxas vêm aumentando consideravelmente nos últimos anos, nas regiões de São José dos Campos, Campinas e Ribeirão Preto.

Além de diferenças significativas entre diversos estudos acerca das mortes por causas externas entre homens e mulheres; também os estudos referentes aos traumas faciais denotam diferenças entre os sexos (LASKI et al., 2004; PETRIDOU et al., 2002; MARANGONE, 2002; SILVA, C. 2001; FRUGOLI, 2000).

A cabeça e a face são as regiões mais afetadas em casos de violência. Petridou et al. (2002) mostra que das mulheres vítimas de agressão atendidas no hospital 62% tinham lesões na cabeça e face. No estudo de Cavalcanti et al (2004) os homens totalizaram um total de 89,7%, entre as vítimas com lesão facial, sendo que a proporção quanto ao sexo de 8,7 homens para 1 mulher

Para Cavalcanti et al (2004), os traumas faciais que resultam em injúrias aos tecidos moles e aos principais componentes da face atendidos em um serviço de cirurgia bucomaxilofacial, os homens totalizam um total de 89,7%, sendo que a proporção quanto ao sexo 8,7 homens: 1 mulher. O autor ainda observa que somente uma das mulheres submeteu-se a cirurgia por acidente de trânsito, enquanto que os homens 35,3% dos casos de cirurgia ocorreram por causas advindas de acidentes automobilísticos.

Foi através do movimento feminista, no final dos anos 60, destacando denúncia de casos violentos contra a mulher, deu visibilidade de uma realidade que até então pertencia ao âmbito privado (GOMES, 2003).

Segundo Sarti et al (2005) a politização do privado foi decisiva para quebrar a naturalização hierárquica de gênero, bem como de idade, que marca a família nos moldes patriarcais, instituindo no âmbito do privado a noção de direito de cidadania, própria do mundo público. A violência contra a mulher ultrapassa as barreiras do privado e invade o território público de discussões (DINIZ et al., 1999)

A dominação do homem sobre a mulher no âmbito público se faz de forma velada. Já nos espaços domésticos, a ideologia machista que visa preservar o mito da superioridade masculina se consuma.

A visibilidade, dada à violência contra a mulher vem se materializando embasada nos estudos já realizados, bem como na evolução da legislação penal, sobre do tema. Para Stenius & Veysey (2005) além dos fatores culturais e sociais que fazem as mulheres desvelarem as agressões, um importante fato é que quando a beleza e a estética feminina são afetados, a violência já está estampada num **“outdoor vivo”**.

Noronha & Daltro (1991) apontam o lar como local propício à ocorrências de crimes contra as mulheres de todas as naturezas. O que coloca também em evidência, o caráter violento das relações familiares, onde a dominação e a resistência abrem caminho para o abuso físico, psicológico e sexual.

Estudos realizados em diferentes países revelam que a agressão física contra mulheres adultas na maioria das vezes é exercida pelo parceiro íntimo (Deslandes, 2000).

" Ele me trancou dentro de casa (...) eu também não fiz o almoço (...) disse que então ia me comer. Começou a me bater, deu soco, chute na barriga (...) Eu não queria, aí ele pegou o facão e botou na minha barriga (...)" (E.1)

" Ele segurou com força e foi virando dizendo o que ele queria que eu fizesse e que se não fosse assim ele iria quebrar cada ossinho pra eu saber onde ele tava quebrando (...) " (E.20)

As mulheres estão em maior risco de violência, diante dos familiares e de pessoas próximas, do que com estranhos, sendo que, na maioria das vezes, o agressor tem sido o próprio cônjuge ou parceiro.

A agressão pode manifestar-se de formas variadas: maltrato físico (golpes, bofetadas, pontapés, e outros); psicológico (menosprezo, intimidações e humilhações constantes); e relação sexual forçada.

À mulher é definida de antemão o "lugar de vulnerabilidade", o de ser passível de sofrer o ato violento, como as crianças e os idosos e o homem é visto como agressor (SARTI, 2005).

A violência encontra expressão em um espaço onde o homem tem praticamente domínio total, mesmo, por vezes, não sendo provedor financeiro das famílias. Todas as pessoas que vivem sob o mesmo teto, vinculadas ou não por laços de parentesco ao chefe do local, devem-lhe obediência.

Ademais, algum nível de violência é exercitado com legitimação social, cujas margens de aceitabilidade são mutáveis no tempo. Para Giffin

(1994) apud Deslandes (2000) as relações de gênero exercem de forma direta um controle social sobre a identidade e o corpo da mulher. Tal controle legitima os direitos dos homens sobre suas esposas, dando-lhes prerrogativas de exercerem até mesmo a força física contra elas.

A vulnerabilidade da mulher se baseia na aceitação social da violência baseada no gênero no interior da família e fora dela. Isto também faz com que a mulher demore a romper o silêncio e denunciar os episódios de violência, levando a um desconhecimento da real prevalência (FAÚNDES et al., 2006; MORRISON et al., 2006; CHEN, 2002).

*"Eu num dou motivo porque se eu desse tudo bem, eu
aceitava quietinha, mas eu num fiz nada eu num tenho
culpa, mas quando ele me bate diz que é pra mim aprender
a respeitar ele" (E.14)*

*" Não é a primeira vez e também não vai ser a última, sei
que ele ta lá me esperando, quando eu voltar será um pau
de novo(...) (E.34)*

*O homem já chegou bravo em casa, que nem um leão, me
tirando (...) Eu ouvi tudo e já fiquei esperando ali quietinha
no meu lugar. Ele fez o que sempre faz, foi me pegando e
me arrastando, mas eu num queria, tava enjoada, com
monte de serviço pra fazer...(E.39)*

Assim a violência pode ser entendida como resultado dos conflitos entre as relações de poder entre homens e mulheres, tornando visível a

desigualdade existente entre eles, onde o masculino é quem determina qual é o papel do feminino, porém essa determinação é social e não biológica (WATTS & ZIMMERMAN, 2002). Esta conduta é muitas vezes usada conscientemente e inconscientemente como mecanismo de controle e subordinação, como é o que ocorre nas histórias descritas pelas mulheres deste estudo

Depreendemos que, entre as mulheres estudadas, há certa naturalização da violência contra a mulher como parte de sua condição de submissão ao homem, a quem devem respeito e obediência. Neste sentido, quando se percebem desobedientes à regras socialmente estruturadas sob dominação masculina, se culpabilizam pelo ocorrido e se entendem como merecedoras da violência sofrida.

" Ele diz que eu num cuido da minha filha, que eu só fico atrás da cachaça, mas num é verdade, eu trabalho também só bebo assim de tarde com minhas amigas (...) Eu mereci que eu tava bêbada que nem um gambá. Mas um dia eu crio juízo, antes dele tomar minha filha de mim!"(E. 55)

" O que eu ia dizer, tentei sair ele já me cercou e lavou a honra dele (...) Sei que dei motivo (...) Tinha que dar a cara para bater mesmo" (E. 63)

A culpa sentida pela mulher é explicada por Diniz et al. (1999) devido à condição de gênero, implícita na conduta social e moral das

mulheres. Neste sentido, a mulher se culpa pela violência sofrida, ao invés de se indignar com o ocorrido.

A naturalização da violência se expressa pela cotidianidade em qual é esperada, reconhecendo *a priori* a sua ocorrência, tomando por base as diferentes formas do comportamento transtornado do homem.

" Ah! Eu já sei, pode estar tudo certim que quando ele chega com a nóia na cabeça eu já mando as crianças pra casa da minha mãe e fico esperando o cassete" (E.19)

" Eu tava na cozinha, preparando o jantar, quando ele entrou e mandou as crianças brincar. Eu fiquei esperando ali quietinha no meu lugar. Ele fez o que sempre faz. Foi me pegando e me arrastando (...) E.39)

Autores têm apontado para o caráter *"sistemático e repetitivo"* (SCHRAIBER et al., 2002) além de serem progressivamente mais graves, caracterizando-se por situação de cronicidade e crescente periculosidade, na qual a violência é seguida por aumento de sintomas clínicos em geral e problemas emocionais com sofrimento mental duradouro (McCAULEY, 1995). O que se mostra evidenciado nas vivencias destas mulheres.

RESULTADOS E DISCUSSÃO: A violência física e o comprometimento da saúde bucal
“O Contexto da violência”

" Quando ele chegou pra me visitar tinha um colega conversando comigo na porta de casa e ele já ficou doido, já bateu nele eu fui separar e ele bateu em mim também. Ele é louco de ciúmes e está cada dia pior" (E.14)

Desta forma, o homem não só tem a mulher sob o seu jugo, mas eventualmente possui o domínio de todos que residem na casa. Os limites nas relações humanas, no eixo do gênero, são fixados por homens e não por mulheres. Eis o motivo, pelo qual, a maioria dos agressores é formada por homens.

Arranjos estereotipados estruturam a relação entre homens e mulheres e os dilemas advindos desta relação culminam em violência. Neste sentido, no cenário da violência, as mulheres revelam o poder dos homens sobre elas, que as tornam propriedades deles.

" Homem tem hora que pensa que a gente é coisa, assim coisa deles, que eles pode fazer o que quer, mas num pode não (...) (E.59)

"Essa história de mulher de vagabundo que gosta de apanhar num dá pra mim não (...) Eu nem sou mulher dele e vem dando tapa assim!" (E.35)

" Eu apanhei das outras vezes pode até ser que eu tinha que ficar quieta, mas agora não. Eu num sou mais mulher dele não" (E.65)

*Homem não admite perder, no bairro diz ainda que sou
mulher dele (E.4)*

A mulher é território do qual homem se apropria e exerce dominação. Segundo Segato (2005) tal concepção tem significado na língua do feminicídio³, que é a máxima expressão da violência contra a mulher, onde o corpo feminino é aquele que pode ser sacrificado.

A condição de inferioridade da mulher e o papel feminino na sociedade, é socialmente constituída via geração de idéias, valores e crenças que legitima um padrão de relacionamento assimétrico entre os homens e as mulheres. A ideologia do gênero tem como racionalidade própria a superioridade masculina que, ao ser afirmada, reafirma, simultaneamente, a inferioridade feminina (NORONHA & DALTRO, 1991).

Cumpramos destacar que a ideologia de gênero é em si, uma forma de violência cíclica do homem contra a mulher. Atua como uma força dificilmente perceptível, que leva o pólo dominado a suportar a opressão e até mesmo, a considerá-la natural e necessária para manter a ordem das coisas. A violência física aqui estudada é percebida como necessária para manter a hierarquização entre os sexos, quando o pólo subjugado contesta com maior veemência a ordem desigual.

³ o feminicídio faz referência ao assassinato de mulheres pelo fato de sê-lo. Trata-se de uma expressão que se começou a utilizar recentemente, a partir dos acontecimentos de **Cidade Juárez (México)** onde ao menos 300 mulheres foram assassinadas desde mediados da década dos noventa (dez nos primeiros meses de 2005). Uma centena desapareceu.

Dentro deste contexto de “inferioridade” feminina, há alguns fatores precipitantes da violência doméstica, como álcool, ciúme, drogas, doença mental, e outros. Desta forma, a violência doméstica pode ocorrer em virtude de uma infinidade de fatores.

Para a Organização Mundial de Saúde, não existe um fator único que explique porquê algumas pessoas se comportam de forma violenta em relação a outras, ou porque a violência ocorre mais em algumas comunidades do que em outras. A violência é o resultado da complexa interação de fatores individuais, de relacionamento, sociais, culturais e ambientais (SAFFIOTI, 1987).

O uso do álcool se mostra incorporado ao de uso rotineiro no meio social destas mulheres, bem como associado à suas vivências de violência.

“ Os homens do meu bairro são tudo assim enche a cara e dá na nossa” (E.1)

O uso de álcool e droga se constituem em detonadores da crise e facilitadores do processo violento, seja porque aumentam enormemente o estresse, seja porque diminuem a censura (GALVANI, 2006; TESTA, 2004; SAFFIOTI & ALMEIDA; 1995).

A este respeito, Ramos (2001) apud Bonifaz & Nakano (2004) enfatizam que a violência de gênero e o abuso de substâncias são problemas associados, não podendo se afirmar que são causa e efeito, pois a violência ocorre ainda que não exista consumo de drogas e as

mulheres que tem experimentado violência doméstica tem mais risco de usar substâncias tóxicas.

O ciúme surge para este grupo de mulheres como principal motivo que desencadeia a violência doméstica. Tal realidade também foi evidenciada em outros estudos (Campbell, 2007), realizados pela Fundação Perseu Abramo em 2002.

Assim, para o ciumento, a pessoa amada é apenas um objeto de posse, em que o proprietário (agressor) tem o direito de ter, gozar e abusar da propriedade (vítima). E, enfatizando a questão das diferenças de gênero, o agressor que age sob o efeito do ciúme, comete a violência com o intuito de manter sua superioridade, manter sua condição de propriedade da mulher (ESPARZA, 2007; INGRAM, 2007; POTTER, 2007).

*" foi por vingança, ciúme (...)ele não aceita que eu fique
com outro (E.2)"*

*" Ele diz que sou a vida dele, mas sempre me encheu de
porrada até o dia que eu sai de casa" (E.24)*

*" Eu já levei muito na cara, assim todo dia ele me dava um
soco. Um amor de porrada!" (E.10)*

Em estudo nacional nos EUA desenvolvido por Miller (2006) com 8000 mulheres, o ciúme é apontado como forma de controle de comportamento mais comum. Mais da metade das mulheres (50,3%) relataram controle abusivo pelo atual ou ex-companheiro. Os resultados também apontam que os parceiros de mulheres ciumentas tendem a ter

comportamentos de ciúmes mais de uma vez durante os relacionamentos, bem como tendem a ameaçar e a agredir as suas companheiras, seu objeto de desejo e domínio.

O ciúme é apontado como causa explicatória para o acontecimento dos chamados “crimes passionais”. Diniz et al. (1999) mostra que os crimes passionais na Bahia (Brasil) são cometidos contra mulheres por agressores, numa proporção de 68% dos casos.

Noronha & Daltro (1991) apontam que 9% dos crimes ocorridos em 1989 na Bahia, foram passionais. Os autores explicam, ainda, que os crimes passionais têm uma história em que, primeiro, há conflitos, cenas, queixas, lesões corporais e por vezes, até o ato mais grave se consumir – o femicídio.

No contexto da violência, na esfera do privado, identifica-se na masculinidade, um lugar absoluto, consubstanciado em poder e controle. Observa Gomes (2003) que os maus tratos físicos são uma das expressões deste tipo de controle.

7.3.1.2 Expressão da masculinidade: “Ele sempre banca o bonzão, o machão”

Avanços na compreensão da violência, na perspectiva de gênero, em específico, as relações violentas, estabelecidas entre homens e mulheres, estas passam a ser vistas a partir das diferenças culturais e não das especificidades biológicas atribuídas aos gêneros masculino e feminino (TAVARES, 2000).

As interfaces entre violência de gênero e masculinidade têm suas bases na construção social da identidade de gênero. Segundo Mello-Jorge (1994), a identidade significa não apenas o que sou, mas quem sou, situado no tempo e no espaço social. O sentido de gênero é apropriado pelo sujeito e constitui-se como uma experiência cultural (Mello-Jorge, 1994).

O gênero é uma categoria relacional e sócio-histórica. Portanto, é a constituição da identidade de gênero, como um percurso constituinte e constituído, na trajetória do sujeito interativo, a partir das inúmeras relações que este sujeito traça com os outros significativos que partilham mediata ou imediatamente sua experiência. Neste sentido, o masculino se constrói nas relações estruturadas e hierarquizadas entre homens e mulheres.

Refere Welzer-Lang (2001) que a socialização masculina, no sentido de que para ser um homem, é necessário não ser associado a uma

mulher. O feminino se torna o pólo de rejeição central, o inimigo interior que deve ser combatido sob pena de ser também assimilado a uma mulher e ser (mal) tratado como tal.

Campbell (2007) explica que o machismo e a dominação masculina são componentes impregnados na construção social de homens e mulheres latinos e transmitidos de geração a geração.

No contexto da violência contra a mulher, através das falas das mulheres estudadas, ratifica-se a dominação masculina pela diferença biológica entre os sexos.

" ele era maior e mais forte que eu, num adiantava nada, ele nem sentia meus pontapés (...) Quando homem resolve virar baixo, mulher nenhuma dá conta (...) É da natureza deles ser assim a gente só serve de descarga deles (...)"
(E.7)

" (...) Ele veio e eu fui também e nois se rolo até um sangrar o outro só que eu fui pro posto e ele, eu num machuquei ele, não só foi uns arranhões" (E.14)

"Eu tentei me defender, mas o nego era um bicho, forte que nem um cavalo, num adiantava dá nem soco, nem morder. Ele num parou. Só parou quando ele quis." (E.36)

" Bati nele também mas não fez nem cosquinha" (E.33)

Vixe! Mão de homem dói! E ele deu bem dado, ele tava com muita raiva. (E.35)

RESULTADOS E DISCUSSÃO: A violência física e o comprometimento da saúde bucal
“O Contexto da violência”

O uso da força física masculina tem sido majoritariamente utilizado como controle, deixando marcas no corpo da mulher das diferenças biológicas.

A este respeito, tradicionalmente, a construção do ser homem, contraposta ao “ser mulher”, tem sido hegemonicamente associada a um conjunto de idéias e práticas, que identifica esta característica à virilidade, à força e ao poder advindos da própria constituição biológica sexual (SOUZA, 2005).

Tais diferenças biológicas são utilizadas como justificativa natural da diferença socialmente construída entre os gêneros e, principalmente, da divisão social do trabalho, como observado nas falas abaixo.

“Quando ele chegou ainda tinha serviço pra fazer entende, e isso foi o suficiente pra ele ter um motivo pra me bater, a gente é casado há muito tempo sei que ele gosta de tudo certinho no lugar e eu vacilei!”(E.30)

Ele chegou em casa a porta tava trancada...é assim ,ele gosta que deixar destrancada, mas eu tava lavando roupa e esqueci da hora, então ele ficou bravo, muito bravo! (E.60)

Ele é o dono da casa, ele que manda. No começo eu gostava, me sentia protegida, mas o tempo foi passando e tem dia que eu tenho medo dele (E.44)

Chang et al. (2005) explica que o medo é uma característica apontada em cerca de 66,7% das mulheres vitimizadas, sendo que as razões para o medo de seus parceiros e ex-parceiros são diversificadas (da morte, de perdas, de sustos, entre outros).

A idéia da imprevisibilidade da violência é, também, relacionada à idéia de insegurança. O sentimento de insegurança, que se encontra nas raízes das discussões sobre o aumento da violência, raramente repousa sobre a experiência direta da violência. Ele corresponde à crença, fundada ou não, de que tudo pode acontecer, de que se deve esperar tudo ou, ainda, de não se poder mais ter certeza de nada.

Sobre este aspecto, Noronha & Daltro (1991) explicam que a insegurança e o medo estão presente nas mulheres e em toda a sociedade, que se vitimiza diariamente, mesmo não sendo vítimas diretas da violência, como as mulheres aqui estudadas.

Sobre a função disciplinar, que os homens assumem, no contexto das relações conjugais e com outros membros da família, Minayo (2005) considera que esta se constitui de uma prática cultural onde o “normal masculino” é a posição de “macho social”, que apresenta suas atitudes e relações violentas como “atos corretivos”.

Neste sentido, a mesma autora refere que, de modo geral, quando os agressores são acusados, estes reconhecem apenas “seus excessos” e não sua função disciplinar da qual se investem em nome de um poder e de uma lei que julgam encarnar.

Segundo Souza (2005) o “macho violento” se centra na mesma crença arraigada do masculino como espaço da iniciativa, do poder e da imposição da vontade, fazendo a associação dos planos, da sexualidade e da sociabilidade. A moral do macho violento é a da virilidade que se apodera do corpo, dos desejos, dos projetos, dos negócios e da vida do outro.

O perfil do gênero masculino, em relação à violência tem sido objeto de estudo de autores como Morelba (2000) apud Souza (2005). Em pesquisa realizada na América Latina, ou seja, no Peru, no Chile e na Venezuela, eles concluíram que trabalho, sexo-genitalidade, reprodução, perpetuação e paternidade são elementos centrais da constituição do gênero masculino na América Latina, admitindo-se variações de classe e particularmente históricas e étnicas. Em nosso estudo, observamos que tais traços mostram-se evidenciados como elementos centrais desencadeantes de reações violentas entre os agressores das mulheres estudadas.

*“Eu só pensei na minha filha, protegi a barriga e deixei-o
descer o machado! (...) Ele acha, quer dizer, ele tem
certeza que essa barriga não é dele. Ele me chamou de tudo
quanto é nome feio e tentou fazer eu perder minha filha,
mas Deus é forte e na deixou”. (E.34)*

*Ele sempre foi ciumento, coisas de homem, tanto que
desconfia que o filho num é dele” (E.61)*

Na visão amarrada no patriarcalismo, o masculino é ritualizado com lugar da ação, da decisão, da chefia da rede de relações familiares e da paternidade, como sinônimo de provimento material.

" A gente brigou por causa de dinheiro, nunca tem dinheiro pra nada. Sabe querer uma coisa assim, dá uma coisa diferente pros seus filho é pecado?" (E.32)

"Ah! Foi um absurdo. Me regular dinheiro, ele nunca fez isso! Disse que eu ultrapassei limites do cartão, fale demais no telefone, veja bem ele nunca me regulou e agora vem com essas bobagens, aí reclamei, espernee e fiz birra mas num adiantou ele me bateu assim mesmo, bateu de socos e me bateu com a cinta. Como se eu fosse criança" [E. 67]

Identificamos certa cristalização dos lugares de vítima e agressor no contexto de violência contra a mulher, sendo essencializada a violência como atributo da masculinidade. A este respeito, os autores (SCHRAIBER, GOMES, COUTO, 2005), chamam atenção para o fato de que a identificação feminista do homem como agressor resultou, paradoxalmente, numa naturalização dos lugares de homem e mulher.

Autores como Greig (2001) apud Souza (2005) ressaltam que é preciso ser feitas conexões entre homens, gênero e violência, a fim de articular mais claramente o papel e a responsabilidade dos homens na

violência, baseada no gênero. Sugere ser necessário entender o comportamento dos homens no contexto de suas vidas, focalizando o processo de socialização, que produz conexões entre masculinidade e violência. Isto destaca o papel da família e da cultura na produção de homens violentos e inclui questões sobre a violência estrutural de gênero, como uma construção social que determina uma relação desigual e opressiva entre as pessoas. Inclui ainda conexões entre gênero e outras formas de violência estrutural, em torno da sexualidade, da raça e da classe social e diferencia o papel e a responsabilidade dos homens em relação à esta violência.

Observa Souza que, no caso brasileiro, estas questões assinaladas por Greig (2001), se expressam de forma intensa, tendo em vista as desigualdades socioeconômicas, estruturais da sociedade e estruturantes das identidades de gênero, aliadas à uma cultura latina, historicamente machista.

Dentro do mesmo universo estruturante de gênero que estabelece papéis masculinos e femininos, identificamos nas falas das mulheres, que a violência se mostra variada e provisória em sua percepção a depender das posições assumidas pelos atores sociais. O fato do agressor ser um homem trabalhador, reveste-se de valor social, amenizando sua reação violenta contra a mulher. Em contrapartida, a própria mulher parece admitir o corretivo aplicado pelo agressor quando esta deixa de ser "certinha".

"Ele é trabalhador, mas é ignorante" (E.4)

"Ele sempre foi um homem assim, homem de verdade num admite umas coisas, mas eu sou certinha com ele, nunca fiz nada que ele não gostasse". (E.47)

"Ele tava com um bafo de uísque, em estado normal, ele não teria coragem, é um homem bom, mas eu pisei na bola (...)" (E.63)

" Ele é cadeeiro (...) eu num sei porque pus esse homem pra dentro de casa! Ele não me deixa em paz, num trabalha, só quer abusar de mim" (E.6)

A este respeito, Minayo (2005) considera que, para os agressores, as atitudes e ações de suas mulheres (e por extensão, de suas filhas), estão sempre distantes do comportamento ideal do qual se julgam guardiões e precisam garantir e controlar. Na mentalidade patriarcal, as agressões por ciúmes (medo de perder o objeto sexual e social) pode chegar ao ponto culminante, ou seja, ao homicídio, em "razão da honra".

O poder do homem sobre a mulher permeia a idealização do "ser macho" e culturalmente permite e aceita alguns atos, não os considerando como violência. Para Stewart (2006) 98% das mulheres vitimizadas em seu estudo todas ressaltaram que a agressão aconteceu por motivos diversos entre a relação de homem e mulheres.

A mesma autora observa que a "razão de honra" é uma categoria relacional forte e, ao mesmo tempo provisória, pois sua existência, culturalmente, depende do exercício de vários papéis masculinos: o de

provedor, o de pai e, sobretudo, o de marido que precisa assegurar a fidelidade da parceira, no desafio com outros homens.

7.3.1.3 Calar a boca- como expressão da violência física

Reflexões sobre a violência masculina, perpetrada na mulher, foram problematizadas por Bourdieu (1999) considerando a posição do agressor e da vítima.

Neste sentido, explica o autor que a dominação masculina, entendida do prisma do poder simbólico, que se produz e reproduz e como tal a posição do homem estaria associada ao agressor e da mulher a de servidão, vítima, entretanto se mostra dissociada. A construção do poder simbólico só é possível com a colaboração dos que a ele se submetem. Evidentemente, que esta submissão não é voluntária, e a cumplicidade com este poder não é consciente (BOURDIEU, 2001).

Caminhando nesta direção, quando a cumplicidade com o poder se torna tênue, abre-se a possibilidade de expressar suas idéias e seus desejos. As reações masculinas a estas dissociações deixam marcas na “cara” das mulheres, mais especificamente na boca.

*"Foi o cala boca final dele! Pra terminar a discussão e dizer
que é ele que manda" (E.42)*

"Acho que falei alguma 'nhaca' que ele não gostou e pronto, foi o suficiente pra começar a discutir e já partir para agressão física".(E.33.)

" Num lembro o que falei, uma coisa que ele não gostou e ele bateu na minha cara." (E.35)

"Ele bate, é ignorante e eu sou 'boca dura'"(E.49)

Fazemos a leitura de que ser "boca dura" é a expressão de resistência ao poder. Neste sentido, é que se observa a verdadeira expressão da violência, que segundo Segato (2005) é mais que a instrumental violência, visto que constitui da finalidade, o controle absoluto de uma vontade sobre a outra. A qualidade da "violência expressiva" é ter nas mãos a vontade do outro é o *telos* ou finalidade da violência expressiva. Domínio, soberania e controle são seu universo de significação (SEGATO, 2005).

7.3.2 A Rede de Suporte e Ajuda

A violência contra a mulher, em particular a violência doméstica, embora presente na maioria das sociedades continua sendo um fenômeno invisível, sendo por vezes, aceita socialmente como "normal", ou seja, como uma situação esperada e costumeira (WHO, 2005).

Avanços na implementação de ações de suporte a mulher, tiveram como importante marco, a visibilidade ao fenômeno. A partir dos anos 80, um ativo movimento feminista e as lutas em defesa dos direitos das crianças e dos adolescentes - culminaram em significativas alterações no que se refere ao estatuto legal da mulher na família e na sociedade, ampliando seus direitos civis e sociais. Na Constituição de 1988 e a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente, em 1990 foram forças decisivas no sentido não apenas de dar visibilidade à violência, mas de impulsionar ações preventivas e mostrar suas conexões com a saúde.

Em nosso estudo, buscamos identificar como as mulheres em situação de violência, constroem as próprias redes de apoio e suporte e, particularmente, como se utilizam dos recursos institucionalizados de combate à violência contra a mulher.

7.3.2.1 A exposição da violência sofrida- "*vem todo mundo ajudá...dá palpite*"

Arranjos estereotipados estruturam a intimidade entre os gêneros e os dilemas das relações podem culminar em violência (VICENTE, 1999,

apud GOMES, 2003). Neste sentido é que ao fato violento, atribuem-se significações sociais, que se inserem num cenário de regras de dominação, onde as mulheres são vistas como "coitadinhas", requerendo ser protegidas pelo homem enfurecido, que deve ser contido, em função do seu ímpeto viril e dominador que possui.

" O povo tomou parte, tirou ele de cima e cuidaram de mim, me levaram para casa (...) eu não fiquei sozinha"

(E.18)

"(...) ainda bem que nessas hora todo mundo quer fazer alguma coisa, todo mundo tem pena... você vira coitadinha

(E.36)

" Todo mundo já vem em cima dele, separou ele de mim, ficaram lá acalmando ele, enquanto eu fui para o hospital"

(E.32)

Autores, no mundo inteiro, apontam que, mesmo em diferentes culturas, a naturalização da violência, a legitimação da dominação masculina tanto em âmbito público quanto privado, a mulher apesar das proteções internacionais, ainda se encontra em posição de vulnerabilidade social (MORRISON et al., 2006; SILVA, 2003; DESLANDES, 2000).

A mulher em situação de violência, parece viver uma dupla violência, ou seja: aquela resultante do ato violento em si e a de ser invadida na vida pessoal.

"Todo mundo vem assim dá peteco, palpite, mas ajuda de verdade, assim é diferente" (E.38).

Observamos, através das falas das mulheres deste estudo, que aos olhos dos outros, o fato de terem sofrido violência se reveste de significados estruturados por um padrão de relações sexuais hierárquicas, onde a mulher se apresenta por vezes merecedora desta violência.

" Quando meu pai chegou ele queria saber o que eu tinha feito de errado (...) Quando minha mãe ficou sabendo, tirou eu de lá e fez eu voltar com ele" (E.1)

" Minha mãe queria saber o que eu tinha feito. Num é brincado não! A gente apanha e invés dos outros ajudar a gente, toma mais na cara!" (E.7)

Chamaram a minha mãe. Foi a pior coisa que fizeram, ela veio igual cão. Quando eu acordei ele deu na minha cara também (...) Ela é muito brava, uma negona assim forte que gosta de lavar a honra, isso para ela foi uma vergonha (...) ir buscar uma filha bêbada e toda quebrada" (E.40)

Isto configura um reflexo da manutenção e da desigualdade e das hierarquias existentes, para garantir a obediência e a subalternidade de um sexo sobre o outro (CORRÊA, 2000).

Desta forma, o exercício da autoridade do homem é compreendido como "natural". Sua autoridade, longe de ser um atributo biológico, indica

um comportamento aprendido, legitimado como uma conquista que independe da forma como foi adquirida. Enquanto os homens são socializados para o exercício da autoridade, as mulheres, pelo mesmo mecanismo, são submetidas à autoridade e isto consiste na divisão do poder por gênero.

As mulheres deste estudo buscam ajuda a princípio em seu próprio meio social mais próximo. Importante participação é dada à família e à rede de amigos.

" Quem ajuda a gente nessa hora mesmo é só a família, até mesmo a família do homem que bate na gente num aceita e ajuda a gente" (E. 3)

"Minha amiga me socorreu, se num fosse ela acho que tava ainda lá"(...) (E. 15)

"Depois veio as vizinhas, mas sabe é mais pra saber do caso do que pra me ajudar. Na hora que eu tava levando na cara num pareceu ninguém aqui pra me socorrer" (E.42)

Diversos estudos realizados de 1993 a 1999, em sete países mostram que poucas são as mulheres vítimas de violência que procuram ajuda das autoridades.

A busca pela família é apontada por Taylor (1996) como referência de auxílio em situações de violência.

A maioria busca algum tipo de ajuda junto à família ou aos amigos/amigos ou silencia, por diversas razões, entre elas: medo de represálias, preocupação com os filhos, dependência econômica, falta de apoio da família e dos amigos e esperanças de que a situação de violência venha a ter um fim (PORTELA, 2000).

Segundo Snow (2006) a busca pela família demonstra que os papéis de gênero tradicionais têm grande influência em como a percepção e reação em situações de violência. A busca pelo apoio das famílias anteriormente ao da instituição é apontada como estratégia de autoproteção a fim de evitar outra vitimização. Uma vez que os membros da família cuidam um do outro.

Morrison et al. (2006) aponta que, muitas vezes, os conselhos dados por familiares podem ser interpretados de maneira que venha ferir ou agudizar o sofrimento já instalado pela situação em si, constituindo-se em um agravo.

No conjunto das ações de suporte e ajuda para as mulheres em situação de violência, identificamos desarticulações com o que realmente as mulheres esperam receber, que vão além das consequências imediatas dos atos violentos, mas também a compreensão, a solidariedade, a proteção e melhoria das condições econômicas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO: A violência física e o comprometimento da saúde bucal
“A rede de suporte e ajuda”

" Eu só queria ficar quietinha ali com minha dor e mesmo assim me levaram para o médico" (E. 36)

" Tem hora assim que num sei que é pior fazer (..) assim que nem eu fiz ou se eu tinha que ter ficado lá em casa tomando dos meus remédios mesmo e esperado passar as meninas me trouxeram com tanta disposição, como eu ia fazer(E.24)

" Todo mundo ajuda, a única coisa que falta é que ninguém enfia a mão no bolso para ajudar (...) o que a gente precisa mesmo é dinheiro" (E.3)

" Eu não sabia pra onde ir, fiquei abobada, fui pro orelhão e liguei pra casa, meu pai atendeu e foi logo perguntando o que tinha acontecido, de novo" (E.17)

O que se evidencia é a pluralidade da violência, que não se reduz a marcas no físico, mas produz anulação do sujeito, além de exposição de espaços e momentos de grande intimidade e privacidade.

7.3.2.2 A busca por serviços de saúde- “Como se adiantasse! Lá eles te dão um remédio fajuto e te manda embora”

A busca por ajuda dos equipamentos sociais depende de como percebem o estado da gravidade do caso. Neste sentido é que se elegem quais as providências a serem tomadas quanto ao cuidado à saúde.

“Cheguei no hospital muito fraca, sangrava ... a cabeça rodava. No outro dia nem precisei de ir assim lá, porque tava só dolorido (...) (E.9)

“Uma vez fui atendida nas clínicas, mas só quando ele me enfiou a faca, então só adianta ir quando está morrendo, eu já disse para minha comadre, na hora que eu tiver quase morrendo me leva já pras clínicas” (E.39)

“Me levaram no postinho, mas num era grave. Logo fui embora” (E.18)

“Minha tia é enfermeira e me deu uns remédios, porque eu tava tudo doendo, e tava mancando (E.4)

Observam Oliveira et al (2005) que os serviços de saúde, sobretudo os pronto-socorros, são os mais procurados com mulheres vítimas de violência sexual e doméstica. Estes locais têm de responder a dois dilemas: perceber/reconhecer a violência sofrida pela mulher, dando

credibilidade a uma queixa e, romper com a recorrente prática de medicalizar os eventos observados (OLIVEIRA et al, 2005).

Sobre a medicalização, decorrente da violência, as mulheres tendem a se orientar pela gravidade dos traumas. Observamos que o hospital é o lugar de escolha quando o estado da vítima é grave. Já o posto, tende a ser utilizado no caso dos traumas leves, ou até mesmo é comum a vítima recorrer a recursos caseiros.

Sobre a estrutura dos serviços, embora não se constitua objeto de nosso estudo, identificamos que, apesar de Ribeirão Preto ser um centro regional de assistência à saúde, tendo uma rede de serviços públicos, nos diferentes níveis de atenção, nas questões de violência contra a mulher a especificidade do atendimento a vítimas da violência se dirige, apenas, à violência sexual.

Vale salientar que no nível de ações programáticas, as vítimas de violência sexual mereceram atenção das políticas públicas de saúde há bem pouco tempo.

A norma técnica de Prevenção e Tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes, editada pelo Ministério da Saúde estabelece que é dever do Estado e cabe ao setor da saúde acolher as vítimas e não virar as costas para elas, buscando minimizar a dor e evitar outros agravos. Neste manual desde o planejamento da estrutura física bem como a formação dos recursos humanos deve ser planejada e adequada para atender a todas demandas,

de modo a preservar ao máximo a integridade da mulher e evitar a revitimização institucional (BRASIL, 1999).

No atendimento clínico inclui abertura de prontuário médico, anamnese, exame físico, ultrasonografia, solicitação de exames de rotina, enfim os cuidados médicos e de enfermagem necessários ao caso, além da anticoncepção de emergência e prevenção de DST e AIDS.

Frente a esta realidade, a questão do direito universal à atenção em saúde, base do Sistema Único de Saúde (SUS), que norteia a política pública de saúde no país se mostra fragilizada. Ao apontar para tais dificuldades tanto no âmbito das ações programáticas, como no campo da prática nos remetem a necessidade de equacionar o princípio da universalidade e da equidade, ambos preconizados pelo SUS.

Outro aspecto a ser considerado é que as ações do profissional de saúde se reduzem a responder ao que se mostra concreto, em termos dos sinais e sintomas.

" Eu só fui no outro dia, porque meu nariz tinha sangrado demais. Eles tiraram um raio X, mas disseram que estava tudo bem. Não quebrei nem o nariz, nem nenhum dente, mas ainda dói, dói muito. Não sei como eles dizem que não é nada!" (E.3)

" Fiquei lá uns dias. Eles me costuraram de novo. Fiquei quase duas semanas, porque num tinha só eu. Tinha a neném também. Eles cuidaram dela também(...) Lá eles

*disseram que se eu sentisse alguma coisa, para eu procurar
o postinho." (E.2)*

*" Nossa! Doía demais ainda ta doendo, mas lá no posto eles
disseram que é assim mesmo, tenho que ter paciência e
esperar que já melhora, passa né e ninguém mais vai ver. "*
(E.28)

*" O doutor deu uma olhada, fez o conserto e pronto, me
dispensou" (E.42)*

Tyreel et al (2003) aponta que os casos de violência ficam mais fáceis de serem identificados quando apresentam lesões aparentes, ficando claro aos profissionais da assistência, o que fazer. Quando as queixas são de ordem psicológica e sociais, as barreiras estruturantes entre a rede de assistência à mulher impedem o fluxo de assistência devida.

Observam Schraiber & D'Oliveira (1999) que a intervenção na violência contra a mulher só se justifica quando as conseqüências desta são percebidas como doenças. Caso contrário, a queixa não é considerada parte das ações em saúde. São referidas a outra ordem do social e/ou do psicológico, desqualificando-as para uma intervenção médica. As autoras referem, no entanto, que esta demanda precisa ser tomada como uma questão de saúde, que aguarda uma intervenção adequada, pois a forma de intervenção será determinada, baseando-se no modo como a violência doméstica contra a mulher é compreendida e acolhida.

Para tanto, as ações em saúde para as mulheres em situação de violência parecem de fato demandar uma intervenção que precisa de um novo parâmetro do que é “ser mulher” e este parâmetro, redefinindo o que é saúde, atenção e assistência em saúde fundado em uma perspectiva de gênero mais internalizada, que problematize a questão (PORTO et al., 2003).

A perspectiva de gênero traz a compreensão de deslocar as mulheres da posição de objeto para a posição de sujeito como agente social e histórico, não só em trabalhos acadêmicos, mas também no cotidiano das ações de saúde teve como importante impacto, em que as feministas passam a questionar a visão essencialmente biologicista. É por esta linha de raciocínio que se deve considerar o cuidado a mulher vítima de violência, colocando-a como centro e sujeito de ações e não revitimizando-a.

O atendimento à mulheres, vítimas de violência vai além da oferta de condutas e procedimentos, pois implica em cumplicidade do profissional, e no seu empenho pessoal e ideológico com o rompimento da condição de pressão sobre a mulher (OLIVEIRA, 2007)

As mulheres vítimas de violência necessitam de atenção multidisciplinar e requerem serviços de vários tipos: saúde, justiça, social, infra-estrutura, e outros.

7.3.2.3 A busca pela delegacia- “só perguntam, mas não resolvem”

Alguns aspectos podem abalar a tolerância feminina à violência de gênero, levado a romper com o silêncio e a tornar pública a situação da violência vivenciada. A busca por Delegacias das Mulheres, para as mulheres deste estudo, tem sentido de justiça, de punição ao agressor.

“ Eles vão batendo, achando que tão podendo, que são os gostosão, até que eu disse: Estou indo pra delegacia (.. Decidi de verdade dar queixa e não tiro mesmo” (E.60)

“ Fui primeiro para DDM, então depois no posto, a raiva faz a gente nem sentir dor. É Muita humilhação, achar que o filho num é dele (E.61)

“No hospital já me perguntaram se eu num ia na delegacia pra dar queixa e foi isso que eu fiz”.(E.9)

“ Agora não sou mais besta não! Ele deu e levou . Como eu num posso com ele, já fui e registrei tudim! (E.65)”

Ah! Só que desta vez fui direto pra delegacia da mulher, num teve conversa, nem se o papa viesse ali me pedir pra ele, eu tiro essa queixa, vou até o final ”(E.10)

No contexto da violência, as decisões sobre buscar o serviço de saúde e/ou, a “Delegacia da Mulher”, se processam por um *consciência em situação* , ou seja, o que lhe parece de maior importância no alívio da

dor (física e/ou moral). Neste sentido, nem sempre a denúncia lhe parece a primeira opção, sendo por vezes, induzida por outros.

Para Stenius & Veysey (2005), as mulheres vítimas de violência procuram primeiramente compreender intrinsecamente a violência, depois procuram profissionais, tanto da justiça quanto da saúde e, também, buscam respaldo na família e em amigos de modo a se cuidarem e serem cuidadas por alguém.

Entretanto, de acordo com os dados de Walker (2006), 91% das mulheres que são vítimas de violência procuram a justiça e 86% delas também procuram recursos informais.

O tempo transcorrido entre a agressão física ou ameaça sofrida e a decisão feminina de denunciar é variável, sugerindo reações bem diferentes e denotando a complexidade do processo vivido pelas mulheres (Grossi (1998) apud Brandão, 2006; Ruiz-Pérez et al, 2006).

Sobre as razões que levam as mulheres a denunciar seus parceiros íntimos, Brandão (2006) observa que, de modo geral, as informantes justificam suas denúncias pelo receio de novas agressões ou ameaças, pelo imperativo de ter que fazer alguma coisa, para "ferrar" o parceiro ou "botar pra quebrar", para "procurar direitos", "tomar atitude" ou "mostrar para ele que eu não sou igual àquelas outras".

Outro aspecto que tem se discutido, sobre as razões que levam as mulheres a prestar queixa contra seus parceiros, é pelo efeito produzido no contexto familiar da vítima. Sobre a busca pela intervenção policial, Brandão (2006) considera que as mulheres utilizam este recurso devido à

possibilidade de autoproteção e repreensão pela conduta dos parceiros. Tal aspecto garante à DEAM um lugar fundamental nas representações femininas, que a reconhecem como uma delegacia de defesa dos seus interesses. Sendo assim, a queixa policial já representa em si uma tentativa de ruptura com uma dada configuração do contexto conjugal ou familiar e com determinada auto-imagem da mulher. Através da DEAM, ganham-se forças para retomar a negociação conjugal, agora em posição privilegiada. A queixa policial efetua, assim, um deslocamento simbólico na posição de cada elemento do par conjugal, invertendo momentaneamente a relação assimétrica entre os gêneros.

No contexto da denúncia, as "marcas no corpo da vítima são determinadas numa escala de gravidade, que classifica as agressões que contenham lesões visíveis e as que não chegam a deixar marcas, sendo o "tirar sangue" uma medida de avaliação importante. "Bater na cara" ou na cabeça recebe ênfase especial, por sua repercussão eminentemente "moral". Tais marcas podem oferecer "provas" contra os acusados mediante o encaminhamento das vítimas à "perícia", o que pode ser um aspecto valorizado conforme os objetivos subjacentes ao recurso feminino à polícia.

A desqualificação da polícia, no atendimento à mulher em situação de violência, se mostra evidenciada nas falas das mulheres deste estudo. Diferente do que poderiam esperar, que a queixa fosse o marco de ruptura com sua condição de vítima, esta as colocam frente a uma realidade de desamparo e descrença na justiça social.

RESULTADOS E DISCUSSÃO: A violência física e o comprometimento da saúde bucal
“A rede de suporte e ajuda”

" A polícia não faz nada, ele foi embora, sumiu e eu fiquei aqui" (E.6)

" Primeiro eu fui na delegacia do bairro e eles disseram que eu tinha que ir em outra. Cheguei lá, quase fui embora, é muita mulherada, foi difícil" (E. 38)

" Uma vez eu tentei. Cheguei na delegacia do bairro e eles disseram que eu tinha que ir em outra aí eu nem fui" (E.3)

Vale considerar que, atrelado à estrutura deficitária e de baixa resolutividade do aparato policial, estudos têm apresentado que a desqualificação da violência contra a mulher pela instituição policial ou jurídica tem impulsionado as mulheres à interrupção dos procedimentos legais, por meio de "suspensão" da queixa (Brandão, 1998).

Pesam sobre as mulheres outros valores de âmbito pessoal e familiar que, com a denúncia do parceiro à polícia as colocam em conflito, quanto a decisão tomada.

' Eu estava lá na delegacia fazendo queixa contra o homem que eu amo. Mas mesmo assim ele não tinha o direito de fazer isso. Foi muito grave! Me xingar, me ignorar, tudo bem! Passa agora um tapa na cara. Ah! Não! Doeu!" (E.50)

A este respeito, Brandão (2006) refere que para a mulher, a denúncia à polícia significa rompimento de sua parte com a reciprocidade

familiar, mesmo sendo resposta a rupturas causadas pelos homens nesse contexto. E segundo a autora, o rompimento da reciprocidade conjugal, remete à preeminência do grupo familiar em relação à posição da mulher.

O destaque da relevância da instância familiar como "lócus" privilegiado da construção da pessoa no universo cultural é considerada pelos autores como Salem (1981) e Sarti (1989). Como sendo de grande importância, particularmente, as autoras se referem a famílias de classe trabalhadora urbana, onde há uma forte demarcação dos papéis conjugais, valorados diferencialmente e hierarquicamente, segundo os padrões de moralidade das redes de parentesco e localidade.

Na ruptura da reciprocidade conjugal, a posição da mulher no contexto familiar se mostra múltiplo, ao assumir para si as obrigações, responsabilidades no contexto da família e sociedade. Tal situação é manifestada pela entrevista 9:

" Eu sou sozinha com meus filhos. É só eu. Tenho que estar inteira (...)porque como fica meus filhos" (E.9)

Frente à esta fala, evidenciamos um apelo para que ajuda ou suporte, vão além da atenção à conseqüências imediatas da violência, pois é preciso criar estratégias de resistência de modo que as mulheres construam, em suas realidades mudanças nas relações entre homens e mulheres.

Embora a violência de gênero aconteça com mulheres de todas as classes sociais, pesquisas têm apontado que as mulheres em desvantagem socioeconômica estão mais propensas a permanecer na violência. Assim, as políticas de prevenção devem buscar tornar as mulheres mais independentes, incrementando a auto-estima e aumentando os seus recursos, em suma empoderando-as (HYMAN *et al.*, 2000).

7.3.3 Compreensão da violência sofrida

A partir da perceptiva de gênero, encontram-se as raízes explicativas para situações adversas às mulheres, tais como: maus tratos, cometidos contra elas e a violação de seus direitos fundamentais.

Este modelo explicativo se pauta no estabelecimento de relações assimétricas hierarquizadas entre homens e mulheres, que acabam por cercear a autonomia, a liberdade e, por vezes, a própria vida das mulheres.

As mulheres deste estudo esboçam em suas falas, as relações de desigualdade vivenciadas com seus parceiros, sobre as quais se ancoram os conflitos vivenciados que precipitaram a violência sofrida.

7.3.3.1 A violência sofrida: " num é normal apanhar de homem só porque a gente é mulher!"

Na compreensão da violência perpetrada contra a mulher, a idéia do vitimização se mostra predominante. A condição de ser mulher, construída socialmente, determina aspectos de vulnerabilidade a *violência*. Esta se caracteriza por ser uma violência cometida por um homem contra uma mulher, sendo determinada pelos modelos culturais do que é ser homem, do que é ser mulher nas relações interpessoais e de poder.

No jogo das relações entre os gêneros existem mecanismos sutis de controle destas relações hierárquicas, que quando se mostram falhos, a violência se manifesta como outro tipo de expressão deste controle.

"A gente sempre se pegou, mas resolvia logo na cama".

(E.6)

" ele vem e aí a gente resolve no tapa. Bateu levou é assim.

Pra num perder o respeito! (E.14)

" Homem usa destas coisas pra gente ter medo deles (E.17)

Quando homem não sabe falar com a gente, apela e espanca (E.42)

A experiência social das mulheres diante da violência doméstica está integralmente condicionada por sua posição social referida ao gênero, em que a dominação masculina encontra reunidas todas as condições de seu

pleno exercício, pois a primazia universalmente concedida aos homens se afirma na objetividade das estruturas sociais (BORDIEU, 1999).

Nas vivências conflitivas identificamos que as mulheres também se apresentam por vezes como sujeito da relação, não reduzida ao papel de vítima, como majoritariamente tende a ser vista, em função de seus atributos que as reservam à elas, um lugar de vulnerabilidade, como já foi anteriormente considerado. Segundo Brandão (1998) há de se questionar o papel passivo da mulher, considerando, inclusive, que há certa cumplicidade nos comportamentos violentos nos quais estão envolvidas.

Pela fala das mulheres deste estudo, a violência não se justifica pelo fato de serem mulheres, mas sim em função de comportamento reprovável sobre as mulheres.

" isso não é coisa que se faz. Eu sempre fui uma boa mulher, sou a mãe dos filhos dele, caramba! (E19)

" Quem mandou viver com homem desses. Eu que tenho que agüentar agora! Eu venho tentando, lutando. (...) Sofrimento cansa, mais do que trabalhar e eu nunca fui preguiçosa. Sempre fui certinha, uma boa mulher" (E.27).

A irrupção de atos violentos, no âmbito do doméstico, é explicada como fruto de uma falha no exercício dos papéis sociais, que incluem, entre tantas relações, a de dominação masculina (FRANCO, 2002).

A violência parece tornar-se aceitável quando as mulheres deixam de cumprir os papéis socialmente atribuídos a elas. A este respeito, Almeida (2001) refere que as mulheres educadas para o “doce lar”, lugar da passividade e benevolência e o homem para o mundo “cão”, lugar do trabalho e da competição, onde deveriam ser fortes e viris para, de lá tirar o sustento da família que possuem.

Importante considerar que tal visão pode contribuir para perpetuação da violência e aumentar o capital simbólico, em poder dos homens, conforme observa BOURDIEU (1999).

Outro aspecto a ser considerado é que, em uma sociedade marcadamente desigual, no que se refere aos direitos sociais do cidadão, a violência também se apresenta de modo desigual, tornando algumas mulheres mais vulneráveis entre as mulheres, dependendo de outras condições sociais, como podemos identificar nas falas abaixo:

“Esses homens assim, num respeita mulher ainda mais se for separada, que nem eu. Parece que a gente é tudo vagabunda!” (E.21)

*“ Eu sou separada e mulher separada e preta num tem vez”
(E.29)*

“..gritou, esbravejou e paff na minha cara, como se eu fosse uma vagabunda e não a mulher dele! (E.13)

No cenário de dominação masculina, refere Bourdieu (1999) que os homens também estão aprisionados, sem que percebam. São vítimas da representação dominante.

Ele é homem e não admiti uma mulher bater nele (...) você acha que te ama que vai te proteger e ele te regaça (E.33)

“ Eu virei obsessão dele. Ele só fala de mim. Ele quer acabar comigo, que ai ele para de sofrer. É o que ele diz (...) Ele quer me ver feia” (E.24)

O “privilégio masculino é também uma cilada e encontra sua contrapartida na tensão e na contensão permanentes, levadas por vezes ao absurdo, que impõe a todo o homem o dever de afirmar, em toda e qualquer circunstância, sua virilidade” (BOURDIEU, 1999, p.66).

A virilidade é uma noção eminentemente relacional, construída diante dos outros homens, para os outros homens e contra a feminilidade, por uma espécie de medo do feminino, e construída, principalmente, dentro de si mesmo (BOURDIEU, 1999, p.67)

7.3.3.2 A violência sofrida: “O tempo apaga essas coisas da cara da gente, mas eu estou marcada é por dentro.”

As mulheres vítimas de violência continuam a sofrer transtornos em suas vidas por anos posteriores aos episódios, com alterações em seu estilo de vida e modo de se relacionar, sendo as conseqüências das agressões em suas vidas difícil de serem mensuradas (HEISE, 1994).

“ Assim por dentro estou mau. Mas isso é meu! Eu tenho que resolver, as dores vão passar, mas essa não vai. Eu não vou esquecer nunca!” (E.10)

“(...) penso se realmente isto aconteceu comigo, se isso não é um pesadelo, mas não!è minha vida agora, vou conviver com isso pra sempre” . (E.37)

“(...) agora dentro de mim assim, ficou uma marca, funda, uma cicatriz só minha(E.54)

“Estou com vergonha do povo da rua, já ganhei o nome de ‘batida’!” (E.43)

“ Agora nunca mais vou ser a mesma. Sou uma mulher suja, nojenta igual a ele” (E.36)

As marcas deixadas pela violência entre as mulheres deste estudo se mostram profundas e envolve aspectos subjetivos que são difíceis de serem acessados e trabalhados.

O sentido da violência na vida destas mulheres as coloca frente a um destino de impossibilidades de desenvolvimento pessoal e social.

Caminhar na direção da mudança deste cenário envolve tomar como referência o *status* de sujeito de direito da mulher. Isto significaria, segundo autoras como Schraiber & D’Oliveira (1999) entendê-la não como ser incompleto que necessitaria de uma tutela especializada, ou seja reduzida à condição de vítima.

Importante estratégia nesta direção é empoderar as mulheres de modo que sejam capazes de mudar suas vidas e gerar transformações nas estruturas sociais. Segundo Meneghel (2005) potencializam-se as iniciativas de resistência que as mulheres, no seu cotidiano, descobrem e inventam como fenômeno regenerador da integralidade humana.

As marcas da violência sofrida, despertam nas mulheres, desejos de mudanças, colocando limites para si e para o outro nas relações. Constitui-sede um marco de transformação pessoal e social e como refere a entrevistada 2 , *um sinal da vida*.

*"Minha cabeça dói pra mim não esquecer dele e lembrar de
não voltar com ele nunca mais. É um sinal da vida (...)*

Deus ensina de um jeito ou de outro.” (E.2)

*" Eu fiquei mais esperta. Foi bom para saber o que
ele pode fazer” (E.4)*

"agora estou mais esperta. Não é qualquer vagabundo que vai me socando a mão não! Não acredito mais que homem muda , não! (E.12)

Essas coisas assim ficam na cabeça. É lição de vida, num aprende de um jeito, mas aprende de outro (E.34)

As mulheres aprendem com suas experiências e buscam forças internas para retomar o controle de suas vidas. Neste caminhar das mulheres, como sujeitos diferenciados na relação com os homens, o que parece buscar é romper com tudo que as mantenha na situação de violência.

"Difícil de engolir, não dá mesmo! (...) afetou minha integridade, minha honra e eu não sou mulher de apanhar de homem. Foi a primeira e última." (E.45)

Eu não vou ficar assim chorando o resto da minha vida. Vou tentar esquecer e me vingar! (E.41)

" Preciso cuidar um pouco de mim, por muito tempo eu deixei de ser eu e virei um cachorro sarnento sem valor(...)

" As coisas acontecem e fogem ao controle, quando percebi já estava envolvida, num tinha como fazer mais nada, só suportar meu fardo (E.20)

" Larguei dele queria alguém que cuidasse de mim, não que eu ficasse com medo (E.28)

RESULTADOS E DISCUSSÃO: A violência física e o comprometimento da saúde bucal
“Compreensão da violência sofrida”

Os desafetos com o parceiro íntimo despertam desejos de vingança ou de destruição do outro. A irrupção do desejo de resposta a violência sofrida, embora negativa, teria uma faceta de positividade, na medida em que representa busca de autonomia por parte das mulheres. A este respeito, Almeida (2001) considera que a violência em si não constitui um meio positivo para fins de transformação social para a liberdade.

"A violência não é ética, não leva à liberdade de todas as mulheres, nem institui um movimento feminista para alcançar o poder através de sua prática. As mulheres agentes desses ilícitos não são revolucionárias da questão feminina. Algumas tentam ser justiceira (...) , mas continuam presas à contradições do ser feminina, a mesmo tempo domesticada, fragilizada e liberta, valente. (Almeida, 2001, p.186).

7.3.4 Conseqüências da violência para a saúde da mulher

A violência é um processo orientado para fins únicos, que se inicia a partir de diferentes causas, com formas variadas, produzindo determinados danos, alterações e conseqüências imediatas ou tardias (GOMES, 1994). Apesar da violência ser uma causa relevante da morbimortalidade feminina, ela é, entretanto pouco reconhecida como uma questão de saúde pública (PITANGUY, 2003).

Sobre as conseqüências da violência na saúde da mulher, observam Adeodato et al (2005) que, em termos globais, as conseqüências do estupro e da violência doméstica para a saúde das mulheres são maiores que as conseqüências de todos os tipos de câncer e pouco menores que os efeitos das doenças cardiovasculares. As conseqüências não-mortais da violência por parceiros incluem lesões permanentes e problemas crônicos (GIFFIN ,1994).

Aspectos objetivos e subjetivos podem ser depreendidos nas falas das mulheres deste estudo quando se referem ao sofrimento manifestado em conseqüência da violência sofrida.

7.3.4.1 Consequência da violência- “Eu era ‘inteira’ (...) estou juntando meus pedacinhos”

Identificamos, em nosso estudo, que as consequências da violência sobre a vida e sobre a saúde das mulheres, não se reduzem a morbididades passíveis de serem percebidas no corpo físico e, como tal, possam ser enquadradas na nosologia como patologia e, portanto, merecedora de uma proposta terapêutica, nem tão pouco, se reduz à classificação jurídica que tipifica o dano, por ferir a integridade pessoal, limitando a atividade e o potencial individual.

“ Eu já num como mais nada, com a dentadura quebrada e sem os dentes (...) é só mingau. Eu não vou na casa dos outros para num fazer falta de educação(...)Eu só queria meus dentes de volta, ser uma pessoa assim normal, poder trabalhar, rir para minha filha (...) Eu estou sozinha, gorda, desdentada, feia, triste e sem dinheiro” (E.1)

(...)Vou trabalhar normal (...) Eu não posso ficar doente. Tenho que lutar, meu filho depende de mim, com a cara amassada ou não tenho que enfrentar a vida (...) Só paro o dia que os pés ficarem juntos e num poder separar mais(...) (E.3)

“Antes era tudo certinho. Eu tinha todos os dentes (...) Eu sempre fui bonita. Assim pobre, mas onde eu estava eu chamava atenção, mesmo sendo mãe de 7 filhos (...) Hoje quando algum homem olha pra mim é de susto...parece que

eu envelheci uns vinte ano (...) Eu me sinto velha. Velho que num tem dente (...)Quando eu falo, falo assoprando, tudo atrapalhado. A língua sai da boca, assovio(E.2)

"Deformada assim na cara, porque estou parecendo aquelas pessoas que tem problema de cabeça. Vão achar até que eu sou doida (E.56)

Minha saúde pode voltar, mas eu num sou mais a mesma, nunca mais vou ser. Agora sou uma aleijada!

(E.20)

Quando se pensa na dimensão do sofrimento destas mulheres, o “deixarem de ser inteiras” envolve “deixarem de ser *normais*”, implicando em impossibilidades de exercer suas vidas cotidianas da forma esperada naquele contexto social. Neste particular, destacam-se aspectos valorativos, tais como os ligados à feminilidade, ser bonitas aos olhos dos homens e da funcionalidade no sentido de manter-se produtivas.

Seus efeitos não se fazem sentir apenas na saúde física e mental da mulher, mas também nas relações interpessoais, nas instituições sociais e na sociedade como um todo, à medida em que os efeitos físicos e psicológicos do abuso influenciam na capacidade criativa e produtiva das mulheres (PITANGUY, 2003). No mundo, um em cada cinco dias de absenteísmo no trabalho feminino, decorre por motivo de violência doméstica conforme observam Adeodato et al (2005).

Ao deixarem de ser “normais” convivem, ainda, com a visão estigmatizada de si, por serem “anormais” (serem doidas, aleijadas). As desordens de ordem psicológicas, em traumatizados, são abordadas por Wong et al. (2007), onde os autores ressaltam vários transtornos mentais relacionados ao trauma facial e o desajuste social por sentirem-se anormais.

Este fato ocorre em virtude do significado especial da face, além do fato dela ser considerada pelas pessoas como atrativo físico relacionado à maior competência social. Pessoas sem atrativos físicos, com deformidades faciais, são estereotipadas negativamente, recebem menos tempo e atenção dos outros, são menos contratadas e estimam que seu trabalho tem um valor menor (COSTA E SILVA, 2000).

Segundo Giffin (1994), a fragilização dessas vítimas pode incluir efeitos permanentes na auto-estima e auto-imagem, deixando-as com menos possibilidade de se proteger, menos seguras do seu valor e dos seus limites pessoais e mais propensas a aceitarem a vitimização como sendo parte de sua condição de mulher.

Deixar de ser “inteira”, implica em uma dimensão complexa de carências que, na maioria das vezes, não são percebidas até mesmo por aquelas que sofrem. Apesar de carecer, sentir e perceber um sofrimento este nem sempre parece ter relação com seu estado de saúde.

*Me machucou! Tem dia que sinto muita dor de cabeça e
ainda não abro a boca direito (...) Fiquei toda torta (...) olha*

meu rosto, minha boca está toda torta(...) Mas minha saúde não afetou(E.3)

Eu era bonita, hoje estou assim torta, estou toda dolorida(...) Eu posso trabalhar, converso faço tudo que eu quero. Saúde graças a Deus eu tenho! (E.10)

" Eu sinto que não tenho a mesma saúde de antes. Hoje tem coisas que eu não dou conta de fazer (...) Eu sinto incomodada muito é com o zumbido no ouvido, tem hora que aumenta, tem hora que diminui, mas acho que vai passar (E.62)

Minha saúde está acabando, cada dia eu estou mais doente (...) Eu já não sou mais como era, eu tinha mais força, mais ânimo. Fazia tanta coisa, agora eu num sei se é o corpo ou a tristeza que me amarra. (...) Eu fiquei aleijada e tenho certeza que é pelo resto da vida. Eu passo a mão no meu rosto e sinto como estou torta, deformada mesmo. (E.54)

Há uma visão reduzida do que é saúde para estas mulheres, ou seja, a ausência de doença. O estar doente relaciona-se as dificuldades do fazer no cotidiano das ações. Atrelado a isto, depreendemos que estas mulheres buscam se referenciar em padrões mínimos para fazer frente ao atendimento de suas necessidades sociais e de saúde.

"Eu não abro a boca direito. Está difícil pra comer, mas estou bem. Estou meio inteira. Eu só num abro muito a boca, mas de um lado é bom, ai eu não como muito,

*emagreço um pouco e como eu não tenho namorado não
estou precisando beijar na boca ainda”(E.4)*

*" Eu acho é que assim as porradas são tantas ao longo
da vida que a gente vai ficando com uns calos (...) está feio
assim, mas depois passa, melhora e ninguém percebe (...)
Eu só sinto muita dor de cabeça e num sei se é de medo ou
por causa das pancadas mesmo (...) Minha saúde é muito
boa (...) Está ótimo, eu já sarei. Ficou um negocinho assim
dentro da boca, mas isso num é problema. Só eu vejo! Eu
não consigo abrir muito a boca, mas vou devagarzinho e
faço tudinho, sabe! "(E.33)*

*"Minha boca está mudada, mas a gente acostuma. Sarando
por fora depois acostuma" (E.64)*

Sobre a necessidade da saúde ser percebida pelos sujeitos, é importante considerar que esta guarda conformação com problemas "sociais" e "culturais" e que nem sempre se revelam no substrato anatômico da lesão e da disfunção (não conseguir abrir a boca, mastigar). As agressões sofridas, tanto as de um único episódio como as de característica crônica, de ocorrências repetidas, produzem lesões de vários graus e de natureza físicas e emocionais (CAMPBELL, 2007; DOBASH ET AL., 2007; ALSAKER et al., 2006). As lesões físicas, na região facial, podem levar ao desfiguramento permanente, deficiências físicas e perdas da audição e da visão.

D´Oliveira (2000) considera que nas práticas de saúde, uma necessidade de saúde se legitima em razão da medicalização, ainda que, nem sempre, se mostra genuína para o portador da necessidade. Isto nos faz compreender porque para estas mulheres, a disfunção na mastigação, resultante do trauma, apresenta-se menos valorizada no dado contexto social em que se encontram, do que o aspecto estético, o que lhe parece estigmatizante.

7.3.4.2 Conseqüência da violência- perpetuação do estigma de sujeito sem direitos

Depreendemos que o *status* de “sujeito de direito” se mostra abalado. As mulheres deste estudo deixam evidenciar as vulnerabilidades de estarem marcadas pela violência, da sua condição de pobreza, do estar contando apenas consigo mesma. Particularmente, sobre o sofrimento resultante do trauma na face, as alterações sentidas parecem não merecerem espaço para uma terapêutica, devido à sua condição de inferioridade e de exclusão.

"Pobre não sabe o que é tratar de dente, não! Acho que só vou ter os dentes assim bonitinho quando eu usar uma dentadura (E.24)

"Saúde de pobre já viu! Num pode cair, tem que continuar na luta! (E.46)

“Eu tenho medo de dentista, é difícil de marcar consulta.

Particular é difícil, fica ‘os olhos da cara’. Mas, graças a

Deus parou de doer! (E.1)

“Eu nasci ‘mirradinha’! É fraquinha e sinto que cada dia eu

morro um pouquinho. Antes eu agüentava mais, agora

qualquer empurrão eu caio. Dessa vez ficou mais marca,

mas teve uma vez que eu vim aqui...minha boca tinha

caído, saiu fora esse osso aqui, foi para longe e até hoje

minha boca é torta” (E.26)

O exercício da Odontologia no Brasil é predominantemente privado, estima-se que este sub-setor seja responsável por aproximadamente o atendimento de somente 4% da população que pode pagar por um tratamento dentário.

As ações de saúde bucal no Brasil, do ponto de vista organizacional, têm o clássico formado de um “não sistema”, no sentido de que múltiplos prestadores de serviços atuam de maneira independente, não articulada e alienada muitas vezes das realidades de seus sujeitos de atuação.

Muitos profissionais são incapazes de reconhecer ou querer reconhecer que um de seus pacientes é ou está passando por episódios de violência.

Para compreender porque persiste ainda o estigma de ser “sujeito sem direitos”, é necessário indagar a posição destas mulheres nas diferentes instâncias da vida social.

A condição social econômica denuncia a perpetuação do estigma resultante da situação desfavorável no contexto da sociedade em que vivem, que de modo tão eficaz, associou pobreza à vulnerabilidade de ser indivíduo destituído de dignidade, de poder e das condições de cidadania que lhe garantam acesso aos bens e serviços da sociedade, em pé de igualdade com os outros indivíduos. Ao se colocarem em situação de inferioridade e exclusão, impedem que se rompa o isolamento social e político para fazer frente ao atendimento de suas necessidades sociais e de saúde.

Ao identificar as condições de saúde destas mulheres, há de se considerar a fragilidade social sob quais estas se encontram, evitando simplificações, mas reconhecendo perfis de terem uma trajetória marcada por violências doméstica, de uso ou convivência com usuário de álcool e outras drogas, da condição de submissão aos domínios masculinos, dos prejuízos nos processos de escolaridade e profissionalização, além de condições não adequadas de exercício de cidadania.

No entendimento das profundas e complexas mediações entre saúde e condição de vida, incorporam-se análises das assimetrias, no que se refere ao “capital humano” dos sujeitos, conforme considerado por Bourdieu (1999), e perfil de inserção relacional, que podem ser traduzidos em iniquidade em saúde. A habilidade (capital humano) de ser agente, em guiar o curso de vida e ter oportunidades de participação, está na dependência das diferentes posições de sujeito no dado contexto social.

Segundo Rawls (1997), a estrutura social comporta várias posições e os indivíduos nestas diferentes posições ou lugares sociais têm diferentes expectativas de vida e bem-estar. Algumas posições geram, assim, desigualdades profundas que minam as chances dos indivíduos.

Nesta perspectiva, a interpretação de cada indivíduo para as formas possíveis de alívio de um sofrimento está relacionada à específica inserção social em determinado contexto. A estrutura social determina, até certo ponto, quais sofrimentos poderão ou deverão ser remetidos à saúde para obter uma terapêutica (D´OLIVEIRA, 2000).

No que tange à busca de uma terapêutica, Adeodato et al (2005) citam autores como Rinfret-Raynor & Cantin (1994) e Thorne-Finch (1992) que se referem aos sentimentos depressivos, de baixa auto-estima e de apatia, gerados pela violência, como fatores que dificultam a busca de resoluções para esse sofrimento.

Outro aspecto a ser considerado diz respeito à própria estrutura dos serviços de saúde, em que as práticas assistenciais dirigidas àqueles sofrimentos têm sentido distintos para o profissional e as usuárias. Nem sempre o sofrimento é percebido como doença pelo sujeito, que sofre pode ser percebido pelos profissionais de saúde como passível de ser doença, permitindo encontrar uma solução ou resposta terapêutica.

*“É o que vocês da saúde dizem:
estou com estresse pós- traumático (...). Meu médico disse
que é tudo emocional, que é coisa da minha cabeça, que eu
devo aprender a controlar meus nervos” (E.11)*

*“ que é estranho é que ninguém viu nada no postinho!
Me mandaram embora, mas eu estou sentido dor e parece
que tem areia dentro do meu ouvido. Pra eu falar, comer
...tem areia, é esquisito (...) Eu não vou rir mais (...) ficou
torto esquisito” (E.18)*

Nos serviços de saúde, buscam-se o sentido medicalizador dos problemas de saúde, coerentes com o problema da violência, ou seja: entre os sofrimentos apresentados pelas mulheres, os que são aqueles considerados passíveis de ser “doença” ou “perda da saúde”. O sofrimento decorrente da violência doméstica, percebido pelo sujeito, tem na queixa mental ou física uma das (poucas) formas legitimadas de se expressar publicamente.

E, ao solicitar cuidado ou possibilidade de solução, busca legitimar seu sofrimento como doença. Na medicalização da queixa, regula-se as que podem ser expressas ou enunciadas como patologias e aquelas que serão descartadas (D´OLIVEIRA, 2000).

A mesma autora se refere ao sofrimento subjetivo individual, que tem um substrato científico menos solidamente ancorado nas ciências

biológicas e físicas. Os sofrimentos subjetivos podem ser mais facilmente acolhidos como doença mental, mas acaba por serem estigmatizados no seu papel de doente de menor privilégio social, podendo ainda sofrer algumas sanções.

A esse respeito, Alves & Coura-Filho (2001) apontam que o volume e a intensidade do sofrimento psíquico das mulheres vitimizadas são indicadores de que estas precisam ser ouvidas e socialmente atendidas.

Os efeitos à saúde, resultantes da violência, têm possibilidade de receber atenção pelos serviços de saúde, quando enquadrados como patologias, e, mesmo assim, revela-se muito distante da intervenção almejada pelas mulheres.

Considerando a especificidade da lesão, resultante da violência, que demanda um papel especial do odontólogo, a realidade dos serviços coloca as mulheres frente a possibilidades terapêuticas não tangenciáveis. (Custo, Cultura, Estrutura dos serviços).

Campbell & Adames (2005) ao trabalhar com mulheres vítimas de violência, identificou que todas as entrevistadas necessitavam de algum modo, de atendimento odontológico, fazendo com que a autora ressaltasse que a reabilitação oral e a assistência odontológica são necessárias e imediatas, no atendimento as necessidades das mulheres, recomendando futuros estudos para avaliar especificamente essas necessidades.

Dada a amplitude das abordagens possíveis, envolvendo o trauma facial e a violência doméstica, cabe aos cirurgiões-dentistas o papel de valorizá-lo como temática de relevância social e na prática clínica.

É preciso refletir que o momento do espaço clínico em que se determina um diagnóstico até o estabelecimento de uma terapêutica, poderá se constituir de um momento de possibilidades à mulher, que ao se sentir acolhida na sua doença, poderá também se recuperar na sua condição de vida.

Como diz D'Oliveira (2000), o papel de doente pode significar empoderamento para sujeitos em situação de poder extremamente desfavorável, por ensinar cuidado e legitimar as dificuldades percebidas pela pessoa em manter suas atividades e responsabilidades habituais.

Assim entender as vítimas com traumas faciais é uma proposta instigante e desafiadora, uma vez que o trauma por si só é uma questão de saúde complexa com arranjos múltiplos a serem considerados.

Mas que é premente a necessidade de ajustar e criar possibilidades de reintegração como sujeito portadores de direitos, e um retorno a vida normal, mas para isso um dos passos necessários é a participação conjunta de uma verdadeira equipe multidisciplinar.

O caminhar, nesta direção, possibilita às mulheres a possibilidade de se enxergarem como sujeitos de direito, principiando pela efetivação do direito a saúde, como direito humano fundamental e indispensável para o exercício dos outros direitos humanos.

Na amplitude do que se concebe por saúde: “um completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doença e enfermidade” (OMS apud FERRAZ, 1997). Cabe aos profissionais de saúde, incluir ações que realizam uma perspectiva de promoção do indivíduo em todas as dimensões possíveis, através de ações sócio-educativas.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sensível à realidade escancarada, dentro da prática rotineira de um IML do interior de SP, comecei a interessar-me pela profundidade do assunto. A temática envolvente e instigante, convidava meu espírito investigativo, assim totalmente envolvido e mergulhado nestas questões, a iniciar o estudo de tal modo, a saber, muito iria ser desvelado ao longo da trajetória desta pesquisa.

Como se trata do primeiro estudo dentro da Odontologia brasileira, sobre este assunto, tornou-se extremamente necessário compreender as mulheres vítimas de violência, com comprometimentos no complexo maxilomandibular, de modo a identificar o perfil das vítimas e dos agressores, a compreender a visão das mulheres sobre a violência sofrida, as conseqüências a sua saúde e formas de enfrentamento, bem como analisar os casos de lesão do maxilomandibular, com base na classificação jurídica que visa o enquadramento legal e, principalmente, estabelecer a gravidade do dano, o que nos inquietou para uma necessária avaliação sistematizada das lesões produzidas pelos agentes lesivos, tendo por embasamento, as práticas da traumatologia clínica odontológica.

Nossas inquietações pautavam-se, inicialmente, no estudo clínico dos casos de lesões corporais dolosas, entre mulheres que compareceram ao Instituto Médico legal de Ribeirão Preto para exame de corpo delito. "As marcas deixadas pela violência causam dor às mulheres, mas são a

CONSIDERAÇÕES FINAIS

única expressão da materialidade de um crime que acontece no interior das casas e não têm testemunhas. Vale considerar que somente com as provas, o crime é configurado e passível de punição.

A visibilidade da violência contra a mulher segundo dados obtidos neste estudo, aponta-nos para características de mulheres e agressores, coerentes com o apresentado na literatura. Reforça traços de vulnerabilidade de algumas mulheres que sofreram agressão e da condição majoritária dos agressores, pelo fato de serem seus companheiros ou ex-companheiros e do fato da violência perpetrada por estes. Os fatores que motivam o desencadeamento da violência física foram: as relações de gênero, ciúmes, problemas financeiros, uso de álcool e drogas. A agressão foi praticada utilizando dos recursos do próprio corpo masculino, ou seja: socos e pontapés. A mesma mão que antes acariciava ganha peso e se torna ameaçadora à integridade da mulher.

A violência física tem sua expressão em lesões da face, porque esta se encontra mais exposta à traumas diversos, como os evidenciados na literatura. Em nosso estudo, privilegiamos os comprometimentos no complexo maxilomandibular. Neste sentido, consideramos três pontos principais na análise das lesões, no exame clínico: a complexidade anatômica, funcional e estética, que poderá ser utilizada na prática da avaliação odontolegal.

As conseqüências à saúde bucal incluem as de natureza estética e funcional, as quais foram percebidas de forma diferenciadas na visão das

mulheres e das legistas, visto que cada ator ancora-se em contextos diferentes, de acordo com as circunstâncias. O do legista, este sabidamente conhecido na atividade prática e rotineira de um serviço de Odontologia e, seguindo os princípios jurídicos pautados no conhecimento já desenvolvido pela semiologia odontológica para estabelecer a gravidade da lesão, o que foi classificada em leve, grave e gravíssima.

Pelo Relatório Mundial sobre violência e saúde, são muitos os números subestimados de casos de violência, as que geralmente ganham maior repercussão são os casos que resultam em morte ou lesões graves. As lesões leves são desconsideradas em grandes estatísticas. Entretanto, elas respondem por 74,6% dos casos que oprimem e geram tantos danos físicos, psicológicos e sociais nas mulheres que se encontram em uma das formas de abusos.

A ocorrência das lesões graves e gravíssimas devem ser pontuadas pelos profundos reflexos a saúde das mulheres, e são estas que causam os maiores danos estético e funcional. Salientamos, também, que dentre as mulheres com lesões graves e gravíssimas, todas tinham histórias anteriores de conflitos e agressões que, apesar de serem consideradas leves, na época, por fatores diversos evoluíram para a perda de dentes, de substância e perda da identidade corporal da mulher.

Percebemos que não lidávamos com dados numéricos, escritos e imutáveis. Os sujeitos eram dinâmicos e cada um representava uma história e a trajetória de vida e violência sofridas. Entendemos que era importante garantir, primeiramente, um espaço de escuta, onde várias

vezes ultrapassávamos o tempo e não nos restringíamos aos tópicos pré-determinados no roteiro das entrevistas (**Apêndice E**).

Procuramos, então, compreender como as mulheres se sentiam e se viam, diante da situação em que se encontravam. Particularmente, buscamos identificar se as mutilações e seqüelas faciais e os comprometimentos a sua saúde bucal, tão visível aos olhos clínicos de nós, profissionais odontólogos, eram percebidos por elas, no contexto das vidas que levavam.

No contexto de vida destas mulheres, a violência é resultante dos conflitos das relações de poder entre homens e mulheres, encontrados no espaço privado as formas de se manifestar. Perpassa, ainda, certa vulnerabilidade da mulher à violência, à medida que, no interior ou fora do espaço privado, se aceite sua ocorrência como parte da condição de submissão da mulher ao homem, por vezes fazendo com que as mulheres sintam-se culpadas por sofrerem a violência.

As marcas da violência, deixadas em seus corpos, são representadas como a verdadeira expressão da masculinidade. O uso da força física masculina, ratifica a função disciplinar que os homens assumem no contexto das relações conjugais, fazendo com que a mulher **“cale a boca”**.

Tal como apresentado em outros estudos, as mulheres, frente à violência doméstica, de cunho intrafamiliar, tende a se calarem guardando para si o sofrimento. A busca por ajuda ocorre, a princípio, em seu próprio meio social mais próximo, junto à família e a rede de amigos, o que para

elas, por vezes, nem sempre é de significativa ajuda, mas de mais uma violência, por se sentir invadida em sua privacidade. A busca por serviços de saúde depende de como percebem a gravidade de seu estado de saúde, visto que, para elas estes não resolvem seus problemas, que não se reduzem ao alívio de sinais e sintomas e do que estes consideram por doença. Depreendemos, também, a realidade de desamparo e descrença na justiça social, na fala destas mulheres. Buscam a punição do agressor e isso corrobora para aumentar a ilusão em torno dos atos violentos, como um simples produto do descontrole, da anormalidade, entre outras características imputadas ao agressor de um lado e da incapacidade e passividade da vítima de outro.

Nem todas as mulheres do estudo foram beneficiadas pela “Lei Maria da Penha”, somente as entrevistadas em 2006. Mas mesmo assim, a efetividade prática da mesma não foi observada, pois ela afetou mais a realização do flagrante e a futura punição do agressor. Observações empíricas, na rotina dos serviços, após a Lei ter sido sancionada, diminuiu consideravelmente o número de casos de mulheres para fazer o exame de corpo de delito no IML. Frente à esta realidade, ficam as questões: será que o poder da Lei foi tão forte que os agressores não agridem mais ou será que a “Lei Maria da Penha” silenciou ainda mais as mulheres? Em que medida o respaldo legal é suficiente para atender às necessidades destas mulheres, vítimas de violência?

Estudos futuros precisam ser realizados, no sentido de elucidar o impacto da “Lei Maria da Penha” sobre o comportamento das mulheres,

diante da violência sofrida contra elas. Vale considerar que em nosso estudo, observamos que a denuncia para estas mulheres, nem sempre lhe parece a primeira opção sendo a busca por um serviço de saúde e/ou uma delegacia da mulher, por um *consciência em situação*, ou seja, o que lhe parece de maior importância no alívio da dor (física e/ou moral).

Compreende a violência sofrida, não pelo fato de serem mulheres, mas sim em função de comportamento reprovável sobre as mulheres, ou seja: ser vagabunda, não ser certinha, não ser uma boa esposa e mãe. Neste sentido, a violência também se apresenta de modo desigual, tornando algumas mulheres mais vulneráveis diante de outras mulheres.

As marcas pela violência no físico desaparecem com o tempo, entretanto deixam marcas por dentro.

Falando sobre as consequências da violência para a saúde, as mulheres expõem a sua condição de fragilidade: **"Eu era 'inteira' (...) estou juntando meus pedacinhos"**. Convivem com a visão estigmatizada de si, por deixarem de ser normal. No seu contexto de vida, demarcam para si a condição de serem sujeitos sem direitos, minando suas chances de possibilidades de restabelecer a saúde, de voltar a ser uma pessoa normal na sociedade e como tal, ficam a mercê do efeito da violência sobre vidas que possuem, colocando-as frente a um destino de impossibilidades de desenvolvimento pessoal e social. Reconhecem-se como sujeito sem direito para restituir a saúde bucal, visto ser o tratamento odontológico de alto custo e, portanto, de acesso a poucos.

De modo geral, as mulheres não percebem as lesões e o comprometimento ao sistema estomatognático como fator prejudicial a sua saúde bucal. O que lhes parece fundamental para se ter saúde é manter as capacidades básicas de trabalho e cuidado com os filhos. Entendem por saúde bucal, a capacidade de alimentarem-se e de ter uma boa aparência estética.

Ressentem-se mais pelo dano à própria auto-imagem, com a qual terá que conviver, do que pela alteração funcional à esta associada, visto que o dano estético é visível aos olhos de outros, já o dano funcional pode ser ocultado aos olhos dos outros, mas não aos olhos de si, vivenciando um crônico sofrimento e uma vida de privações. A mulher, vítima de violência adoece mais; falta ao trabalho, isola-se da vida social por dor ou simplesmente por não poder parecer “feias” na sociedade.

Na antiguidade e nos dias atuais, destacamos a importância da lesão estética, ou o “enfeamento” da pessoa, que provoca alterações substanciais no indivíduo.

Tal condição de desigualdade social se constitui em outra forma de violência, que as priva do acesso a bons empregos, à educação de qualidade e principalmente, a serviços especializados de saúde, como é o caso da reabilitação oral. Revitimiza a mulher, que tanto precisa de cuidados continuados e assistência específica.

Entretanto, a violência não é um problema específico da área da saúde. E se mostra como um fator de risco a realização e manutenção da vida humana. Uma vez que ela ameaça a vida e modifica a saúde do

indivíduo, proporciona o aparecimento de enfermidades diversas e produz a morte se não como realidade imediata, como possibilidade futura mais próxima.

Assim, o desenvolvimento de ações para o seu enfrentamento é um desafio para as políticas públicas pela complexidade do problema e das soluções necessárias ao seu manuseio, sendo fundamental a articulação das ações de diversos setores, governos e sociedade para buscar soluções adequadas e funcionais! Ações unilaterais são pouco resolutivas, mas muitas vezes são necessárias para minimizar o problema.

No conjunto dos serviços públicos de atendimento odontológico, não se observa uma atenção diferenciada, nos casos das mulheres vítimas de violência. Na maioria das vezes, as mulheres são encaminhadas para demanda de rotina, juntamente com outros pacientes, ficando a mercê sua própria sorte, apesar da legislação respaldar e proteger as vítimas.

Na cidade de São Paulo existe, um projeto de lei (210/02) de autoria do vereador Gilberto Natali, aprovado desde 2003, prevê o direito à cirurgia plástica reparadora gratuita pelo "Sistema Municipal de Saúde" em favor das mulheres que ficavam com o corpo deformado, devido á agressões e portanto, ficaram com a inclusão social comprometida.

Nossos resultados colocam em evidência a desarticulação e a inoperância dos serviços de saúde, vitimizando institucionalmente a mulher. Os profissionais de saúde, frente à vítima de violência tem atuação pontual, com base na urgência e no que determina como patológico, direcionando a reparação do dano pontualmente, o que se

revela insatisfatório para as mulheres que buscam, como refere D' Oliveira (2000) a assistência no sentido de alcançar uma terapêutica eficaz do ponto de vista profissional, bem como o seu acolhimento.

Sobre o atendimento realizado nos serviços de saúde é importante considerar se teremos maior visibilidade da dimensão da violência com o estabelecimento da notificação compulsória de casos nos serviços, visto que a maioria dos profissionais está despreparada e pouco sensível a perceber a violência, conforme apresentado em estudos.

Deveria existir tal qual a Norma Técnica de cuidado à vítima de violência sexual, uma Norma Técnica editada também pelo Ministério da Saúde de cuidado integral as vítimas de violência com deformidades faciais e problemas associados, para que estas mulheres tenham respaldo legal e suporte real e privilegiado nos serviços de saúde especializados.

É preciso construir a postura de verdadeiros profissionais, pesquisadores e cidadãos com possibilidades de realmente desenvolver um trabalho em rede, em conjunção com setores da sociedade a fim de prestar o atendimento integral e humanizado, além de pensar estratégias também para a prevenção e redução de ocorrência de episódios de violência.

Sabemos que as definições e metas das políticas públicas voltadas à área de Saúde Bucal escolhe prioridades de grupos a serem atendidos, uma vez que o sistema de saúde bucal não é igualitário e eqüitativo. Dar prioridade em nosso entender, não significa dar exclusividade e sim

ênfase, pressupondo que o grupo estudado aqui ocupa uma posição desfavorável onde não é contemplada com recursos específicos.

Esperamos que os resultados apresentados ajudem a redesenhar a escolha de prioridades uma vez que o dano constitui uma causa comum de morbidade que precisa de políticas públicas eficazes e ações integradas para dimensionar as possibilidades de prevenção

Entendemos que é necessário se pensar em estratégias para proporcionar cuidados mais efetivos às vítimas de violência, que incluam atendimento multidisciplinar e, também, preventivo à violência, o que inclui três dimensões interdependentes: individual, programática e social, ou seja: a individual consiste em adotar medidas de autoproteção e enfrentamento frente às situações de risco, desenvolver habilidades de negociar conflitos. A programática se refere à políticas públicas de enfrentamento da violência contra a mulher, que incluem o suporte da rede de serviços jurídicos, de saúde e social. A dimensão social se refere a estrutura social, econômica, educacional e cultural, incluindo aí as relações de gênero.

A violência contra a mulher se constitui em obstáculo no sentido de que se alcancem os objetivos de igualdade, desenvolvimento e paz. E ainda, viola e prejudica ou anula as possibilidades por parte da mulher, de usufruir dos direitos humanos e das liberdades fundamentais. Acolher a mulher vítima de violência é dar voz à sua história! É indicar caminhos para o exercício da plena cidadania, para que consiga resgatar a condição **de ser mulher inteira novamente.**

8.1 Implicações para prática do cirurgião-dentista

O estudo possibilitou conhecer as relações existentes entre o evento da violência e a saúde bucal, pelas perspectivas das mulheres em situação de agravos crônicos, decorrentes da violência.

Acreditamos que estes resultados e as importantes observações, descritas ao longo do texto, oferecem subsídios diretos e indiretos à prática odontológica, tanto no reconhecimento e identificação das lesões, quanto na reabilitação integral das mesmas e acima de tudo, na elaboração de políticas de saúde bucal que consideram a perspectiva de gênero.

Além disso, é fundamental a inclusão de disciplinas de formação sanitária, como a odontologia em saúde coletiva, da inclusão da abordagem a saúde da mulher e das questões de gênero. Porque mais de dez anos se passaram e estas mudanças curriculares não alcançaram os cursos de Odontologia no Brasil.

O saber científico, elaborado em relação a reabilitação oral e ao conhecimento sobre a disfunção de ATM precisa ser explorado considerando a violência contra a mulher como fator de risco ou predisponente a estas enfermidades.

Compreender a causa, a característica e gravidade do trauma maxilo-facial são dados importantes para elaboração de medidas

preventivas de complicações e seqüelas, bem como aplicar terapêuticas mais efetivas na reabilitação oral e psicossocial da mulher com traumas faciais.

Também sugere o desenvolvimento de estudos que discutam e proponham instrumentos de redução e prevenção de uma violência tão singular, pois se revela diferente da prevenção de traumas faciais decorridos por acidentes de trânsito, pois independe de ações e leis.

A violência é mutante, se transforma e ganha outras representatividades e as mulheres continuam na obscuridade. Prevenir violência é estar voltado para o fortalecimento das famílias, para a diminuição da desigualdade social e de gênero, bem como caminhos facilitadores para rápida resolução de conflitos que possam surgir.

Deste modo, o conhecimento e o entendimento dos agravos que interferem a saúde bucal e a saúde da mulher aqui expostos, promovem uma reflexão a respeito das condições de vida e saúde destas mulheres, contribuindo para a realização de ações preventivas nas diversas áreas relacionadas ao fenômeno da violência, assim como para o planejamento de ações assistenciais que vão desde o atendimento das emergências até a reabilitação e a reintegração junto a sociedade.

Este momento de conclusão deste trabalho é ímpar e nos enche de alegria e satisfação. Configura-se um marco na Odontologia, mais especificamente ao apontar e traçar os elos inerentes entre a odontologia legal, a saúde da mulher e a Saúde Pública.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) ABREU, T. C.; MELO, R. E. V.; FREITAS, C. M.; Trauma. facial: uma análise de 1316 pacientes. **Rev. odonto. ciênc.**, Porto Alegre, v. 21, p. 167-181, **1996**.
- 2) ACTON, R. T.; DASANAYAKE, A. P.; HARRISON, R. A. associations of MHC genes with the levels of caries-inducing organisms and caries severity in African-American women. **Hum Immunol**, v. 60, p. 984-989, 1999.
- 3) ADAMES, S.B.; CAMPBELL, R. Immigrant Latinas' conceptualizations of intimate partner violence. **Violence Against Women.**, v. 11, p.10, p.1341-64. Oct 2005.
- 4) ADEODATO V. G.; R. R.CARVALHO; V R. SIQUEIRA; F.G. M.SOUZA
QUALIDADE de vida e depressão em mulheres vítimas de seus parceiros **Rev. Saúde Pública**,v. 39, n. 1, fev. 2005.
- 5) ALMEIDA, R. O. **Mulheres que matam**. Rio de Janeiro:Relume Dumará, 2001.

- 6) ALSAKER K, MOEN BE, NORTVEDT MW, BASTE V. Low health-related quality of life among abused women. **Qual Life Res.**; v. 15, p. 6, p.959-65. Aug 2006
- 7) ALVES AM, COURA-FILHO P. Avaliação das ações de atenção às mulheres sob violência no espaço familiar, atendidas no Centro de apoio á Mulher (Belo Horizonte), entre 1996 e 1998. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6 (1): 243-257, 2001.
- 8) ARBENZ, G O. Medicina Legal e antropologia forense. São Paulo, Atheneu, 1988. 562p.
- 9) ARZA A, JAQUES B. Interpersonal violence and major facial trauma. **Rev Med Suisse Romande**, v. 122, n. 6, p. 281-282, Jun.2002.
- 10) BALCI, R. D.; AYRANCI, U. Violence toward health care workers in emergency department in west Turkey. **J. Emerg.Med.**, 2005, 28: 361-5. British Medical Association.
- 11) BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução Luís Antônio Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 1979. Título original: L'Analyse de Contenu.

- 12) BARSTED, L.A L. **Uma vida sem violência é direito nosso. Propostas de ação contra a violência intrafamiliar no Brasil**, Brasília, Ministério da Justiça/ Secretaria Nacional de Direitos Humanos e Nações Unidas, 1998.
- 13) BASTOS, K. A. B. S. **Análise da ocorrência e classificação penal das lesões maxilofaciais do Instituto Médico Legal do Município de Taubaté**. Dissertação de mestrado apresentada a Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, 2005.
- 14) BERRIOS, D. C.; GRADY, D. Domestic violence: risk factors and outcomes. **West J Med**, v. 155, p. 133-135, 1991.
- 15) BONIFAZ RGV, NAKANO AMS. La violencia intra-familiar, el uso de drogas en la pareja, desde la perspectiva de la mujer maltratada. **Revista Latino-am Enfermagem**, v. 12(número especial), p. 433-444, março-abril. 2004.
- 16) BOURDIEU, P. **A Dominação Masculina**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1999
- 17) BOURDIEU, P. **O Poder Simbólico**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001.

- 18) BRANDÃO E.R. **Nos corredores de uma delegacia da mulher: um estudo etnográfico sobre as mulheres e a violência conjugal.** Dissertação de mestrado em saúde coletiva. Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 1996.
- 19) BRANDÃO, E. R. Renunciando de direitos? A problemática do enfrentamento público da violência contra a mulher: o caso da delegacia da mulher. **Physis**, v.16, n. 2, 2006.
- 20) BRANDÃO, E. R. **Violência conjugal e o recurso feminino à polícia.** In: BRUSCHINI, Cristina e HOLLANDA, Heloísa Buarque (Orgs.). Horizontes plurais: novos estudos de gênero no Brasil. São Paulo: Fundação Carlos Chagas, p. 51-84, 1998.
- 21) BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica. Violência intrafamiliar: orientações para a prática em serviço,** 2002.
- 22) BRASIL. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes.** Norma técnica. 1ª ed. Brasília. 1999. 20p.

- 23) BRICEÑO-LEÓN , R; ZUBILLAGA, V. Violence and Globalization in Latin America. **Current Sociology**, vol. 50, n.. 1, p. 19-37, 2002.

- 24) BRIEN, P, BENNETT, L. P. Effects of Coordinated Services for Drug-Abusing Women Who Are Victims of Intimate Partner Violence. **Violence Against Women** , v. 13, n. 4, p. 395-411, April 2007.

- 25) BUGLIONE, S. **A mulher enquanto metáfora do Direito Penal.** Documento eletrônico disponível em < <http://www1.jus.com.br/doutrina/texto.asp?id=946> >. Data do acesso: 31/03/2005.

- 26) CALABREZ, M. C. T. **Traumatología forense.** In: SILVA, M. Compêndio de odontologia Legal. Rio de Janeiro: Medsi, p. 245-288, 1997.

- 27) CAMARGO, M. Violência e saúde: ampliando políticas públicas. **Jornal da redevsaúde**, n. 22, p. 6-8, nov. 2000.

- 28) CAMPBELL R.; ADAMES, S. B. Immigrant Latinas' conceptualizations of intimate partner violence. **Violence Against Women**, v. 11, n. 10, p. 1341-64, Oct. 2005.

- 29) CAMPBELL, J. C. Health consequences of intimate partner violence. **The Lancet**, v. 359, n. 13, p. 1331-6, Apr. 2002.
- 30) CAMPBELL, M. K.; DENHAM, P.; FRASIER, P. Y.; BELTON, E. G. H.L.; NEWTON, W.; GONZALEZ, P.; BEGUM P. Intimate Partner Violence Among Latinas in Eastern North Carolina, **VIOLENCE AGAINST WOMEN**, v. 13, p. 123, 2007.
- 31) CARDOZO, H. F. **Avaliação do dano nas seqüelas faciais traumáticas em vítimas de acidentes de trânsito**. São Paulo, 1993. 209p. Tese (doutorado em Radiologia) – Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo.
- 32) CARDOZO, H. F. **Avaliação médico legal das lesões do complexo maxilomandibular**. In: SILVA, M. **Compêndio de odontologia Legal**. São Paulo: Medsi, 1997, parte IV, c. 18, p.289-318.
- 33) CARVALHO, M. S.; CRUZ, O.G. Mortalidade por causas externas – análise espacial – Região Sudeste do Brasil. **Anais do XI Encontro Nacional de Estudos Populacionais**, Belo Horizonte, ABEP, 1998.

- 34) CASCARDI, M.; LANGHINRICHSEN, J.; VIVIAN, D. Marital aggression – impact, injury, and health correlates for husbands and wives. **Arch Intern Med**, v. 152, p. 1178-1184, June, 1992.
- 35) CAVALCANTI AV, CAVALCANTE JR, CAVALCANTI AAL. Fraturas faciais em pacientes atendidos no Hospital Antonio Targino – PB. **Revista da Faculdade de Odontologia de Passo Fundo**, v. 9, n. 1, p. 52-56, jan./jun. 2004.
- 36) CELBIS, O; GÖKDOGAN, M. R.; KAYA, M.; GÜNES. Review of forensic assessments of female referrals to the branch of legal medicine, Malatya region, Turkey – 1996-2000. **Journal of Clinical Forensic Medicine**, v. 13, p. 21-25, 2006.
- 37) CHANG JC, DECKER MR, MORACCO KE, MARTIN SL, PETERSEN R, FRASIER PY. Asking about intimate partner violence: advice from female survivors to health care providers. **Patient Educ Couns**, v. 59, n. 2, p.141-7, Nov. 2005.
- 38) CHAUI, M. **Cultura e democracia – o discurso competente e outras falas**. 9. ed. São Paulo: Cortez, 1989.
- 39) CHEN PH, WHITE HR, Problem drinking and intimate partner violence. **J Stud Alcohol**, v. 63, n. 2, p.205-14. Mar. 2002.

- 40) **CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL, PRESIDENCIA DA REPUBLICA**, 1988.
- 41) CORRÊA, M.S.M. **Vivência de mulheres em condições de violência conjugal**, 2000. Dissertação de Mestrado. Salvador:Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia.
- 42) COSTA E SILVA, A. P. A. **Análise de alguns fatores relacionados ao estudo dos traumatismos maxilo-mandibulares em pacientes internados em um hospital da cidade de São Paulo, no ano de 1999**. Dissertação de mestrado apresentada a Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo. 125p.
- 43) D´OLIVEIRA, A. F. P. L. **Violência de Gênero, Necessidades de saúde e uso de serviços de atenção primária**, 2000, 266p. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.
- 44) DALTRO, M. E.; NORONHA, C. V. A violência masculina é dirigida para Eva ou Maria?. **Cad. Saúde Pública**, v. 7, n. 2, 1991 .

- 45) DAY, V.P., TELLES, L.E.B., ZORATTO, P.H. Violência doméstica. **R. Psiquiatr.** v. 25'(suplemento 1), p. 9-21, Abril 2003.
- 46) DE ANTONI, C.; KOLLER, S. H.. Family view among adolescents who suffered intrafamilial violence. **Estud. psicol**, v. 5, n. 2, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413294X2000000200004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 Oct 2007.
- 47) DESLANDES, S. F. **Violência no cotidiano dos serviços de emergência: representações, práticas, interações e desafios.** Rio de Janeiro; s.n; 2000. 206 p.
- 48) DESLANDES, SF; GOMES, R. Violência doméstica contra a mulher. **Caderno Saúde Pública**, v. 16, n. 1, p. 129-137, jan.-mar, 2000.
- 49) DINIZ NMF, ALMEIDA MS, LOPES RLM, GESTEIRA SMA, OLIVIERA JF. Mulher, saúde e violência: o espaço público e o privado. **O Mundo da saúde**, v.23, n 2 mar./abr. 1999.
- 50) DOBASH RE, DOBASH RP, CAVANAGH K, MEDINA-ARIZA J. Lethal and nonlethal violence against an intimate female partner:

- comparing male murderers to nonlethal abusers. **Violence Against Women**.; v. 13, n. 4, p.:329-53, Apr. 2007.
- 51) D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; SCHRAIBER, L. B. Violência contra mulheres: interfaces com a saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 5, n. 3, p. 11-27, 1999.
- 52) D'OLIVEIRA, A. F.; SCHRAIBER, L. B. **Violência doméstica como problema para intersetoriais de a saúde pública: Capacitação dos profissionais e estabelecimento de redes reconhecimento, acolhimento e resposta ao problema**. In: VI Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, Anais, CD-ROM, Salvador: ABRASCO. 2000.
- 53) DOWNS, S.M.; THACKERAY, J.; STELZNER, S.; MILLER, C. Screening for intimate partner violence: the impact of screener and screening environment on victim comfort. **J Interpers Violence**; v. 22, n. 6, p.659-70, Jun. 2007.
- 54) DUTTON, M. A.; BONNIE, L. G.; STACEY, I. K.; DARREN, M. R.; ZEFFIRO T. A.; KRAUSE, E.D.. Intimate Partner Violence, PTSD, and Adverse Health Outcomes. **Journal of Interpersonal Violence**, v. 21, n. 7, p. 955-968, July. 2006.

- 55) ELLSBERG M; GARCIA-MORENO C, JANSEN H, , HEISE L, WATTS CH. The prevalence of violence against women: finding from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. **The Lancet**, v. 368, p. 1260 – 69, 2006.
- 56) ESPARZA, J.; KLEVENS, J.; SHELLEY, G.; CLAVEL-ARCAS, C.; BARNEY, D. D.; TOBAR, C.; DURAN, E. S.; BARAJAS-MAZAHARI, R. Latinos' Perspectives and Experiences With Intimate Partner Violence **VIOLENCE AGAINST WOMEN**, v. 13, p. 141-158, 2007.
- 57) FAÚNDES, A. What is the relevance of women's sexual and reproductive rights to the practising obstetrician/gynaecologist? **Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.** v. 20, n. 3, p. 299-309, Epub 2006 Mar 24.
- 58) FÁVERO, F. **Medicina legal.** 9. ed. São Paulo: Martins, 1973. v. 2. 460p.
- 59) FERRAZ CF, SEGRE M. O Conceito de saúde. **Revista Saúde Pública**, v. 31, n. 5, p. 538-42, 1997.
- 60) FLOOD-PAGE, C. AND TAYLOR, J. (eds.) **Crime in England and Wales 2001/2002:** supplementary volume, London, Home Office. (2003).

- 61) FRAGOSO, H. C. Lições de **Direito Penal**, A Nova Parte Geral, Forense, Rio de Janeiro, **1987**, p. 238.
- 62) FRANÇA, G. V. **Medicina Legal**. 7 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004. 584p.
- 63) FRANCO, I. R., 2000. **Mulheres em situação de violência doméstica: Produção e enfrentamento do fenômeno**. In: VI Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, Anais, CD-ROM, Salvador: ABRASCO
- 64) FRANCO, I.R. **Mulheres em situação de violência no âmbito conjugal- as denúncias na Delegacia de Proteção à mulher de Salvador**. In: Interfaces- gênero, sexualidade e saúde reprodutiva Org: Regina Maria Barbosa et al- Campinas, SP: Editora UNICAMP, 2002. p.349-386.
- 65) FRUGOLI, U. O. **Avaliação dos danos do complexo maxilomandibular provocados por violência interpessoal: análise comparativa entre os pareceres odontológicos e os laudos médicos obtidos pelo Instituto Médico Legal de São Paulo nos anos de 1993 e 1998**. São Paulo. 2000. 74p.

Dissertação de Mestrado em Odontologia – Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, São Paulo.

- 66) FUGATE. M, LANDIS, L.; RIORDAN, K.; NAURECKAS, S.; ENGEL, B. Barriers to domestic violence help seeking: implications for intervention. **Violence Against Women**. v. 11, n. 3, p. 290-310. Mar. 2005.
- 67) FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. **"A mulher brasileira nos espaços público e privado"**, 2001. disponível em: < <http://www.fpa.org.br/nop/> >. Acesso em 24 de abril de 2004.
- 68) GALVANI, S. Alcohol and domestic violence: women's views. **Violence Against Women**. v. 12, n. 7, p.641-62. Jul. 2006.
- 69) GALVÃO, I M R; ANDRADE, G .K R.Caracterização da violência sexual em mulheres atendidas no projeto Maria-Maria em Teresina-PI. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Mar. 2004, vol.26, no.2, p.111-116.
- 70) GARBIN, C.A.S.; GARBIN, A.J.I; DOSSI, A.P.; DOSSI, M. O. Violência doméstica: análise das lesões em mulheres. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n.12, p. 2567-2573. Dez, 2006.

- 71) GARDINER, D. M.; RAIGRODSKI, A. J. Psychosocial issues in women's oral health. **Dent Clin North Am**, v. 45, n. 3, p.479-90, vi. Review. Jul. 2001.
- 72) GIFFIN, K. Violência de gênero, sexualidade e saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 10, p. 146-155, 1994.
- 73) GIFFIN, K.; COSTA, S. H., org. **Questões da Saúde Reprodutiva**, Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 1999. 468p.
- 74) GIL CTLA. **Proporção áurea craniofacial**. São Paulo: Editora Santos; 2001. cap. 1, p.3-14.
- 75) GOFFAM, E. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. Rio de janeiro: Guanabara, 1988. 158p.
- 76) GOMES R. A violência enquanto agravo à saúde de meninas que vivem nas ruas. **Cad Saúde Pública**, v.10, p.156-67, 1994.
- 77) GOMES, M. L. M Epidemiologic clinical profile of female children and adolescents victims of violence assisted in a Women's Support Service, Recife, Pernambuco. **Rev. Bras. Saude Mater.Infant.**,2007Disponívelem:<http://www.scielo.br/scielo.php?s>

cript=sci_arttext&pid=S151938292006000500004&lng=en&nrm=iso
>. Acesso em: 12 Oct 2007.

- 78) GOMES, R. **A mulher em situação de violência sob a ótica da saúde.** in: Minayo, MCS: Violencia sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira. Rio de Janeiro.FIOCRUZ 2003, P. 199-222.
- 79) GRINSPOON, S.; THOMAS, E. PITTS, E. Prevalence and predictive factors for regional osteopenia in women with anorexia nervosa. **Ann Intern Med**, v. 133, p. 790-794, 2000.
- 80) GROSSI, M. P. **Rimando amor e dor: reflexões sobre a violência no vínculo afetivo conjugal.** In: PEDRO, J. M., GROSSI, M. P. (Orgs.). **Masculino, feminino, plural: gênero na interdisciplinaridade.** : Ed. Mulheres, 1998. p. 293-313.
- 81) GUTMANN, J. L.; GUTMANN, M. S. E. Cause, incidence, and prevention of trauma to teeth. **Dental Clinics of North America**, v. 39, n. 1, Jan. 1995.
- 82) GUTMANN, J. L.; GUTMANN, M. S. Influence of osteoporosis on the oral health of menopausal women. **Gen Dent.**; v. 52, n. 3, p.:258-61; quiz 262. Review. May-Jun. 2004.

- 83) GUTMANN, J. L.; GUTMANN, M. S. Tooth loss and hormone use in postmenopausal women. **Compend Contin Educ Dent** Suppl. 1998;(22):S9-16.
- 84) GUTMANN, J. L.; GUTMANN, M. S. Use of a mandibular advancement device in patients with congestive heart failure and sleep apnoea. **Gerodontology**, v. 21, n. 2, p.100-7. Jun. 2004.
- 85) HAKEBERG, M.; BERGGREN, U.; HAGGLIN, C.; AHLQWIST, M.. Reported burning mouth symptoms among middle-aged and elderly women. **Eur J Oral Sci.** v.105, n. 6, p.539-43, Dec, 1997.
- 86) HAUG, R.H.; PRATHER, J.; INDRESANO, A. T. An epidemiologic survey of facial fractures and concomitant injuries. **J Oral Maxillofac Surg**; v. 48, n. 9, p.926-32. Sep. 1990
- 87) HEILBORN, M. L. **Gênero e condição feminina: Uma abordagem antropológica.** In: Mulher e Políticas Públicas (M. G. R. Neves, org.), pp. 23-38, Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis/Fundo das Nações Unidas para a Infância), 1991.

- 88) HEISE, L. Gender-based Abuse: The Global Epidemic. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 10, p. 135-145, 1994.
- 89) HEISE, L.; ELLSBERG, M.; GOTTEMOELLER, M. Ending violence against women. **Popul Rep**. v. 27, p.1-43, 1999.
- 90) HEISE, L.; ELLSSBERB, M.; GOTTEMOELLER, M. Ending violence against women. **Popul Rep** , v. 127, n. 4, p. 1-43, 1999.
- 91) HENNEKENS, C. H.; BURING, J. **Epidemiology in Medicine**. 1987. Oxford, England.
- 92) HUSSAIN, K.; WIJETUNGE, D. B.; GRUBNIC, S.; JACKSON, I. T. A comprehensive analysis of craniofacial trauma. **J Trauma**, v. 36, n. 1, p. 34-47, 1994.
- 93) HYMAN, I.; GURUGE, S.; STEWART, D.E.; AHMAD, F. Primary prevention of violence against women. **Womens Health Issues**; v. 10, n. 6, p.288-93. Review. Nov-Dec, 2000.
- 94) INGRAM, M. A Comparison of Help Seeking Between Latino and Non-Latino Victims of Intimate Partner Violence **VIOLENCE AGAINST WOMEN**, v. 13, p. 159-171, 2007.

- 95) JESUS, D. E. **Temas de Direito Criminal** – 1.^a série, Saraiva, 1998
- 96) JESUS, D. E. Violência Doméstica. **Jus Navegandi**, Teresina, a. 8, n. 437, 17 set. 2004. Disponível em: <<http://www1.jus.com.br/doutrina/texto.aps?id5715>>. Acesso em: 31 mar. 2005.
- 97) KINGMA, J. "Repeat Victimization of Victims of Violence: A Retrospective from a Hospital Emergency Department for the period 1971-1995." **Journal of Interpersonal Violence**, v. 14, n. 1, p. 79-90 1999.
- 98) KOSMINSKY, E. Pesquisa qualitativa: a utilização da técnica de história de vida e de depoimentos pessoais em sociologia. **Ciência e Cultura**, v.38, n.1, p.30-6, 1986.
- 99) KRONBAUER, J. F.D.; MENEGHEL, S.N. Perfil da violência de gênero perpetrada por companheiro. **Rev Saúde Pública**, v. 39, p.695-701.Nov. 2005.
- 100) KRUG, E. G.; MERCY, J. A.; DAHLBERG, L.L.; ZWI, A.B. World report on violence and health. **Biomedica**.;v. 22 ,Suppl 2, p.327-36. Dec. 2002

- 101) LABBATE, S. **O Direito à Saúde: da Reivindicação à Realização**. Tese de Doutorado, São Paulo: Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo. 1990
- 102) LASKI, Y. M.E. WONG, G. MARSHALL, V. SHETTY, A. ZHOU, H. BELZBERG, D. YAMASHITA. Survivors of violence-related facial injury: psychiatric needs and barriers to mental health care. **General Hospital Psychiatry**, v. 29, n. 2, p. 117-122, 2004.
- 103) LE, B.T.; DIERKS, E. J.; UEECK, B. A.; HOMER, L. D.; POTTER, B. F. Maxillofacial injuries associated with domestic violence. **J Oral Maxillofac Surg**, v. 59, n. 11, p. 1277-1283, discussion 1283-4, Nov. 2001.
- 104) LEATHERS, R.; LEE, A. D.; BLACK, E. D.; McQUIRTER, J. L. Orofacial injury in underserved minority populations. **Dental Clinics of North America**, v. 47, n. 1, p. 127-139, Jan. 2003.
- 105) LOGAN, T. K.; SHANNON, L.; COLE, J.; WALKER, R. The impact of differential patterns of physical violence and stalking on mental health and help-seeking among women with protective orders. **Violence Against Women**;v. 12, n. 9, p.866-86. Sep. 2006

- 106) LOGAN, T. K.; SHANNON, L.; COLE, J.; WALKER, R.. Police attitudes toward domestic violence offenders. **J Interpers Violence**. v. 21, n. 10, p. 1365-74. Oct. 2006.
- 107) LOVE, C.; GERBERT, B.; CASPERS, N.; BRONSTONE, A.; PERRY, D.; BIRD, W. Dentist's attitudes and behavior regarding domestic violence – the need for an effective response. **JADA**, v. 132, p. 85-93, January, 2001.
- 108) MACEDO, A.C.; PAIM, J.S.; SILVA, L.M.V.; COSTA, M.C.N. Violência e desigualdade social: mortalidade por homicídios e condições de vida em Salvador.. **Rev Saúde Pública**;v. 35, p. 515-22, 2001.
- 109) MACHADO, M. R. C.. Narrativa de mulheres vítimas de violência: passos do processo. **Psicol. teor. prat.** [online]. jun. 2004, vol.6, no.1 [citado 19 Agosto 2007], p.97-104. Disponível na World Wide Web: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S15166872004000100008&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 1516-3687
- 110) MACIEL SESS, MARTINS CAM, TORRES BCA, ARALDI CA. Trauma facial causado por acidente com arma de fogo. **Revista odontocencia – Fac Odonto/PUCRS**, v. 19, n.44, abr./jun. 2004.

- 111) MAKOFANE, M.D.M. Wife abuse: implications for social work practice. **Social Work Practitioner – Researcher**, v. 18, p. 52-66, 2000.
- 112) MAKOFANE, M.D.M.; DU PREEZ, M.S.E. Reporting of wife physical abuse to the police in the Northern Province. **Acta Criminologica**, v. 13, n. 1, p. 57-65, 2000.
- 113) MARANGONE ABC. **Mortalidade por causas externas no Estado de São Paulo e suas regiões**. Tese apresentada a Universidade de São Paulo a Faculdade de Saúde Pública, 2002. 227p.
- 114) MARINHEIRO, A. L. V. **Violência Doméstica; Prevalência entre mulheres usuárias de um serviço de saúde de Ribeirão Preto-SP**. Dissertação de Mestrado apresentada ao Departamento de Medicina Social da FRMP-USP, 2004.
- 115) MARKOVIC, N. Women's oral health across the lifespan. **Dent Clin North Am**, v. 45, n. 3, p.513-21. 2001
- 116) MCCAULEY, J.; KERN, D. E.; KOLONDER, K. The “battering syndrome”: prevalence and clinical characteristics of domestic

- violence in primary care internal medicine practices. **Anm Intern Med**, v.123, p. 737-46.1995.
- 117) MEDINA-ARIZA, J; CAVANAGH, K; DOBASH, R.P.; DOBASH, R.E. Lethal and Nolethal violence against na intimate female partner. *Violence Against Women*, v. 13, n. 4, p. 329-353, April, 2007.
- 118) MELLO JORGE, M. H. Acidentes de trânsito no Brasil: dados e tendencias. *Cadernos de Saúde Pública*, n. 10, p.19-44, supl 1, 1994.
- 119) MELLO JORGE, M. H. **Investigação sobre mortalidade por acidente e violência na infância**. Tese de Livre-docência, São Paulo, FSP, 1988.
- 120) MELLO-JORGE, M. H. P. Violência como Problema de Saúde Pública. **Ciência e Cultura**, p. 52-53, 2002.
- 121) MENEGHEL, S. N. Cotidiano ritualizado: grupos de mulheres no enfrentamento à violência de gênero. **Ciênc. saúde coletiva**, v.10, n. 1, jan./mar.2005.

122) MENEGHEL, S. N.; BARBIANI, R.; STEFFEN, H.; WUNDER, A. P.; ROZA, M. D.; ROTERMUND, J.; BRITO, S.; KORNDORFER, C. Impacto de grupos de mulheres em situação de vulnerabilidade de gênero. **Cad Saúde Pública**, n. 19, v. 4, p. 955-963, jul-ago, 2003.

123) MENEGUEL, S.N.; BARBIANI, R. Impacto de grupos de mulheres em vulnerabilidade de gênero. **Cad Saúde Publica** , v.19, n. 4, p. 955-964, jul-ago. 1993.

124) MILLER, M. C. Violence as a medical issue. **Harv Ment Health Lett.**, v. 23, n. 4, p.:8. Oct. 2006.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

125) MINAYO, M. C. A mulher em situação de violência sob a ótica da

saúde In: Violência sob o olhar da saúde:infrapolitica da contemporaneidade brasileira/ Org: Minayo,M. C de Souza eta al. Rio de Janeiro: Ed Fiocruz, 2003, p.199-222.

127) MINAYO, M. C. S. A violência social sob a perspectiva da Saúde Pública. **Caderno de Saúde Pública**, v. 10, suplemento 1, p. 07-18, 1994.

128) MINAYO, M. C. S. Laços perigosos entre machismo e violência. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 23-26, 2005.

- 129) MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1999.
- 130) MINAYO, M. C. S. **Violência e saúde na produção intelectual brasileira**. In: Bibliografia comentada da produção científica brasileira sobre violência e saúde. Ed. RIO DE JANEIRO : PANORAMA ENSP, v.I, p. 3-15, 1990.
- 131) MINAYO, M. C. S. Violência: um novo-velho desafio para a atenção à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 1, p. 55-63, 2005.
- 132) MIRABETE, J. F. **Manual de direito penal**. 17ª ed. V 2. São Paulo: Atlas, 2000.
- 133) MORI, A T. **Expectativas com relação aos resultados estéticos dos tratamentos odontológicos**. Dissertação de mestrado apresentada a Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, 2003.
- 134) MORRISON, K. E.; LUCHOK, K. J.; RICHTER, D. L.; PARRA-MEDINA, D. Factors influencing help-seeking from informal networks

- among African American victims of intimate partner violence. **J Interpers Violence**, v. 21, n. 11, p.1493-511, Nov. 2006.
- 135) NORONHA, C. V.; DALTRO, M. E. . A violência masculina é dirigida a Eva ou Maria? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 2, p. 215-231, 1991.
- 136) NÚCLEO DE ESTUDOS DA VIOLÊNCIA (NEV/USP). **1º Relatório nacional de direitos humanos**. São Paulo: NEV, 2002.
- 137) OLIVEIRA, E. M. Violência contra a mulher: uma questão de gênero. **Acta Paulista de Enfermagem**. v. 13 (nº. especial), p. 171-80, 2000.
- 138) OLIVEIRA, F. Atenção a violência contra a mulher: desafio para profissionais e serviços de saúde. **Revista de Atenção Primária à Saúde**, n. 9, ano 4. p. 12-24, dez/01 a maio/2002.
- 139) OLIVEIRA, M.; BARBOSA, R. M.; MOURA, A. V.V.; KOSSEL, K. V.; MORELLI, K.; BOTELHO, L. F. F.; STOIANOV, M. Atendimento às mulheres vítimas de violência sexual: um estudo qualitativo. **Rev. Saúde Pública**, v. 39, n. 3, jun. 2005.

- 140) OLIVEIRA, S. M. A Violência rompendo interações: as interações superando a violência. **Rev. bras. saúde matern. infant;** v. 7,n. 1, p. 89-98, jan.-mar. 2007.
- 141) OMS (Organização Mundial da Saúde) **Relatório mundial sobre violência e saúde.** 2002
- 142) OMS, Genebra., Informe Mundial sobre Violencia e Saúde 2002, disponível em www.who.int/violence_injury_prevention.
- 143) ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Conferência Mundial sobre a Mulher, 4/ Organização das Nações Unidas.** – Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996. 352p.
- 144) Organização Pan-Americana da Saúde. Sociedad, violencia y salud. Washington, DC: OPAS; 1996.
- 145) PAVEZ, G. A. Expressões da violência: violência doméstica. In: D`OLIVEIRA, A. F. P. L. (Org.). Curso de capacitação para o atendimento à mulher em situação de violência. São Paulo, 1997, cap 7, p. 60-72.

- 146) PEREIRA, J. M. **Violência contra mulheres: a prática de um Instituto Médico Legal.** Monografia apresentada ao curso de Odontologia Legal da Faculdade de Odontologia da USP, 2004. 98p.
- 147) PETRIDOU E, BROWNE A, LICHTER E, DEDOUKOU X, ALEXE D, DESSYPRIS N. What distinguishes unintentional injuries from injuries due to intimate partner violence: a study in Greek ambulatory care settings. **Injury Prevention**, v. 9, p. 197-201, 2002.
- 148) PITANGUY, J. **Violência de gênero e saúde-interseções.** In: Berquó, E.(Org.) Sexo & Vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil. Campinas, SP: Editora da UNICAMP, 2003 p.319-337.
- 149) PORTELLA, A. P. Abordagem social sobre violência e saúde das mulheres. **Jornal da redesaúde**, n. 22, p. 17-19, nov. 2000.
- 150) PORTO, M.; MCCALLUM, C.; SCOTT, R. P.; MORAIS, H. M .M. A saúde da mulher em situação de violência: representações e decisões de gestores/as municipais do Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública**, v.19, supl.2, 2003.
- 151)** POTTER, I. L. Battered Black Women's Use of Religious Services and Spirituality for Assistance in Leaving Abusive

Relationships **VIOLENCE AGAINST WOMEN**, v. 13, p. 262-284, 2007.

- 152) RAMÃO SR, MENEGHEL SN, OLIVEIRA C. Nos caminhos de Iansã: cartografando a subjetividade de mulheres em situação de violência de gênero. **Psicologia & Sociedade**, v. 17, n. 2, p. 79-87, maio/ago. 2005.
- 153) RAMOS, D. G. **Contribuição para o estudo jurídico das lesões corporais que incidem sobre o complexo maxilo-mandibular**. São Paulo, 1998. 122p. Dissertação (Mestrado em Odontologia) – Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo.
- 154) RAWLS, J. **Uma teoria da justiça**. São Paulo: Martins Fontes, 1997.
- 155) REINER, R. **"Crime and control: an honest citizen guide"**. *London School of Economics Magazine* Spring. Londres, LSE, 1994, p.10-13.
- 156) REIS, J. N.; MARTIN, C. C. S.; FERRIANI, M. G. C. Female victims of sexual abuse: coercive methods and non-genital injuries. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 2, 2004.

- 157) Relatório Mundial sobre violência e saúde, 2002.
- 158) REZENDE, E. J.C; ARAÚJO, T. M.; MORAES. M.A.S.; SANTANA, J. S.S.; RADICCHI, R. Lesões buço-dentais em mulheres em situação de violência: um estudo piloto de casos periciados no IML de Belo Horizonte, MG. **Rev. Bras. Epidemiol**, v. 10, n. 2, p. 201-214, 2007.
- 159) RIBEIRO, A. S. **Não se acumulam danos estéticos com danos morais e/ou materiais.** Jus Navigandi, Teresina, a. 8, n. 207, 29 jan. 2004. Disponível em: <<http://www1.jus.com.br/doutrina/texto.asp?id=4777>>. Acesso em: 04 abr. 2005.
- 160) RIGOTTO, R. M. **As técnicas de relatos orais e o estudo das representações sociais em saúde.** Ciência & Saúde Coletiva, 1998.
- 161)** RUIZ-PÉREZ, I.; PARIENTE, N. P.; CASTAÑO, J. P. Women's Response to Intimate Partner Violence. **Journal of Interpersonal Violence**, v. 21, n. 9, p. 1156-1168, 2006.
- 162) SAFFIOTI, H. & ALMEIDA, S. **A Violência de Gênero.** Rio de Janeiro, Revinter, 1995.

- 163) SAFFIOTI, H. I. B. **Violência de gênero: lugar da práxis na construção da subjetividade**. São Paulo: Moderna, **1987**. 120p
- 164) SAFFIOTI, H. I. B. **Violência doméstica: questão de política e de sociedade**. In: CORREIA, M. **Gênero e Cidadania**. Coleção Encontros. PAGU/Núcleo de Estudos de Gênero. UNICAMP, 2002.
- 165) **sociedade**. In: CORREIA, M. **Gênero e Cidadania**. Coleção Encontros. PAGU/Núcleo de Estudos de Gênero. UNICAMP, 2002.
- 166) SAGUIM, M. B. **Estudo sobre relatos de violencia contra amulher segundo denúncias registradas em delegacia especializada na cidade de Goiânia – Goiás nos anos de 1999 e**
- 167) SALEM, T. **Mulheres faveladas: "com a venda nos olhos"**. In: FRANCHETTO, B. et al. (Orgs.). *Perspectivas Antropológicas da Mulher*. n. 1. Rio de Janeiro: Zahar, 1981. p. 49–99.
- 168) SALIBA, O; GARBIN, C. A. S.; GARBIN, A. J. I.; DOSSI, A. P. Responsibility of health providers in domestic violence reporting. **Rev. Saúde Pública**, v. 41, n. 3, 2007. <Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-

89102007000300021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 Oct 2007.

- 169) SANDELOWSKI, M. Combining qualitative and quantitative sampling, data collection, and analysis techniques in mixed-method studies. **Res Nurs Health**, v. 23, n. 3, p. 246-255, jun. 2000.

- 170) SANTI, L. N.; CHIAPERINI, A. T.; PEREIRA, J. M.; BÉRGAMO, A. L.; WATANABE, M. G. C.; BREGAGNOLO, J. C. Avaliação de danos bucomaxilofaciais resultantes das lesões corporais em mulheres registradas no ano de 1998 em Ribeirão Preto/São Paulo. **Anais da Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo**, ago-dez, p.133, 2003.

- 171) SANTI, L. N.; NAKANO, A. M.. A mulher vítima de violência e a saúde bucal. **Annais do ICOWHI**, 2004. CD-ROOM.

- 172) SANTOS, L. L. **A visibilidade da violência de gênero em dois serviços de assistência primária à saúde**. 2003. 128p. Dissertação de Mestrado - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, São Paulo.

- 173) SANTOS, M. A.F. **Traumatismos buco maxilofaciais por agressão: estudo em um hospital da periferia do Município de**

- São Paulo.** Dissertação de Mestrado apresentada a Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002. 125p.
- 174) SARTI, C. A. O atendimento de emergência a corpos feridos por atos violentos. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 107-126, 2005.
- 175) SARTI, C. A. Reciprocidade e hierarquia: relações de gênero na periferia de São Paulo. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, n. 70, p. 38-46, agosto 1989
- 176) SCHAIBER, L. B.; D'OLIVIERA, F.P.L. Violência contra a mulher: a pesquisa e a intervenção. **Promoção da Saúde, Ministério da Saúde**, ano 3, n. 6, p. 80-3, out., 2002.
- 177) SCHOLLE SH, CHANG JC, CLUSS PA, RANIERI L, HAWKER L, BURANOSKY R, DADO D, MCNEIL M. Health care interventions for intimate partner violence: what women want. **Womens Health Issues. , v. 15, n. 1, p.:21-30, Jan-Feb. 2005**
- 178) SCHRAIBER LB ; D'OLIVEIRA AFPL ; FRANÇA JUNIOR I
Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil. **Revista de Saúde Pública / Journal of Public Health**, v. 41, p. 797-807, 2007.

- 179) SCHRAIBER LB, GOMES R, COUTO MT. Homens e saúde na pauta da saúde coletiva. **Ciênc Saúde Coletiva**, v.10, p. 7-17, 2005
- 180) SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. L. P. Violência contra mulheres: interfaces com a Saúde. **Comunicação, saúde, educação**, v. 3, n. 5, p. 11-27, 1999.
- 181) SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. L. P.; FRANÇA-JÚNIOR, I.; PINHO, A. A. Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. **Rev Saúde Pública**, v. 36, n. 4, p. 470-7, 2002.
- 182) SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. L. P.; STRAKE, S. S. & LIBERMAN, M. D., s.d. **Violência contra a Mulher e Políticas de Saúde no Brasil: O que Podem Fazer os Serviços de Saúde?** São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.
- 183) SCHRAIBER, L.B.; D'OLIVEIRA, A. F.; COUTO, M. T. Violence and health: recent scientific studies. **Rev Saude Publica**. n. 40 spec n, p. 112-20, Aug. 2006.

- 184) SEGATO, R. L. Território, soberania e crimes de Segundo Estado: a escrita no corpo das mulheres assassinadas em Ciudad Juárez. **Revista Estudos Feministas**, v. 2, p. 265-286, 2005.
- 185) SENN, D. R.; McDOWELL, J. D.; ALDER, M. E. Dentistry's role in recognition and reporting of domestic violence, abuse and neglect. **Dental Clinics of North America**, v. 45, n. 2, p. 342-363, Apr. 2001.
- 186) SHACKELFORD, T. K. Partner-Killing by Women in Cohabiting Relationships and Marital
- 187) SILVA JÚNIOR, E. M. **Violência doméstica e Lei nº 9.099/95**. Jus Navigandi, Teresina, a. 5, n. 51, out.2001. Disponível em: <<http://www1.jus.com.br/doutrina/texto.asp?id=2027>>. Acesso em: 31 mar. 2005.
- 188) SILVA, I. V. Violence against woman: clients of emergency care units in Salvador. **Cad. Saúde Pública**, v.19, suppl.2, 2003.
- 189) SILVA, M. **Compêndio de odontologia Legal**. Rio de Janeiro: Medsi, 1997.

- 190) SILVA, M. R. **Avaliação da conduta do cirurgião-dentista frente à violência doméstica contra crianças e adolescentes : violência física.** Dissertação Mestrado da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2001.
- 191) SIMÕES, M. P.; POSSAMAI, P. Documentação de lesões buco-maxilo-faciais - implicações legais / Documentation of oral and maxillofacial injuries - legal implication. **Rev. bras. odontol**; v. 58, n. 6, p. 393-395, nov.-dez. 2001.
- 192) SNOW, D. L.; SWAN, S. C. The development of a theory of women's use of violence in intimate relationships. **Violence Against Women.** v. 12, n. 11, p. 1026-1045, 2006.
- 193) SOBREIRA, T. Prevalência de Traumatismo Bucomaxilofaciais em João Pessoa Paraíba Brasil. **Revista brasileira ciências da saúde, UFPB**, v. 6, n. 1, p. 25-32, 2002.
- 194) SOUZA, E. R. Homicídios no Brasil: o grande vilão da saúde pública. **Cad Saúde Pública**, n. 10, p 45-60, supl 1, 1994.
- 195) SOUZA, E. R. Masculinity and violence in Brazil: contributes to reflection in health field. **Ciênc. saúde coletiva** , Rio de Janeiro, v.

- 10, n. 1, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000100012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 Oct 2007.
- 196) SOUZA, E. R. Violência velada e revelada: estudo epidemiológico da mortalidade por causas externas em Duque de Caxias, Rio de Janeiro. **Cad Saúde Pública**. v. 9, p. 48-64, 1993.
- 197) SOUZA, L. F.; GOMES, R; MINAYO, M. C. Social representations by health professionals of sexual violence against women: a study in three municipal public maternity hospitals in Rio de Janeiro, Brazil. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n.1, p.31-39, Jan. 2006.
- 198) SOUZA, V. L. C. **A violência conjugal e sua influência na decisão da mulher pelo aborto**. Salvador, 2000.148p. (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia.
- 199) STARK, E.; FLITCRAFT, A. **Spouse abuse**. In: ROSEMBERG, M. L.; FENLEY, M. A., 2ed. Violence in America: a public health approach. New York, Oxford Universit Press, 1991. p. 123-57.

- 200) STENIUS VMK, VEYSEY BM. It's little things. **Journal of interpersonal violence**, v. 20, n. 10, p. 1155-1174, Oct. 2005.
- 201) STEWART, C.; ALLEN, J.; LOGAN, T. K.; WALKER, R. Victim service and justice system representative responses about partner stalking: what do professionals recommend? **Violence Vict.**, v. 21, n. 1, p.49-66, Feb. 2006.
- 202) STUDEN-PAVLOVICH D.; RANALLI, D. N. Evolution of Women's oral health. **Dental Clinics of North America**, v. 45, n. 3, p. 433-443, July, 2001.
- 203) TAVARES, M. **Movimentos de mulheres em Portugal** – décadas de 70 e 80. Lisboa, 2000.
- 204) TAYLOR, S. L. Women's health centers and specialized services. **J Health Care Mark.** v. 16, n. 3, p.16-23, 1996.
- 205) TELES, M.A.A.; MELO, M. **O que é violência contra a mulher**. São Paulo: Brasiliense, 2002. 120p. Coleção Primeiros Passos – 314.
- 206) TESTA. The role of substance use in male-to-female physical and sexual violence: a brief review and recommendations for future

research. **J Interpersibak Violence**; v. 19, n. 12, p. 1494-1505, Dec. 2004.

207) TJADEN, P.; THOENNES, N. **Prevalence, incidence, and consequences of violence against women: findings from national violence against women survey: research brief.** Washington (DC): National Institute of Justice/ Centers for Disease Control and Prevention; 1998. [Report 93-IJ-CX-0012].

208) TYRREL, M. A. R.; REIS, L. B.; WOLF, L. R.; SOUSA, K. V.; DIAS, I. M.V.; ROTANIA, A. A. Violência contra a mulher: o perigo mora da porta para dentro. **Revista Escola Anna Nery de Enfermagem**, v. 7, n. 1, p. 114-125, Abr. 2003.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

209) VENTURINI, F. P.; BAZON, M. R.; BIASOLI-ALVES, Z. M. M. Família e violência na ótica de crianças e adolescentes vitimizados, **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 4, n. 1, p.20-33, 2004.

210) VERBIN, S. Genetic influences in women 's oral health. **Dental Clinics of North America**, v. 45, n. 3, p. 443-467, July, 2001.

211) VIEIRA, J.A. Aidentidade da mulher na modernidade. **D.E.L.T.A**, v. 21 ESPECIAL, p. 207-238, 2005.

- 212) WALKER, L. E. Battered woman syndrome: empirical findings. **Ann N Y Acad Sci.**, v.1087, p. 142-57, Nov. 2006.
- 213) WARBURTON, A. L.; SHEPHERD, J. P. Alcohol-related violence and the role of oral and maxillofacial surgeons in multi-agency prevention. **Int J Oral Maxillofac Surg**, v. 31, n. 6, p. 657-63, Dec. 2002.
- 214) WATTS, C. ZIMMERMAN. Violence against women: global scope and magnitude. **The Lancet**, v. 359, n. 9313, p. 1232-1237, 2002.
- 215) WELZER-LANG, DANIEL. The Construction of the Masculine: Women's Domination and Homophobia. **Rev. Estud. Fem.** Florianópolis, v. 9, n. 2, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010426X20010002000008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 Aug 2007.
- 216) WONG EC, MARSHALL GN, SHETTY V, ZHOU A, BELZBERG H, YAMASHITA DD. Survivors of violence-related facial injury: psychiatric needs and barriers to mental health care. **Gen Hosp Psychiatry**; v. 29, n. 2, p. 117-22, Mar-Apr. 2007

- 217) WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO Multi-country study on women's health and domestic violence against women.**

Geneva: World Health Organization; 2005.

- 218) YAMASHITA, D. D.R.; BELZBERG, H.; MARSHALL, G. Survivors of violence-related facial injury: psychiatric needs and barriers to mental health care. **General Hospital Psychiatry**, v. 29, p.117–122. 2007.

APÊNDICES

Apêndice A

Identificação da mulher

Número da entrevista:
Referente ao laudo número:
Endereço residencial:
Telefones de contato:

Data da entrevista:

1. Data de nascimento: ____/____/____
2. Onde você nasceu? _____ Cidade: _____ Estado: _____
3. Você diria que mora em: _____ 3. _____
 - 1.casa/apartamento
 - 2.quintal comum / cortiço
 - 3.barraco
 - 4.mora no emprego
 - 5.moradora de rua
 - 6.outros _____
4. O local onde você mora é: _____ 4. _____
 - 1.próprio
 - 2.cedico
 - 3.alugado
 - 4.ocupação
 - 5.instituição
 - 6.mora no emprego?
 - 7.outros _____
5. Você sabe ler e escrever? 1.SIM 2. NÃO 5 _____
6. Você já frequentou a escola? 1.SIM 2. NÃO 6 _____
7. Até que série/ano você estudou? 7. _____

1. Primeiro grau	Série
2. Segundo grau	Série
3. Universitário incompleto	Anos
4. Universitário completo	Anos
8. Qual a sua cor? 8. _____
 1. BRANCA
 2. NEGRA
 3. PARDA
 4. AMARELA/ASIÁTICO
 5. ÍNDIO
 6. OUTRAS _____
9. Qual a sua ocupação? (respostas múltiplas) 9. _____
 - 1.do lar
 - 2.empregada doméstica
 - 3.estudante
 - 4.trabalhadora de empresa e/ou autônoma
 - 5.trabalhadora esporádica
 - 6.desempregada
 - 7.outros
10. Qual seu estado civil? 10. _____
 - 1.Solteira
 - 2.Casada
 - 3.Separada/divorciada
 - 4.viúva
 - 5.união consensual

11a) Você possui ou têm (ler itens abaixo) em sua casa? Se sim, quantos?

ITENS DE CONFORTO	NÃO TEM	1	2	3	4	5	+6
Televisores	0	4	7	11	14	18	22
Rádios	0	2	3	5	6	8	9
Automóveis	0	4	9	13	18	22	26
Empregada fixa mensalista	0	5	11	16	21	26	32
Aspirador de pó	0	6	6	6	6	6	6
Máquina de lavar roupa	0	8	8	8	8	8	8
Geladeira	0	7	7	7	7	7	7
Video-cassete	0	10	10	10	10	10	10
Banheiros	0	2	5	7	10	12	15

11b) quem é o chefe de família sustenta a casa?

11c) qual sua escolaridade?

	CHEFE DA FAMÍLIA
Analfabeto	0
Primário incompleto	0
Primário completo	5
Secundário incompleto	10
Secundário completo	15
Superior incompleto	15
Superior completo	21

TOTAL DE PONTOS: _____

11. Classificação sócio-econômica _____⁴

12. Data da violência: _____ / _____ / _____ Hora: _____

13. Local: _____

1.residência

2.rua

3.outro _____

14. Agressor: _____

1.marido/namorado(a)

2.filhos

3.ex-marido/ ex-namorado

4. mãe/ mãe adotiva

6. pai/ pai adotivo

7. outros familiares

8.vizinhos

9. outros _____

15. Qual a idade do agressor? _____ anos (não sabe 99)

13 _____

14 _____

15. _____

⁴ Leia os itens e pergunte quantos existem na casa dela; faça um círculo nos valores correspondentes aos itens, some-os e acrescente o valor do quadro correspondente ao grau de alfabetização do chefe de família (pergunte quem é o chefe de família e anote a escolaridade do mesmo); anote o total de pontos encontrados e anote no espaço para tal; a classificação de classe será feita depois: 1) 89 pontos ou mais – A; 2) 59 – 88 pontos – B; 3) 35 – 58 pontos – C; 4) 20 – 34 pontos – D; 5) 0 – 19 pontos – E.

- 16 .O agressor sabe ler e escrever? 1.SIM 2. NÃO (não sabe 99) 16 ____
 17 O agressor já freqüentou a escola? 1.SIM 2. NÃO (não sabe 99) 17 ____
 18 . Até que série/ano o agressor estudou? (não sabe 99) 15. ____

	1. Primeiro grau	Série
	2. Segundo grau	Série
	3. Universitário incompleto	Anos
	4. Universitário completo	Anos

- 19 Qual a cor do agressor? 19. ____
 1.branca
 2.negra
 3.parda
 4.amarela/asático
 5.índio
 6.outras _____

- 20 Qual a ocupação do agressor?(resposta múltipla) 20. ____
 1.do lar
 2. doméstico (cozinheiro, jardineiro, copeiro, faxineiro, etc)
 3.estudante
 4.trabalhador de empresa e/ou autônoma
 5.trabalhador esporádico
 6.desempregado
 99.não sei
 7.outros _____

21. Você havia utilizado bebida alcoólica no dia da agressão? 21 ____
 1.SIM 2. NÃO

22. Você havia utilizado algum tipo de drogas no dia da agressão? 22 ____
 1.SIM 2. NÃO

23. O agressor havia utilizado bebida alcoólica no dia da agressão? 23 ____
 1.SIM 2. NÃO

24. O agressor havia utilizado algum tipo de drogas no dia da agressão? 24 ____
 1.SIM 2. NÃO

25. É a primeira vez que foi agredida? 25 ____
 1.SIM 2. NÃO

26. Pela mesma pessoa? 26 ____
 1.SIM 2. NÃO

27. O que você fez após ter sido agredida? 27. ____
 1. Procurou a DDM
 2. Foi para o hospital, unidade básica, outro serviço de saúde
 3. Ficou em casa
 4. Outro. _____

30. Breve história da ocorrência (motivo, pessoas envolvidas, local, agente agressor, tipo de agressão):

Apêndice B

Ficha de exame clínico para fins odontológicos

Referente a requisição do BO n.º:	
Nome:	
Endereço residencial:	
Telefones de contato:	
Sexo	
Estado civil	
Cor	
Fuma	
Usa bebida alcoólica?	
Usa algum tipo de droga?	
Já sofreu outra agressão antes?	
Tem problemas pra mastigar?	
Tem problemas pra falar?

Descrição visual do local do trauma

* marque os locais afetados nos desenhos ao lado e no odontograma abaixo.

“REGISTRO FOTOGRÁFICO CARACTERIZAÇÃO DA LESÃO”

DATA DA 1º EXAME:

Etiologia do dano:

Tipo de dano:

Descrição:

Comprometimento (estéticos e funcionais)

Classificação jurídica da lesão:

Intervenções e procedimentos relatados:

COLAR FOTOGRAFIA

DATA DA 2º EXAME:

Etiologia do dano:

Tipo de dano:

Descrição:

Comprometimento (estéticos e funcionais)

Classificação jurídica da lesão:

Intervenções e procedimentos relatados:

COLAR FOTOGRAFIA

Apêndice C

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Estamos convidando você a participar de um estudo que propõe compreender a violência de gênero (violência contra a mulher) e a odontologia. Sua contribuição é muito importante no sentido de trazer subsídios ao conhecimento científico sobre como abordar tal temática em âmbitos públicos e privados. Para tanto, realizaremos uma entrevista individual e faremos um registro fotográfico da lesão.

Suas respostas serão gravadas e mantidas em sigilo, bem como as fotografias não terão nenhuma identificação. Ambas serão utilizadas apenas para esta pesquisa, e não será publicado o nome e/ou qualquer dado que sugira sua identificação.

As informantes deste estudo têm completa liberdade de participação podendo retirar seu consentimento em qualquer momento da realização da investigação, o que não acarretará nenhum prejuízo para os mesmas.

Eu, Liliane Nascimento de Santi, CRO SP n ° 63 448, telefone 635 6500, coloco-me disponível para qualquer esclarecimento ou dúvida sobre a pesquisa.

Declaro que, após receber todas as informações acima descritas, entendo que a pesquisa comporá o material pra a tese de doutorado “Perfil de mulheres vítimas de violência doméstica com injúrias orofaciais e problemas associados”. Entendo também que a pesquisadora se compromete a manter total sigilo sobre minha identidade no uso das informações e fotografias, e também estou ciente de que as informações por mim concedidas não serão usadas de nenhuma forma que possa prejudicar minha pessoa e família.

Portanto, consinto em participar do estudo e permito a utilização dos dados que fornecerei.

Ribeirão Preto, __ de _____ de ____.

Pesquisadora.

Participante.

Apêndice D

Protocolo para tomada fotográfica – IML/ RP.

Referente a pesquisa: Perfil de mulheres vítimas de violência doméstica com lesões no complexo maxilo-mandibular e problemas associados.

Pesquisadora responsável: Liliane Nascimento de Santi

Agência Financiadora: FAPESP

Local de coleta: IML / DOM.

Máquina a ser utilizada: digital com número de pixels por campo (e.g. 1500x2800).

Impressão fotográfica para análise:

Laboratório fotográfico terceirizado MYASAKA.

1. Condições do ambiente: luz natural ambiente.
2. Fotografias de orientação à distância média, para mostrar em que parte do corpo a lesão ocorreu (e.g. face, pescoço, membro superior, etc).

POSIÇÕES: 1-Vítima em pé frontal, lateral direita e esquerda.

2- Vítima sentada em posição frontal e lateral direita e esquerda.

Em ambas o perito estará em pé frontalmente à vítima a 1 (um) metro de distância.

3. Fotografias de aproximação para registrar os detalhes, nas quais serão feitas tomadas com diferentes posições da fonte luminosa (e.g. com e sem flash) para salientar detalhes de relevo.

Nestas utilizar uma escala no campo - régua milimetrada.

OBSERVAÇÃO: registrar no diário de campo as condições em que a fotografia foi feita, referindo-a ao caso.

Apêndice E

Roteiro de entrevistas para depoimento pessoal

Pontos a serem abordados (o entrevistador deve sempre ressaltar a dimensão do gênero, conduzindo assim a entrevista. Buscar descrição, opiniões, discriminação e exame em detalhe de valores, estimulação de casos, ditos populares e exemplos):

- ✓ Qual fato motivou a ida ao IML? O que aconteceu?
- ✓ Lesões visíveis e sua relação com a saúde da mulher.
- ✓ Serviços procurados para a resolução do fato.
- ✓ Agravos crônicos e agudos a saúde.
- ✓ Vida antes e após a lesão.
- ✓ Ações desencadeadas após o fato.

✚ A primeira entrevista seguirá a questão norteadora: você diria que a lesão que você sofreu afetou ou está afetando a sua saúde? Em que sentido?

✚ A segunda entrevista se apoiará na seguinte questão: nesse tempo decorrido, o que você fez em relação a sua saúde, considerando a agressão que você sofreu? (ações, pessoas envolvidas, e como avalia essa condição, referencia por ajuda).

Anexos

Anexo 1

Anexo 1
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
CENTRO COLABORADOR DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE PARA
O DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA EM ENFERMAGEM

Avenida Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário - Ribeirão Preto - CEP 14040-902 - São Paulo - Brasil
 FAX: 55 - 16 - 633-3271 / 55 - 16 - 630-2561 - TELEFONES: 55 - 16 - 633-0379 / 602-3382

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 051/2004

Ribeirão Preto, 22 de julho de 2004

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em sua 64ª Reunião Ordinária, realizada em 21 de julho de 2004.

Protocolo: nº 0450/2004

Projeto: Perfil de Mulheres Vítimas de Violência Doméstica com Lesões do Complexo Maxilo-Mandibular e Problemas Associados

Pesquisadores: Ana Márcia Spanó Nakano
 Liliane Nascimento De Santi

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Claudia B. Santos
 Profª Drª Claudia Benedita dos Santos
 Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Profª Drª Ana Márcia Spanó Nakano

Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
 Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

Anexo 2

DEPARTAMENTO ESTADUAL DE POLÍCIA CIENTÍFICA
NÚCLEO DE PERÍCIAS MÉDICO LEGAIS – RIBEIRÃO PRETO/SP.

LAUDO Nº 5.031/06

TC Nº BO. Nº 900206/06 IP Nº
REMETER LAUDO PARA: **1º DISTRITO POLICIAL – RIBEIRÃO PRETO/SP.**
COPIA EM ATENÇÃO À REQUISIÇÃO DE EXAME.

**LAUDO DE EXAME DE CORPO DE DELITO
LESÃO CORPORAL**

Aos 08 dias do mês de novembro de 2006 nesta cidade de Ribeirão Preto, a fim de atender a requisição do doutor(a) José Gonçalves Neto, Delegado(a) de Polícia, os infra-assinados, doutores médicos - legistas do Instituto Médico-Legal, procederam ao exame de corpo de delito em LILIANE NASCIMENTO DE SANTI para responder aos quesitos seguintes:

primeiro: Há ofensa à integridade corporal ou à saúde do examinado?

segundo: Qual a natureza do agente, instrumento ou meio que a produziu?

terceiro: Foi produzida por meio de veneno, fogo, explosivo, asfixia ou tortura, ou por meio insidioso ou cruel? (Resposta especificada).

quarto: Resultara incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 dia; ou perigo de vida; ou debilidade permanente de membro, sentido ou função; ou antecipação de parto? (Resposta especificada).

quinto: Resultara incapacidade permanente para o trabalho, ou enfermidade incurável; ou perda ou inutilização de membro, sentido ou função; ou deformidade permanente ou abortamento? (Resposta especificada).

Realizada a perícia, passaram a oferecer o seguinte laudo:

I-QUALIFICAÇÃO: LILIANE NASCIMENTO DE SANTI, RG. 36.571.895/SSP/SP., filha de Sebastião Lucio do Nascimento e de Carmen Abrahão Silva do Nascimento, nascida aos 02.10.76, natural de Uberaba/MG.

II-HISTORICO POLICIAL: Não consta em requisição.

III-DESCRIÇÃO: Fazendo uso de imobilização gessada em membro superior direito, tido como tratamento de fratura/luxação de ossos do cãrpo. Equimoses arroxeadas em face antero-interna dos joelhos.

IV- DISCUSSÃO E CONCLUSÃO: Do observado e exposto, concluímos que a gravidade das lesões será avaliada em exame complementar após alta médica, com relatório.

V- RESPOSTA AOS QUESITOS: Ao 1º SIM, ao 2º AGENTE CONTUNDENTE, ao 3º NÃO, ao 4º e ao 5º SERÃO RESPONDIDOS EM EXAME COMPLEMENTAR APÓS ALTA MÉDICA.

Nada mais havendo a tratar encerra-se o presente laudo.

Data:- 05.12.06-mgt

DR. EDUARDO UEHARA
Médico Legista

DR. JAIR NAVES DOS REIS
Médico Legista

Anexo 3

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE SÃO PAULO
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
INSTITUTO MÉDICO LEGAL

Mod. 5EBI-9

Anexo 4

Presidência da República
Casa Civil
Subchefia para Assuntos Jurídicos

LEI Nº 11.340, DE 7 DE AGOSTO DE 2006.

Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

TÍTULO I

DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º Esta Lei cria mecanismos para coibir e prevenir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Violência contra a Mulher, da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher e de outros tratados internacionais ratificados pela República Federativa do Brasil; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; e estabelece medidas de assistência e proteção às mulheres em situação de violência doméstica e familiar.

Art. 2º Toda mulher, independentemente de classe, raça, etnia, orientação sexual, renda, cultura, nível educacional, idade e religião, goza dos direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sendo-lhe asseguradas as oportunidades e facilidades para viver sem violência, preservar sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual e social.

Art. 3º Serão asseguradas às mulheres as condições para o exercício efetivo dos direitos à vida, à segurança, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, à moradia, ao acesso à justiça, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária.

§ 1º O poder público desenvolverá políticas que visem garantir os direitos humanos das mulheres no âmbito das relações domésticas e familiares no sentido de resguardá-las de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.

§ 2º Cabe à família, à sociedade e ao poder público criar as condições necessárias para o efetivo exercício dos direitos enunciados no caput.

Art. 4º Na interpretação desta Lei, serão considerados os fins sociais a que ela se destina e, especialmente, as condições peculiares das mulheres em situação de violência doméstica e familiar.

TÍTULO II

DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E FAMILIAR CONTRA A MULHER

CAPÍTULO I

DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 5º Para os efeitos desta Lei, configura violência doméstica e familiar contra a mulher qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial:

I - no âmbito da unidade doméstica, compreendida como o espaço de convívio permanente de pessoas, com ou sem vínculo familiar, inclusive as esporadicamente agregadas;

II - no âmbito da família, compreendida como a comunidade formada por indivíduos que são ou se consideram aparentados, unidos por laços naturais, por afinidade ou por vontade expressa;

III - em qualquer relação íntima de afeto, na qual o agressor conviva ou tenha convivido com a ofendida, independentemente de coabitação.

Parágrafo único. As relações pessoais enunciadas neste artigo independem de orientação sexual.

Art. 6º A violência doméstica e familiar contra a mulher constitui uma das formas de violação dos direitos humanos.

CAPÍTULO II

DAS FORMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E FAMILIAR CONTRA A MULHER

Art. 7º São formas de violência doméstica e familiar contra a mulher, entre outras:

I - a violência física, entendida como qualquer conduta que ofenda sua integridade ou saúde corporal;

II - a violência psicológica, entendida como qualquer conduta que lhe cause dano emocional e diminuição da auto-estima ou que lhe prejudique e perturbe o pleno desenvolvimento ou que vise degradar ou controlar suas ações, comportamentos, crenças e decisões, mediante ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, vigilância constante, perseguição contumaz, insulto, chantagem, ridicularização, exploração e limitação do direito de ir e vir ou qualquer outro meio que lhe cause prejuízo à saúde psicológica e à autodeterminação;

III - a violência sexual, entendida como qualquer conduta que a constranja a presenciar, a manter ou a participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força; que a induza a comercializar ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, que a impeça de usar qualquer método contraceptivo ou que a force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição, mediante coação, chantagem, suborno ou manipulação; ou que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos;

IV - a violência patrimonial, entendida como qualquer conduta que configure retenção, subtração, destruição parcial ou total de seus objetos, instrumentos de trabalho, documentos

peçoais, bens, valores e direitos ou recursos econômicos, incluindo os destinados a satisfazer suas necessidades;

V - a violência moral, entendida como qualquer conduta que configure calúnia, difamação ou injúria.

TÍTULO III

DA ASSISTÊNCIA À MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E FAMILIAR

CAPÍTULO I

DAS MEDIDAS INTEGRADAS DE PREVENÇÃO

Art. 8º A política pública que visa coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher far-se-á por meio de um conjunto articulado de ações da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios e de ações não-governamentais, tendo por diretrizes:

I - a integração operacional do Poder Judiciário, do Ministério Público e da Defensoria Pública com as áreas de segurança pública, assistência social, saúde, educação, trabalho e habitação;

II - a promoção de estudos e pesquisas, estatísticas e outras informações relevantes, com a perspectiva de gênero e de raça ou etnia, concernentes às causas, às consequências e à frequência da violência doméstica e familiar contra a mulher, para a sistematização de dados, a serem unificados nacionalmente, e a avaliação periódica dos resultados das medidas adotadas;

III - o respeito, nos meios de comunicação social, dos valores éticos e sociais da pessoa e da família, de forma a coibir os papéis estereotipados que legitimem ou exacerbem a violência doméstica e familiar, de acordo com o estabelecido no [inciso III do art. 1º](#), no [inciso IV do art. 3º](#) e no [inciso IV do art. 221 da Constituição Federal](#);

IV - a implementação de atendimento policial especializado para as mulheres, em particular nas Delegacias de Atendimento à Mulher;

V - a promoção e a realização de campanhas educativas de prevenção da violência doméstica e familiar contra a mulher, voltadas ao público escolar e à sociedade em geral, e a difusão desta Lei e dos instrumentos de proteção aos direitos humanos das mulheres;

VI - a celebração de convênios, protocolos, ajustes, termos ou outros instrumentos de promoção de parceria entre órgãos governamentais ou entre estes e entidades não-governamentais, tendo por objetivo a implementação de programas de erradicação da violência doméstica e familiar contra a mulher;

VII - a capacitação permanente das Polícias Civil e Militar, da Guarda Municipal, do Corpo de Bombeiros e dos profissionais pertencentes aos órgãos e às áreas enunciados no inciso I quanto às questões de gênero e de raça ou etnia;

VIII - a promoção de programas educacionais que disseminem valores éticos de irrestrito respeito à dignidade da pessoa humana com a perspectiva de gênero e de raça ou etnia;

IX - o destaque, nos currículos escolares de todos os níveis de ensino, para os conteúdos relativos aos direitos humanos, à equidade de gênero e de raça ou etnia e ao problema da violência doméstica e familiar contra a mulher.

CAPÍTULO II

DA ASSISTÊNCIA À MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E FAMILIAR

Art. 9º A assistência à mulher em situação de violência doméstica e familiar será prestada de forma articulada e conforme os princípios e as diretrizes previstos na Lei Orgânica da Assistência Social, no Sistema Único de Saúde, no Sistema Único de Segurança Pública, entre outras normas e políticas públicas de proteção, e emergencialmente quando for o caso.

§ 1º O juiz determinará, por prazo certo, a inclusão da mulher em situação de violência doméstica e familiar no cadastro de programas assistenciais do governo federal, estadual e municipal.

§ 2º O juiz assegurará à mulher em situação de violência doméstica e familiar, para preservar sua integridade física e psicológica:

I - acesso prioritário à remoção quando servidora pública, integrante da administração direta ou indireta;

II - manutenção do vínculo trabalhista, quando necessário o afastamento do local de trabalho, por até seis meses.

§ 3º A assistência à mulher em situação de violência doméstica e familiar compreenderá o acesso aos benefícios decorrentes do desenvolvimento científico e tecnológico, incluindo os serviços de contracepção de emergência, a profilaxia das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e outros procedimentos médicos necessários e cabíveis nos casos de violência sexual.

CAPÍTULO III

DO ATENDIMENTO PELA AUTORIDADE POLICIAL

Art. 10. Na hipótese da iminência ou da prática de violência doméstica e familiar contra a mulher, a autoridade policial que tomar conhecimento da ocorrência adotará, de imediato, as providências legais cabíveis.

Parágrafo único. Aplica-se o disposto no caput deste artigo ao descumprimento de medida protetiva de urgência deferida.

Art. 11. No atendimento à mulher em situação de violência doméstica e familiar, a autoridade policial deverá, entre outras providências:

I - garantir proteção policial, quando necessário, comunicando de imediato ao Ministério Público e ao Poder Judiciário;

II - encaminhar a ofendida ao hospital ou posto de saúde e ao Instituto Médico Legal;

III - fornecer transporte para a ofendida e seus dependentes para abrigo ou local seguro, quando houver risco de vida;

IV - se necessário, acompanhar a ofendida para assegurar a retirada de seus pertences do local da ocorrência ou do domicílio familiar;

V - informar à ofendida os direitos a ela conferidos nesta Lei e os serviços disponíveis.

Art. 12. Em todos os casos de violência doméstica e familiar contra a mulher, feito o registro da ocorrência, deverá a autoridade policial adotar, de imediato, os seguintes procedimentos, sem prejuízo daqueles previstos no Código de Processo Penal:

I - ouvir a ofendida, lavrar o boletim de ocorrência e tomar a representação a termo, se apresentada;

II - colher todas as provas que servirem para o esclarecimento do fato e de suas circunstâncias;

III - remeter, no prazo de 48 (quarenta e oito) horas, expediente apartado ao juiz com o pedido da ofendida, para a concessão de medidas protetivas de urgência;

IV - determinar que se proceda ao exame de corpo de delito da ofendida e requisitar outros exames periciais necessários;

V - ouvir o agressor e as testemunhas;

VI - ordenar a identificação do agressor e fazer juntar aos autos sua folha de antecedentes criminais, indicando a existência de mandado de prisão ou registro de outras ocorrências policiais contra ele;

VII - remeter, no prazo legal, os autos do inquérito policial ao juiz e ao Ministério Público.

§ 1º O pedido da ofendida será tomado a termo pela autoridade policial e deverá conter:

I - qualificação da ofendida e do agressor;

II - nome e idade dos dependentes;

III - descrição sucinta do fato e das medidas protetivas solicitadas pela ofendida.

§ 2º A autoridade policial deverá anexar ao documento referido no § 1º o boletim de ocorrência e cópia de todos os documentos disponíveis em posse da ofendida.

§ 3º Serão admitidos como meios de prova os laudos ou prontuários médicos fornecidos por hospitais e postos de saúde.

TÍTULO IV

DOS PROCEDIMENTOS

CAPÍTULO I

DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 13. Ao processo, ao julgamento e à execução das causas cíveis e criminais decorrentes da prática de violência doméstica e familiar contra a mulher aplicar-se-ão as normas dos Códigos de Processo Penal e Processo Civil e da legislação específica relativa à criança, ao adolescente e ao idoso que não conflitem com o estabelecido nesta Lei.

Art. 14. Os Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher, órgãos da Justiça Ordinária com competência cível e criminal, poderão ser criados pela União, no Distrito Federal e nos Territórios, e pelos Estados, para o processo, o julgamento e a execução das causas decorrentes da prática de violência doméstica e familiar contra a mulher.

Parágrafo único. Os atos processuais poderão realizar-se em horário noturno, conforme dispuserem as normas de organização judiciária.

Art. 15. É competente, por opção da ofendida, para os processos cíveis regidos por esta Lei, o Juizado:

- I - do seu domicílio ou de sua residência;
- II - do lugar do fato em que se baseou a demanda;
- III - do domicílio do agressor.

Art. 16. Nas ações penais públicas condicionadas à representação da ofendida de que trata esta Lei, só será admitida a renúncia à representação perante o juiz, em audiência especialmente designada com tal finalidade, antes do recebimento da denúncia e ouvido o Ministério Público.

Art. 17. É vedada a aplicação, nos casos de violência doméstica e familiar contra a mulher, de penas de cesta básica ou outras de prestação pecuniária, bem como a substituição de pena que implique o pagamento isolado de multa.

CAPÍTULO II

DAS MEDIDAS PROTETIVAS DE URGÊNCIA

Seção I

Disposições Gerais

Art. 18. Recebido o expediente com o pedido da ofendida, caberá ao juiz, no prazo de 48 (quarenta e oito) horas:

- I - conhecer do expediente e do pedido e decidir sobre as medidas protetivas de urgência;
- II - determinar o encaminhamento da ofendida ao órgão de assistência judiciária, quando for o caso;
- III - comunicar ao Ministério Público para que adote as providências cabíveis.

Art. 19. As medidas protetivas de urgência poderão ser concedidas pelo juiz, a requerimento do Ministério Público ou a pedido da ofendida.

§ 1º As medidas protetivas de urgência poderão ser concedidas de imediato, independentemente de audiência das partes e de manifestação do Ministério Público, devendo este ser prontamente comunicado.

§ 2º As medidas protetivas de urgência serão aplicadas isolada ou cumulativamente, e poderão ser substituídas a qualquer tempo por outras de maior eficácia, sempre que os direitos reconhecidos nesta Lei forem ameaçados ou violados.

§ 3º Poderá o juiz, a requerimento do Ministério Público ou a pedido da ofendida, conceder novas medidas protetivas de urgência ou rever aquelas já concedidas, se entender necessário à proteção da ofendida, de seus familiares e de seu patrimônio, ouvido o Ministério Público.

Art. 20. Em qualquer fase do inquérito policial ou da instrução criminal, caberá a prisão preventiva do agressor, decretada pelo juiz, de ofício, a requerimento do Ministério Público ou mediante representação da autoridade policial.

Parágrafo único. O juiz poderá revogar a prisão preventiva se, no curso do processo, verificar a falta de motivo para que subsista, bem como de novo decretá-la, se sobrevierem razões que a justifiquem.

Art. 21. A ofendida deverá ser notificada dos atos processuais relativos ao agressor, especialmente dos pertinentes ao ingresso e à saída da prisão, sem prejuízo da intimação do advogado constituído ou do defensor público.

Parágrafo único. A ofendida não poderá entregar intimação ou notificação ao agressor.

Seção II

Das Medidas Protetivas de Urgência que Obrigam o Agressor

Art. 22. Constatada a prática de violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos desta Lei, o juiz poderá aplicar, de imediato, ao agressor, em conjunto ou separadamente, as seguintes medidas protetivas de urgência, entre outras:

I - suspensão da posse ou restrição do porte de armas, com comunicação ao órgão competente, nos termos da [Lei nº 10.826, de 22 de dezembro de 2003](#);

II - afastamento do lar, domicílio ou local de convivência com a ofendida;

III - proibição de determinadas condutas, entre as quais:

a) aproximação da ofendida, de seus familiares e das testemunhas, fixando o limite mínimo de distância entre estes e o agressor;

b) contato com a ofendida, seus familiares e testemunhas por qualquer meio de comunicação;

c) freqüentação de determinados lugares a fim de preservar a integridade física e psicológica da ofendida;

IV - restrição ou suspensão de visitas aos dependentes menores, ouvida a equipe de atendimento multidisciplinar ou serviço similar;

V - prestação de alimentos provisionais ou provisórios.

§ 1º As medidas referidas neste artigo não impedem a aplicação de outras previstas na legislação em vigor, sempre que a segurança da ofendida ou as circunstâncias o exigirem, devendo a providência ser comunicada ao Ministério Público.

§ 2º Na hipótese de aplicação do inciso I, encontrando-se o agressor nas condições mencionadas no [caput e incisos do art. 6º da Lei nº 10.826, de 22 de dezembro de 2003](#), o juiz comunicará ao respectivo órgão, corporação ou instituição as medidas protetivas de urgência concedidas e determinará a restrição do porte de armas, ficando o superior imediato do agressor responsável pelo cumprimento da determinação judicial, sob pena de incorrer nos crimes de prevaricação ou de desobediência, conforme o caso.

§ 3º Para garantir a efetividade das medidas protetivas de urgência, poderá o juiz requisitar, a qualquer momento, auxílio da força policial.

§ 4º Aplica-se às hipóteses previstas neste artigo, no que couber, o disposto no caput e nos §§ 5º e 6º do art. 461 da Lei no 5.869, de 11 de janeiro de 1973 (Código de Processo Civil).

Seção III

Das Medidas Protetivas de Urgência à Ofendida

Art. 23. Poderá o juiz, quando necessário, sem prejuízo de outras medidas:

I - encaminhar a ofendida e seus dependentes a programa oficial ou comunitário de proteção ou de atendimento;

II - determinar a recondução da ofendida e a de seus dependentes ao respectivo domicílio, após afastamento do agressor;

III - determinar o afastamento da ofendida do lar, sem prejuízo dos direitos relativos a bens, guarda dos filhos e alimentos;

IV - determinar a separação de corpos.

Art. 24. Para a proteção patrimonial dos bens da sociedade conjugal ou daqueles de propriedade particular da mulher, o juiz poderá determinar, liminarmente, as seguintes medidas, entre outras:

I - restituição de bens indevidamente subtraídos pelo agressor à ofendida;

II - proibição temporária para a celebração de atos e contratos de compra, venda e locação de propriedade em comum, salvo expressa autorização judicial;

III - suspensão das procurações conferidas pela ofendida ao agressor;

IV - prestação de caução provisória, mediante depósito judicial, por perdas e danos materiais decorrentes da prática de violência doméstica e familiar contra a ofendida.

Parágrafo único. Deverá o juiz oficial ao cartório competente para os fins previstos nos incisos II e III deste artigo.

CAPÍTULO III

DA ATUAÇÃO DO MINISTÉRIO PÚBLICO

Art. 25. O Ministério Público intervirá, quando não for parte, nas causas cíveis e criminais decorrentes da violência doméstica e familiar contra a mulher.

Art. 26. Caberá ao Ministério Público, sem prejuízo de outras atribuições, nos casos de violência doméstica e familiar contra a mulher, quando necessário:

I - requisitar força policial e serviços públicos de saúde, de educação, de assistência social e de segurança, entre outros;

II - fiscalizar os estabelecimentos públicos e particulares de atendimento à mulher em situação de violência doméstica e familiar, e adotar, de imediato, as medidas administrativas ou judiciais cabíveis no tocante a quaisquer irregularidades constatadas;

III - cadastrar os casos de violência doméstica e familiar contra a mulher.

CAPÍTULO IV

DA ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA

Art. 27. Em todos os atos processuais, cíveis e criminais, a mulher em situação de violência doméstica e familiar deverá estar acompanhada de advogado, ressalvado o previsto no art. 19 desta Lei.

Art. 28. É garantido a toda mulher em situação de violência doméstica e familiar o acesso aos serviços de Defensoria Pública ou de Assistência Judiciária Gratuita, nos termos da lei, em sede policial e judicial, mediante atendimento específico e humanizado.

TÍTULO V

DA EQUIPE DE ATENDIMENTO MULTIDISCIPLINAR

Art. 29. Os Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher que vierem a ser criados poderão contar com uma equipe de atendimento multidisciplinar, a ser integrada por profissionais especializados nas áreas psicossocial, jurídica e de saúde.

Art. 30. Compete à equipe de atendimento multidisciplinar, entre outras atribuições que lhe forem reservadas pela legislação local, fornecer subsídios por escrito ao juiz, ao Ministério Público e à Defensoria Pública, mediante laudos ou verbalmente em audiência, e desenvolver trabalhos de orientação, encaminhamento, prevenção e outras medidas, voltados para a ofendida, o agressor e os familiares, com especial atenção às crianças e aos adolescentes.

Art. 31. Quando a complexidade do caso exigir avaliação mais aprofundada, o juiz poderá determinar a manifestação de profissional especializado, mediante a indicação da equipe de atendimento multidisciplinar.

Art. 32. O Poder Judiciário, na elaboração de sua proposta orçamentária, poderá prever recursos para a criação e manutenção da equipe de atendimento multidisciplinar, nos termos da Lei de Diretrizes Orçamentárias.

TÍTULO VI

DISPOSIÇÕES TRANSITÓRIAS

Art. 33. Enquanto não estruturados os Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher, as varas criminais acumularão as competências cível e criminal para conhecer e julgar as causas decorrentes da prática de violência doméstica e familiar contra a mulher, observadas as previsões do Título IV desta Lei, subsidiada pela legislação processual pertinente.

Parágrafo único. Será garantido o direito de preferência, nas varas criminais, para o processo e o julgamento das causas referidas no caput.

TÍTULO VII

DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 34. A instituição dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher poderá ser acompanhada pela implantação das curadorias necessárias e do serviço de assistência judiciária.

Art. 35. A União, o Distrito Federal, os Estados e os Municípios poderão criar e promover, no limite das respectivas competências:

I - centros de atendimento integral e multidisciplinar para mulheres e respectivos dependentes em situação de violência doméstica e familiar;

II - casas-abrigos para mulheres e respectivos dependentes menores em situação de violência doméstica e familiar;

III - delegacias, núcleos de defensoria pública, serviços de saúde e centros de perícia médico-legal especializados no atendimento à mulher em situação de violência doméstica e familiar;

IV - programas e campanhas de enfrentamento da violência doméstica e familiar;

V - centros de educação e de reabilitação para os agressores.

Art. 36. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios promoverão a adaptação de seus órgãos e de seus programas às diretrizes e aos princípios desta Lei.

Art. 37. A defesa dos interesses e direitos transindividuais previstos nesta Lei poderá ser exercida, concorrentemente, pelo Ministério Público e por associação de atuação na área, regularmente constituída há pelo menos um ano, nos termos da legislação civil.

Parágrafo único. O requisito da pré-constituição poderá ser dispensado pelo juiz quando entender que não há outra entidade com representatividade adequada para o ajuizamento da demanda coletiva.

Art. 38. As estatísticas sobre a violência doméstica e familiar contra a mulher serão incluídas nas bases de dados dos órgãos oficiais do Sistema de Justiça e Segurança a fim de subsidiar o sistema nacional de dados e informações relativo às mulheres.

Parágrafo único. As Secretarias de Segurança Pública dos Estados e do Distrito Federal poderão remeter suas informações criminais para a base de dados do Ministério da Justiça.

Art. 39. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, no limite de suas competências e nos termos das respectivas leis de diretrizes orçamentárias, poderão estabelecer dotações orçamentárias específicas, em cada exercício financeiro, para a implementação das medidas estabelecidas nesta Lei.

Art. 40. As obrigações previstas nesta Lei não excluem outras decorrentes dos princípios por ela adotados.

Art. 41. Aos crimes praticados com violência doméstica e familiar contra a mulher, independentemente da pena prevista, não se aplica a [Lei nº 9.099, de 26 de setembro de 1995](#).

Art. 42. O [art. 313 do Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941](#) (Código de Processo Penal), passa a vigorar acrescido do seguinte inciso IV:

“Art. 313.

.....

IV - se o crime envolver violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos da lei específica, para garantir a execução das medidas protetivas de urgência.” (NR)

Art. 43. A [alínea f do inciso II do art. 61 do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940](#) (Código Penal), passa a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 61.

.....

II -

.....

f) com abuso de autoridade ou prevalecendo-se de relações domésticas, de coabitação ou de hospitalidade, ou com violência contra a mulher na forma da lei específica;

..... ” (NR)

Art. 44. O [art. 129 do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940](#) (Código Penal), passa a vigorar com as seguintes alterações:

“Art. 129.

.....

§ 9º Se a lesão for praticada contra ascendente, descendente, irmão, cônjuge ou companheiro, ou com quem conviva ou tenha convivido, ou, ainda, prevalecendo-se o agente das relações domésticas, de coabitação ou de hospitalidade:

Pena - detenção, de 3 (três) meses a 3 (três) anos.

.....

§ 11. Na hipótese do § 9º deste artigo, a pena será aumentada de um terço se o crime for cometido contra pessoa portadora de deficiência.” (NR)

Art. 45. O [art. 152 da Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984](#) (Lei de Execução Penal), passa a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 152.

Parágrafo único. Nos casos de violência doméstica contra a mulher, o juiz poderá determinar o comparecimento obrigatório do agressor a programas de recuperação e reeducação.” (NR)

Art. 46. Esta Lei entra em vigor 45 (quarenta e cinco) dias após sua publicação.

Brasília, 7 de agosto de 2006; 185º da Independência e 118º da República.

LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA
Dilma Rousseff

Anexo 5

Presidência da República
Casa Civil
Subchefia para Assuntos Jurídicos

LEI Nº 10.886, DE 17 DE JUNHO DE 2004.

Acrescenta parágrafos ao art. 129 do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal, criando o tipo especial denominado "Violência Doméstica".

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º O art. 129 do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal, passa a vigorar acrescido dos seguintes §§ 9º e 10:

"Art. 129.

.....

Violência Doméstica

§ 9º Se a lesão for praticada contra ascendente, descendente, irmão, cônjuge ou companheiro, ou com quem conviva ou tenha convivido, ou, ainda, prevalecendo-se o agente das relações domésticas, de coabitação ou de hospitalidade:

Pena – detenção, de 6 (seis) meses a 1 (um) ano.

§ 10. Nos casos previstos nos §§ 1º a 3º deste artigo, se as circunstâncias são as indicadas no § 9º deste artigo, aumenta-se a pena em 1/3 (um terço)." (NR)

Art. 2º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 17 de junho de 2004; 183º da Independência e 116º da República.

LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA

Márcio Thomaz Bastos

Este texto não substitui o publicado no D.O.U. de 18.6.2004

Anexo 6

DECRETO Nº 5.099/03.06.2004(Regulamentação)

VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A MULHER

LEI Nº 10.778, DE 24 DE NOVEMBRO DE 2003

Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Constitui objeto de notificação compulsória, em todo o território nacional, a violência contra a mulher atendida em serviços de saúde públicos e privados.

§ 1º Para os efeitos desta Lei, deve-se entender por violência contra a mulher qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público como no privado.

§ 2º Entender-se-á que violência contra a mulher inclui violência física, sexual e psicológica e que:

I – tenha ocorrido dentro da família ou unidade doméstica ou em qualquer outra relação interpessoal, em que o agressor conviva ou haja convivido no mesmo domicílio que a mulher e que compreende, entre outros, estupro, violação, maus-tratos e abuso sexual;

II – tenha ocorrido na comunidade e seja perpetrada por qualquer pessoa e que compreende, entre outros, violação, abuso sexual, tortura, maus-tratos de pessoas, tráfico de mulheres, prostituição forçada, seqüestro e assédio sexual no lugar de trabalho, bem como em instituições educacionais, estabelecimentos de saúde ou qualquer outro lugar; e

III – seja perpetrada ou tolerada pelo Estado ou seus agentes, onde quer que ocorra.

§ 3o Para efeito da definição serão observados também as convenções e acordos internacionais assinados pelo Brasil, que disponham sobre prevenção, punição e erradicação da violência contra a mulher.

Art. 2o A autoridade sanitária proporcionará as facilidades ao processo de notificação compulsória, para o fiel cumprimento desta Lei.

Art. 3o A notificação compulsória dos casos de violência de que trata esta Lei tem caráter sigiloso, obrigando nesse sentido as autoridades sanitárias que a tenham recebido.

Parágrafo único. A identificação da vítima de violência referida nesta Lei, fora do âmbito dos serviços de saúde, somente poderá efetivar-se, em caráter excepcional, em caso de risco à comunidade ou à vítima, a juízo da autoridade sanitária e com conhecimento prévio da vítima ou do seu responsável.

Art. 4o As pessoas físicas e as entidades, públicas ou privadas, abrangidas ficam sujeitas às obrigações previstas nesta Lei.

Art. 5o A inobservância das obrigações estabelecidas nesta Lei constitui infração da legislação referente à saúde pública, sem prejuízo das sanções penais cabíveis.

Art. 6o Aplica-se, no que couber, à notificação compulsória prevista nesta Lei, o disposto na Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975.

Art. 7o O Poder Executivo, por iniciativa do Ministério da Saúde, expedirá a regulamentação desta Lei.

Art. 8o Esta Lei entrará em vigor 120 (cento e vinte) dias após a sua publicação.

Brasília, 24 de novembro de 2003; 182o da Independência e 115o da República.

LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA

Humberto Sérgio Costa Lima

José Dirceu de Oliveira e Silva

D.O.U. de 25.11.2003

Anexo 7

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde

FICHA DE NOTIFICAÇÃO/ INVESTIGAÇÃO INDIVIDUAL VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS INTERPESSOAIS

Nº

Definição de caso: Considera-se violência como o uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação.

Atenção: Em casos de suspeita ou confirmação de violência contra crianças e adolescentes, a notificação deve ser obrigatória e dirigida aos Conselhos Tutelares e autoridades competentes (Delegacias de Proteção da Criança e do Adolescente e Ministério Público da localidade), de acordo com o art. 13 da Lei nº 8.069/1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente. Esta ficha atende ao Decreto-Lei nº 5.099 de 03/06/2004, que regulamenta a Lei nº 10.778/2003, que institui o serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher, e o artigo 19 da Lei nº 10.741/2003 que prevê que os casos de suspeita ou confirmação de maus tratos contra idosos são de notificação obrigatória.

Dados Gerais	1 Data da Notificação	2 UF	3 Município de Notificação	Código (IBGE)
	4 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)			Código (CNES)
	5 Data da Ocorrência do Evento			
Dados da Pessoa Atendida	6 Hora da ocorrência (0 - 24 horas)			7 Nome
	8 Data de Nascimento			9 Idade
	10 Sexo			11 Gestante
	12 Cor			13 Escolaridade
	14 Ocupação			15 Situação conjugal
	16 Relações sexuais			17 Possui algum tipo de deficiência?
	18 Número do Cartão SUS			19 Nome da mãe
	20 UF			21 Município de residência
	22 Código (IBGE)			23 Bairro de residência
	24 Logradouro (rua, avenida,...)			25 Número
Dados de Residência	26 Complemento (apto., casa, ...)			27 CEP
	28 (DDD) Telefone			29 Zona
	30 País (se residente fora do Brasil)			31 Local de ocorrência
	32 UF			33 Município de Ocorrência
	34 Bairro de ocorrência			35 Logradouro de ocorrência (rua, avenida,...)
	36 Número			37 Complemento (apto., casa, ...)
	38 Zona de ocorrência			39 Ocorreu outras vezes?
	40 A lesão foi autoprovocada?			41 Meio de agressão
	42 Tipo de violências			43 Tipo de violências
	44 Tipo de violências			45 Tipo de violências

Anexo 8

ODONTOGRAMA

(DENTES E SUA RESPECTIVA NUMERAÇÃO)