

TALITA LIMA DE CASTRO

**LESÕES CRANIOFACIAIS EM MULHERES VÍTIMAS DE
VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E FAMILIAR: REGISTROS DO
DEPARTAMENTO MÉDICO LEGAL DE VITÓRIA (ES),
ENTRE 2004 E 2008**

Dissertação apresentada à Faculdade de
Odontologia de Piracicaba, da Universidade
Estadual de Campinas, para obtenção do Título de
Mestre em Biologia Buco-Dental, com
concentração em Odontologia Legal e Deontologia.

Orientador: Prof. Dr. Eduardo Daruge Júnior

**PIRACICABA
2011**

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA**
Bibliotecária: Elis Regina Alves dos Santos – CRB-8a / 8099

C279L	Castro, Talita Lima de. Lesões craniofaciais em mulheres vítimas de violência doméstica e familiar: registros do Departamento Médico Legal de Vitória (ES), entre 2004 e 2008 / Talita Lima de Castro. -- Piracicaba, SP: [s.n.], 2011. Orientador: Eduardo Daruge Júnior. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba. 1. Odontologia legal. 2. Violência contra a mulher. 3. Traumatismos faciais. 4. Prova pericial. I. Daruge Júnior, Eduardo. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Odontologia de Piracicaba. III. Título. (eras/fop)
-------	--

Título em Inglês: Craniofacial injuries in female victims of domestic and familiar violence: records of the Department of Forensic Medicine of Vitória (ES), between 2004 and 2008

Palavras-chave em Inglês (Keywords): 1. Forensic dentistry. 2. Violence against women. 3. Facial injuries. 4. Expert testimony

Área de Concentração: Odontologia Legal e Deontologia

Titulação: Mestre em Biologia Buco-Dental

Banca Examinadora: Eduardo Daruge Júnior, Luis Renato da Silveira Costa, Luiz Franceschini Júnior

Data da Defesa: 16-03-2011

Programa de Pós-Graduação em Biologia Buco-Dental



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Faculdade de Odontologia de Piracicaba



A Comissão Julgadora dos trabalhos de Defesa de Dissertação de Mestrado, em sessão pública realizada em 16 de Março de 2011, considerou a candidata TALITA LIMA DE CASTRO aprovada.

A large, stylized handwritten signature in black ink, consisting of several loops and a long vertical stroke.

Prof. Dr. EDUARDO DARUGE JUNIOR

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Luis Renato da Silveira Costa" in a cursive style.

Prof. Dr. LUÍS RENATO DA SILVEIRA COSTA

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Luiz Franceschini Junior" in a cursive style.

Prof. Dr. LUIZ FRANCESQUINI JÚNIOR

DEDICO ESTE TRABALHO

Ao Senhor, meu Deus e Senhor

Por agir em meu viver, direcionar os meus passos
e operar em meus pensamentos.

Por todo o amor demonstrado a mim, a Ele dedico
minha vida e minha gratidão.

Ao meu pai, Josevane

Meu conselheiro e incentivador em todas as fases
desse projeto, meu eterno mestre.

À minha mãe, Lúdia

Melhor amiga e confidente, pelas conversas e amor
incondicional.

AGRADECIMENTOS

Ao meu irmão, Gabriel

Parte essencial da nossa família, de quem tenho muito orgulho, por fazer nossos dias mais divertidos.

Ao Eduardo, minha paixão, com quem sou muito mais feliz! Por colaborar em todos os sentidos na construção da minha história, e por fazer real minha alegria.

À minha família, pelo carinho sempre presente.

Ao Sr. Ivanildo, Zenith, Kelly, Karla, Lorena, Bráulio, Beto, Lidney, Yasmim, Lucas e Isabella, pela torcida em cada conquista.

À Paulinha, pela tão doce amizade.

Às amigas Laíse, Bárbara e Luciana, que dispensaram horas de passeios e lazer para me auxiliarem na pesquisa, agradeço pela imensa ajuda e especialmente pela amizade.

Aos amigos Rachel, Mário, Camilla e Carol, pela importância que tiveram na minha vida durante o curso.

Aos colegas do curso de pós-graduação em Odontologia Legal e Deontologia: Alicia, Carlos, Daniel, Juliana, Osvaldo, Andréia Sgarbi, Eduardo Rosa, Deibson, Natasha, Andréia Carro, Loíse, Eduardo Novaes, Silas, Dajara, Renato, Taciana, Augusta e Dario. Pelos momentos divertidos que passamos juntos.

À querida amiga Patricia Freitas Faria, Odontóloga Legal da Polícia Civil de Rondônia, pelo apoio inegável, pela ajuda em todos os momentos, e especialmente pela amizade.

À Dra Érica Demarchi, delegada titular da Delegacia de Defesa da Mulher de Ji-Paraná, da Polícia Civil de Rondônia, pelos ensinamentos e pelo carinho.

AGRADECIMENTOS

À Faculdade de Odontologia de Piracicaba da Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP, pela oportunidade de aprender e crescer com a maior qualidade e cientificidade.

Ao meu mestre e orientador Prof. Dr. Eduardo Daruge Júnior, por ter acreditado em mim e me dado a oportunidade de crescer profissionalmente a partir de seus ensinamentos. Pelo carinho e dedicação, o meu muito obrigado!

Ao Prof. Dr. Luiz Franceschini Júnior, pela ajuda na confecção desse trabalho. Pelas valiosas sugestões, dedicação e carinho demonstrados a nós.

Ao admirável professor Dr. Eduardo Daruge, pela honra de ter convivido e ouvido seus ensinamentos, minha gratidão e consideração.

À amada Célia Regina Manesco, pelo auxílio indispensável, pela contribuição ao nosso crescimento e pelo socorro nas horas em que mais precisamos. Muito obrigada, Celinha!

Aos Professores do Curso de Pós-Graduação em Odontologia Legal e Deontologia, pela dedicada atenção e apoio para a nossa formação científica.

AGRADECIMENTOS

Ao Departamento Médico Legal (DML) de Vitória, órgão vinculado à Polícia Civil do estado do Espírito Santo, pelo apoio científico disponibilizado, ao me proporcionar terreno para a realização desta pesquisa.

Ao Dr. Romildo Rabbi, pela confiança em mim depositada e pela oportunidade de conhecer e me aprofundar nas ciências forenses.

À Dra Kátia Souza Carvalho, pela receptividade, alegria e amizade sempre presente, e por abrir as portas para meu aprendizado.

Ao Dr. Luís Renato da Silveira Costa, médico legista do Laboratório de DNA Criminal da Polícia Civil do Espírito Santo, que teve papel fundamental nessa conquista profissional, a qual eu não teria alcançado sem seu apoio. Pelo aprendizado e confiança, muito obrigada!

À querida Marluce, pelo carinho e eficiência.

Ao Orlando, sempre tão disposto e bem humorado, pela imensa ajuda nas pesquisas.

“Para que Cristo habite pela fé nos vossos corações; a fim de, estando arraigados e fundados em amor, poderdes perfeitamente compreender, com todos os santos, qual seja a largura, e o comprimento, e a altura, e a profundidade, E conhecer o amor de Cristo, que excede todo o entendimento, para que sejais cheios de toda a plenitude de Deus.

Ora, àquele que é poderoso para fazer tudo muito mais abundantemente além daquilo que pedimos ou pensamos, segundo o poder que em nós opera, A esse glória na igreja e em Jesus Cristo, em todas as gerações, para todo o sempre. Amém.”

Efésios 3:17-21

RESUMO

A violência contra a mulher é considerada um problema de saúde pública, causando impacto na qualidade de vida pelas lesões físicas, psíquicas e morais que acarreta. Com o intuito de coibir a violência doméstica e familiar, foi promulgada em 2006 a Lei 11.340, conhecida como Lei Maria da Penha. Diante da necessidade de quantificar e caracterizar o problema da violência contra a mulher, o presente trabalho buscou analisar a quantidade de casos antes e após a referida Lei, investigar os tipos de lesões mais frequentes e as regiões mais atingidas em vítimas de violência de gênero, avaliar características dessas mulheres e das agressões sofridas, e observar as respostas oferecidas aos quesitos oficiais do exame de lesão corporal, além de abordar e discutir aspectos éticos e legais inerentes ao tema. Para o estudo retrospectivo proposto, realizou-se um levantamento nos registros dos exames de lesão corporal realizados nos meses de Março, Julho e Novembro dos anos de 2004 a 2008, no Departamento Médico Legal de Vitória, Espírito Santo. Foram incluídas mulheres vítimas de lesões corporais, encaminhadas em decorrência de violência de gênero, com idade entre 11 e 80 anos. Foram desconsiderados os laudos referentes à violência interpessoal não-familiar. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Piracicaba – UNICAMP. O número de laudos exibiu uma oscilação durante os anos estudados, sem evidenciar, porém, uma tendência específica ao longo do tempo. A quantidade de casos após a promulgação da Lei Maria da Penha foi maior em 30,21% que no período anterior à norma. Os resultados revelam que a mulher vitimizada é, na maior parte dos casos, jovem, numa faixa etária entre 25 e 35 anos e solteira, e não trabalha fora de casa. A maioria das vítimas era procedente de Vitória, ES. O companheiro ou marido da vítima foi o principal agressor, utilizando principalmente segmentos do corpo, como mãos e pés, como meio de agressão. As lesões craniofaciais mais encontradas foram a equimose e escoriação, e as regiões mais atingidas foram a orbitária, cervical e frontal. Quanto às respostas aos quesitos oficiais do laudo de lesão corporal, contabilizou-se que 30 casos seriam enquadrados como lesão grave, e quatro como lesão gravíssima. Em perícias de lesões bucais e faciais, é lícito afirmar que o cirurgião dentista está ética e legalmente habilitado para avaliar tais casos, analisar os danos temporários ou permanentes provocados e verificar a existência de nexo causal.

Palavras-chave: Odontologia Legal, Violência contra a Mulher, Traumatismos Faciais, Prova Pericial.

ABSTRACT

Violence against women is considered a public health problem which impacts the quality of life since it causes physical, mental and moral injuries. In order to curb domestic violence, Law 11340, known as the Maria da Penha Law, was enacted in 2006. Given the need to quantify and describe the problem of violence against women, this study sought to analyze the amount of cases before and after the referred Law, to investigate the most common types of injuries and the most affected regions in victims of gender violence, evaluate the characteristics of these women and of the aggression and observe the answers offered to the official questions of personal injury exam, as well as address and discuss ethical and legal issues inherent in the subject. For the proposed retrospective study, there was a survey on the records of examinations of personal injury made in March, July and November of the years 2004 to 2008, in the Department of Forensic Medicine of Vitória, Espírito Santo. The study included women victims of bodily injury, referred as a result of gender violence, aged between 11 and 80 years. The reports relating to interpersonal violence unfamiliar were discarded. The study was approved by the Ethics Committee of Faculty of Dentistry of Piracicaba – UNICAMP. The number of reports exhibited an oscillation during the studied years, but did not reveal a specific trend over time. The number of cases after the promulgation of Maria da Penha Law was higher at 30.21% on the previous period to the norm. The results show that the victimized woman is, in most cases, young in a age range between 25 and 35 years old and unmarried, and she does not work outside the home. Most of the victims were originally from Vitoria, ES. The victim's husband or partner was the main offender, using mainly parts of the body like hands and feet as a mean of aggression. The most frequent craniofacial injuries were spots and abrasions, and the most affected regions were orbital, neck and frontal. As for the answers to the official questions of personal injury examinations, 30 cases were classified as serious injury, and four as very serious injury. In expertise on oral and facial injuries, it is fair to say that the dentist is ethically and legally qualified to evaluate these cases, to analyze the temporary or permanent damage caused and to verify the existence of a causal link.

Key-words: Forensic Dentistry, Violence Against Women, Facial Injuries, Expert Testimony.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	1
2 REVISÃO DE LITERATURA	5
3 PROPOSIÇÃO	21
4 MATERIAL E MÉTODOS	23
5 RESULTADOS	27
6 DISCUSSÃO	45
7 CONCLUSÃO	79
REFERÊNCIAS	81
APÊNDICE	91
ANEXO I	93
ANEXO II	95
ANEXO III	111
ANEXO IV	113

1 INTRODUÇÃO

A violência é um fenômeno extremamente complexo, presente historicamente em todas as classes sociais, culturas e sociedades. Segundo a Organização Mundial da Saúde – OMS (2002), pode-se conceituar a violência como “o uso deliberado da força física ou do poder, seja na forma de ameaça ou efetiva, contra si mesmo, outra pessoa ou grupo ou comunidade, causando ou com probabilidades de causar lesões, morte, danos psicológicos, transtornos do desenvolvimento ou privações”.

Dentre os vários tipos de violência, encontra-se aquela praticada contra a mulher baseada na condição de inferioridade de seu gênero, podendo se manifestar por meio de qualquer ação ou omissão que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico, ou ainda dano moral ou patrimonial. Violência de gênero e violência contra mulheres são termos utilizados para denominar este grave problema. A Lei 11.340, conhecida como Lei Maria da Penha (Anexo II), subdivide a violência de gênero nos seguintes conceitos (Brasil, 2006):

- a) Violência doméstica: “aquela compreendida no espaço de convívio permanente de pessoas, com ou sem vínculo familiar, inclusive as esporadicamente agregadas”;
- b) Violência familiar: “a que ocorre no âmbito da família, formada por indivíduos que são, ou se consideram, aparentados, unidos por laços naturais, por afinidade ou por vontade expressa”;
- c) Violência conjugal: “aquela que se dá em qualquer relação íntima de afeto, na qual o agressor conviva ou tenha convivido com a ofendida, independente de coabitação”.

A violência de gênero tem características muito próprias, praticada por pessoas próximas, íntimas, em geral parceiros ou ex-parceiros (Rabello & Caldas Jr., 2006). No

Brasil, a cada 4 minutos, uma mulher é agredida em seu próprio lar, por uma pessoa com quem mantém uma relação de afeto (Brasil, 1998). Ainda que as mulheres possam agredir seus parceiros, e serem agredidas por pessoas do mesmo sexo, a violência doméstica, em sua grande maioria, ocorre em mulheres, vítimas de seus parceiros (Rabello & Caldas Júnior, 2006). Em todas as culturas do mundo, as mulheres vivem em condições de desigualdade social em relação aos homens, que adquirem diferentes manifestações e magnitudes (Casique & Furegato, 2006). Em muitos povos do mundo, a mulher não tem registro de nascimento e pode ser submetida a castigos físicos sem punição ao agressor (Rabello & Caldas Júnior, 2006).

É muito comum a percepção do relacionamento entre homem e mulher como o desempenho de papéis estereotipados e idealizados pela sociedade ao longo dos anos, e que ainda permeiam nossa cultura atual, como o de homem forte e mulher submissa. Tais papéis foram construídos sobre crenças e valores morais, religiosos e políticos, cultivados por cidadãos de cada época (Borin, 2007).

Porém, sabe-se que as mulheres que resistem a uma relação abusiva, indefinidamente, acabam perdendo a saúde individual tanto física quanto mental, o que, por consequência, afeta a saúde da família (Casique & Furegato, 2006). A Organização Mundial da Saúde – OMS reconhece a violência doméstica como um problema de saúde pública (Brasil, 1998; OMS, 2002). O impacto que provoca na qualidade de vida é evidente, seja pelas lesões físicas, psíquicas e morais que acarreta, seja pelas exigências de atenção e cuidados dos serviços médico-hospitalares. Os danos, as lesões, os traumas e as mortes causados pela violência geram altos custos emocionais e sociais e com aparatos de segurança pública. Causam prejuízos econômicos por causa dos dias de ausência do trabalho, pelos danos mentais e emocionais incalculáveis que provocam nas vítimas e em suas famílias e pelos anos de produtividade ou de vida perdidos (Brasil, 2005). Além disso, ela vai contra o conceito ampliado de saúde, que envolve bem estar físico, mental e social, e não apenas ausência de doenças, sendo também uma violação dos direitos humanos (Minayo, 2004).

A maioria dos casos de violência reincide se não há alguma ação que interrompa a sua dinâmica. Daí a importância de leis que interfiram nesse contexto (Brasil, 2005).

Até a segunda metade do século passado, a violência exercida dentro dos lares permanecia sem que ninguém fizesse nem dissesse nada. Ela não era manifestada abertamente tendo o apoio das condições sociais da época. A partir desse período o assunto veio à tona, movimentos feministas contra a impunidade surgiram, e começou-se a discutir e denunciar os casos de violência contra a mulher. Diante dessa situação, ao perceberem a magnitude do problema, diversos países mobilizaram discussões sobre o tema, por meio de diversas conferências internacionais, que buscavam a proteção dos direitos humanos e a erradicação da violência contra a mulher. Pode-se citar a Convenção para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher, ratificada pelo Brasil em 1984, pela qual se admitia o problema da desigualdade de gênero e da necessidade de solucioná-lo. Em 1985, a primeira Delegacia Especializada da Mulher é criada em São Paulo, e em 1995 ocorre a ratificação da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, conhecida como "Convenção de Belém do Pará", adotada pela Assembléia Geral da Organização dos Estados Americanos – OEA. A declaração das Nações Unidas sobre a Erradicação da Violência contra as mulheres é adotada pela Assembléia Geral da ONU em 1993, e define a violência como qualquer ato de violência apoiado no gênero que produza ou possa produzir danos ou sofrimentos físicos, sexuais ou mentais na mulher. Diante da inquietude internacional sobre o fenômeno da violência contra a mulher, análises e discussões sobre o assunto se faziam necessários (Casique & Furegato, 2006).

Após anos de impunidade, baixa repressão aos agressores, e sentenças condenatórias raras, especialmente por “falta de provas”, surge em sete de agosto de 2006 a Lei 11.340 (Brasil, 2006), batizada de Lei Maria da Penha. Criada com o objetivo de coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, a norma traz em seu texto medidas protetivas que ampliam o amparo às mulheres, prevendo, por exemplo, a saída do agressor do domicílio ou a proibição de sua aproximação da mulher agredida e dos filhos. Aumentou

o tempo máximo de detenção previsto de um para três anos, eliminando o pagamento de cestas básicas, multa ou qualquer pena alternativa como forma de punição. Além disso, possibilitou que os agressores sejam presos em flagrante ou tenham sua prisão preventiva decretada, nos casos previstos em lei (Brasil, 2006).

Sabe-se que a mulher sofre uma violência silenciosa, que muitas vezes não é denunciada em função do medo ou vergonha, e que o serviço disponibilizado pelo Estado por vezes mostra-se insuficiente, descuidando na garantia de segurança dessas mulheres. Dizer que a lei é eficiente ou não, não é um processo simples, depende de muitos quesitos e varia de acordo com a região do país. É necessário quantificar e caracterizar o problema para elaborar políticas públicas. Segundo Mota *et al.* (2007), conhecer o perfil de mulheres vitimadas contribui para a geração de ações específicas que reduzam esse tipo de agressão, além de contribuir para a melhora no atendimento e encaminhamento das vítimas a serviços que melhor se adequem a cada situação de violência.

O Departamento Médico Legal – DML de Vitória é o órgão responsável pela realização dos exames de corpo de delito da Região Metropolitana da Grande Vitória, vinculado à Polícia Civil do Estado do Espírito Santo. Não possui em seu quadro funcional odontologistas, e os exames são todos realizados por médicos, inclusive os que envolvem a área odontológica.

Considerando que a região da Grande Vitória representa uma típica metrópole, com aproximadamente 1.600.000 habitantes, e que abriga mais da metade (57%) da população urbana do estado do Espírito Santo (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, 2007), realizou-se por meio do presente trabalho um levantamento nos laudos médico-legais de exame de lesão corporal do Departamento Médico Legal da região, buscando investigar os tipos de lesões faciais e buco-dentais mais frequentes em mulheres vítimas de violência de gênero, avaliar características dessas mulheres, e pesquisar se houve alteração da quantidade de casos no período entre dois anos antes e dois anos após a promulgação da Lei 11.340/06.

2 REVISÃO DA LITERATURA

De acordo com uma teoria apresentada pela psicóloga americana Lenore Walker (1977), sobre os motivos que fazem com que as mulheres agredidas permaneçam com seus parceiros agressores, a violência doméstica segue três ciclos distintos. A primeira fase é a formação da tensão, durante a qual a mulher tenta acalmar o agressor agradando-o e se anulando ao extremo para tentar apaziguar a situação. A segunda fase é a da explosão da tensão, onde ocorre a violência física, durante a qual a relação torna-se insustentável. Segue-se a brutalidade anunciada, que dura, em média, de duas a 24 horas. A terceira fase é a chamada de lua-de-mel, quando ocorre o arrependimento do agressor. Ele pede perdão, demonstra-se culpado e com remorso e faz promessas que não irá mais agir de forma violenta. A mulher, por não ter condições psicológicas de não acreditar, acaba se sentindo reconhecida como boa esposa, recupera-se das agressões e se conscientiza de que elas não são as únicas coisas de seu relacionamento. Ela percebe que ama o agressor, preocupa-se com ele, com sua reputação e com o relacionamento dele com seus filhos e o restante da família. Nesta hora, se a agredida já o deixou, ela retorna ao relacionamento.

A Constituição Federal de 1988 (Brasil, 1988) ampliou a teoria dos direitos das mulheres quando trouxe em seu texto o artigo 5º, que trata “da igualdade de direitos e deveres entre homens e mulheres”. O artigo 226 prevê a proteção especial da família pelo Estado, e o parágrafo 8º do mesmo artigo incumbe o próprio Estado a criar mecanismos para coibir a violência no âmbito das relações familiares.

McIlwaine, em 1989, já chamava a atenção que os profissionais que atendem vítimas de violência doméstica devem fazer mais do que tratar ferimentos e necessidades imediatas das vítimas. Eles devem estar preparados para enfrentar a difícil tarefa de procurar medidas de longo prazo visando a prevenção da violência doméstica, e isso significa identificar e alterar as condições que dão origem a ela.

Gremillion & Kanof (1996) cita como barreiras à participação do médico na violência doméstica as questões sociais contemporâneas como tolerância da sociedade à violência, conceitos idealizados de vida familiar, alegação de falta de tempo, técnicas inadequadas de abordagem e relação profissional com o agressor. Os autores citam também fatores legais e institucionais, como medo da repressão legal, recursos institucionais limitados, políticas inadequadas ou não esclarecidas, entre outros, que também dificultam o envolvimento com os casos de violência contra a mulher.

De acordo com Harazim (1998), quem não vive uma situação de violência em casa tem dificuldade em entender sua lógica, a desproporção assombrosa entre a miudeza da causa e a devastação do efeito. Em situações de relacionamento-limite, basta “uma camisa mal passada, o sumiço de um objeto, a recusa de um contato físico ou o atraso na volta das compras para desencadear o pior”. A vítima não vê saída, mesmo que tenha a chave da porta.

O Brasil é o país que mais sofre com a violência de gênero, perdendo cerca de 10,5% do seu Produto Interno Bruto – PIB com esta questão. Porém, a magnitude de suas consequências na economia do Brasil, nos custos com sistema de saúde, polícia, Poder Judiciário, órgãos de apoio e com a própria saúde das mulheres ainda não pode ser medida com maior precisão, pois as estatísticas brasileiras necessitam de dados importantes que não são coletados, sobretudo nos serviços de saúde. É um prejuízo decorrente da falta do diagnóstico de violência doméstica nos prontuários médicos (Brasil, 1998).

Após revisarem aproximadamente 50 pesquisas realizadas ao redor do mundo, Heise *et al.* (1999) afirmam que os resultados mostram que de 10% a mais de 50 % das mulheres entrevistadas relataram ter sido objeto de agressões físicas por parte de seu parceiro em algum momento de suas vidas. Os autores ressaltam que com treinamento e suporte os prestadores de cuidados da saúde devem, além de fornecer o tratamento médico, oferecer aconselhamento, documentar os ferimentos sofridos e encaminhar tais mulheres a assistência jurídica e serviços de apoio. Porém, esses profissionais isoladamente não conseguem transformar o ambiente cultural, social e legal que origina e tolera a violência

generalizada contra as mulheres. Acabar com a violência física e sexual exige um compromisso a longo prazo e estratégias que envolvam todos os segmentos da sociedade. Daí a importância de leis que assegurem os direitos legais das mulheres e punam os culpados, para que, um dia, a violência doméstica não seja encarada como uma prática invisível, mas sim uma aberração inaceitável.

Deslandes *et al.* (2000), ao pesquisar casos de mulheres agredidas atendidas em dois hospitais do Rio de Janeiro, RJ, verificaram que a face e a cabeça foram as áreas corporais mais atingidas, seguidas por braço e mão. Percebe-se que a face é a área preferida pelos agressores, tendo sido constantes os relatos de socos no olho e mandíbula, sendo mais raramente referidos casos de chutes. Segundo os relatos, nos casos em que o braço ou mão foi atingida, na maioria das vezes foi porque a mulher tentou proteger a face de um golpe desferido, funcionando assim como anteparo e sofrendo o impacto da agressão. Os autores perceberam ainda que os profissionais envolvidos no atendimento dessas mulheres foram predominantemente o ortopedista (66,7%), seguido pelo odontólogo (9,5%). Comparando-se com o atendimento prestado no conjunto de todas as causas externas, percebeu-se que nos atendimentos das mulheres vítimas de violências domésticas houve uma participação muito maior de cirurgiões-dentistas (9,5%) do que no total das causas externas (2,2%). A maioria das agressões foi praticada no interior da residência (83,3%), sendo prática recorrente, facilitada pelo fato de a agressão transcorrer sem interrupções de outras pessoas e sob a legitimidade da privacidade do lar.

De acordo com Castro & Riquer (2003), há uma série de trabalhos sobre violência contra as mulheres na América Latina. Porém, não há respostas definitivas sobre a natureza e as causas do problema. Faltam pesquisas centradas na origem do problema, que tomem os próprios homens como sujeitos da investigação e explorem neles as perguntas necessárias. É preciso abandonar os desenhos meramente estatísticos e questionar o que sustém precisamente o desequilíbrio de poder entre homens e mulheres, o que alimenta suas atitudes agressivas e por que o estresse se associa à violência.

Através das informações extraídas de fichas de um centro de atendimento a mulher do sul do Brasil, Galvão & Andrade (2004) verificaram que cerca de 97% das agressões ocorrem no próprio lar. Do total de 470 fichas analisadas, a maioria (47,2%) declarou-se casada e 54% possuem um ou dois filhos. Os principais agressores são os atuais maridos ou companheiros das mulheres, em 73% dos casos.

Cintra (2004) após avaliar os laudos de lesão corporal do Instituto Médico Legal - IML do Rio de Janeiro realizados em 2001 e 2002, verificou que para os indivíduos do sexo feminino, a faixa etária mais acometida por lesões foi a de 16 a 35 anos, e o soco foi o principal agente causador de trauma nos casos analisados. A maxila e a mandíbula foram as áreas mais atingidas, e as principais lesões dentárias foram mobilidade, fraturas e até perdas dos elementos.

Ferreira (2004) afirma que a violência contra a mulher está associada a um maior risco para diversos agravos à saúde. Das 977 entrevistadas, usuárias de unidades básicas de saúde do município de São Paulo, que estavam casadas ou tinham companheiro à época da pesquisa, 57,7% relataram violência física, psicológica e/ou sexual pelo parceiro. Porém, apenas 03 prontuários continham o registro da violência. A autora percebeu que a prevalência de violência por parceiro íntimo é alta, o registro em prontuários é muito baixo, e que as mulheres em situação de violência tendem espontaneamente a procurar e usar mais os serviços de saúde.

Adeodato *et al.*, em 2005, realizaram um estudo através de questionários com mulheres que sofreram agressão de seus parceiros no Ceará. Concluíram que o perfil da mulher agredida é jovem, casada, tem filhos, pouco tempo de estudo e baixa renda familiar. Cerca de 84% das mulheres relataram ter sofrido agressão física, 72% delas apresentaram quadro sugestivo de depressão clínica, 39% já pensaram em suicídio e 24% passaram a fazer uso de ansiolíticos após o início das agressões. Esses dados mostram como a violência influencia na saúde da mulher. Os principais fatores que desencadearam as agressões foram o álcool e o ciúme. Quanto aos motivos alegados por não terem deixado o parceiro no início das agressões foi o fato dos agressores prometerem melhorar (58%), seguido do fator

filhos (48%) e da dependência financeira (38%), que estava normalmente associado ao fator filhos.

Kronbauer & Meneghel (2005) notaram que existe uma invisibilização dos eventos violentos pelas próprias mulheres, que naturalizam, banalizam e relativizam as violências que sofrem, e o que é pior, não as percebem como tal. Os autores assinalam que as mulheres em situação de violência de gênero procuram mais os serviços de saúde e falam sobre as violências que sofrem, desde que se dê a elas condições de acolhimento e de escuta.

Majdalani *et al.* (2005), procurando validar um questionário desenvolvido para detectar casos de violência nas unidades básicas de saúde, para mulheres de língua espanhola, perceberam que as mulheres entrevistadas entenderam as perguntas corretamente, os exemplos dados e as opções de resposta e essas não encararam a pesquisa como um elemento de intimidação nem uma invasão de sua privacidade. No geral, as entrevistadas consideraram a aplicação do questionário como uma excelente oportunidade para expressar seu sofrimento e receber ajuda.

Casique & Furegato (2006) explicam que violência de gênero é aquela exercida pelos homens contra as mulheres, em que o gênero do agressor e o da vítima estão intimamente ligados à explicação desta violência. Dessa forma, afeta as mulheres pelo simples fato de serem deste sexo, e os homens mantêm o controle e o domínio sobre elas. As agressões incluem violação, maltrato físico, psicológico, econômico e, algumas vezes, pode culminar com a morte da mulher maltratada. Também o abuso psicológico, sexual ou físico, habitual, ocorre entre pessoas relacionadas afetivamente como marido e mulher ou adultos contra menores ou idosos de uma família. Os autores citam como consequências da violência as lesões abdominais, torácicas, contusões, edemas, hematomas, síndrome de dor crônica, invalidez, fibromialgias, cefaléias, dor abdominal, síndrome de intestino irritável, entre outros. Aditam ainda os resultados na vida sexual e reprodutiva, gerando distúrbios ginecológicos, fluxo vaginal persistente, sangramento genital, infertilidade, aborto espontâneo, disfunção sexual, retardo no desenvolvimento intra-uterino, e ainda as sequelas

psicológicas e comportamentais, como depressão, ansiedade, distúrbios da alimentação e do sono, sentimentos de vergonha e culpa, fobias e síndrome de pânico. Os autores ressaltam ainda os riscos disso para os filhos do casal. Presenciando a violência dentro da família, aumentam nas crianças as probabilidades de sofrer depressão, transtornos de conduta e atrasos no seu desenvolvimento cognitivo. Além do mais, aumenta o risco de se converterem, por sua vez, em vítimas de maltrato ou futuros agressores.

Faria (2006) estudou as lesões localizadas no aparelho estomatognático e as marcas de mordedura humana localizadas em qualquer segmento corporal, em vítimas de violência doméstica. O autor percebeu que a mulher é a vítima mais frequente e que, embora predominem agressões entre cônjuges, os mais diversos parentes agredem-se entre si. O autor enfaticamente discute sobre o grande valor do odontologista no exame de corpo de delito, e da importância do conhecimento sobre aspectos da violência doméstica pelos profissionais da saúde. Ressalta que as lesões leves, muitas vezes, não levam o paciente a procurar tratamento médico ou odontológico, já que uma simples escoriação pode ser tratada em casa, sem consequências graves. Porém, as pessoas que procuram os Institutos Médico Legais não estão em busca de cura para suas lesões somáticas e sim à procura de solução para seus problemas jurídicos. Ao legista chegam as lesões corporais de diversas naturezas e entre elas a violência doméstica.

Garbin *et al.* (2006) realizaram um estudo nos laudos presentes nos inquéritos policiais de lesão corporal e maus-tratos na Delegacia de Defesa da Mulher de Araçatuba, SP. Os resultados encontrados revelaram que as agressões ocorrem em faixas etárias diversas, com predominância na infância e adolescência, e que a maior prevalência de lesões ocorre na região da cabeça e pescoço, área de atuação do cirurgião-dentista, que necessita estar preparado para atender, entre outros, o paciente vítima de violência.

Kenney (2006) discute sobre o valor do reconhecimento e identificação da violência doméstica pelo profissional de saúde bucal, e o que necessita ser feito para proteger e ajudar esses pacientes. É importante identificar lesões físicas específicas, como trauma dental e lesões na cabeça ou no pescoço de qualquer tipo sem uma explicação

adequada, lesões de defesa nas pálpebras, presença de lesão de múltiplos sites, especialmente a nível bilateral, hematomas em vários estágios da cura. A vítima vestida em trajes inadequados, tais como vestidos longos com mangas e calças em climas quentes e volumosos óculos escuros, mesmo quando está nublado podem significar que escondem o abuso físico. A vítima pode não estar disposta a explicar o que aconteceu, ou oferece uma explicação inconsistente com a injúria real.

Gomes *et al.* (2007) afirmam que, por ser o primeiro sistema que o indivíduo interage, a família consiste no micro-sistema no qual cada membro tem uma posição e um papel socialmente definido, que reflete sua organização estrutural e funcional. As relações familiares são permeadas por relações de poder, nas quais as mulheres, assim como as crianças, obedecem ao homem, tido como autoridade máxima no núcleo familiar. Assim sendo, o poder do homem é socialmente legitimado, seja no papel de esposo, seja no papel de pai. Embora, as relações interpessoais de violência estivessem presentes ao longo da história no cotidiano da relação familiar, esta sempre esteve socialmente invisível por conta da autoridade outorgada ao masculino e cristalizada na estrutura familiar. Percebe-se, portanto, que só a partir de estudos sobre a temática família é que se reconhece este fenômeno enquanto ato moralmente condenável, justificando, a partir daí, a intervenção do Estado. Sob este ângulo, a violência se configura um processo de dominação e demonstração de poder que emerge da dinâmica familiar, trazendo repercussão para toda a família.

Até a década de 80 do século passado era difícil uma política pública voltada ao direito da mulher. Esse contexto começou a mudar em 1984, quando o Brasil ratificou a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher – CEDAW (Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women), reconhecendo que a discriminação contra a mulher viola os princípios de igualdade de direitos e do respeito à dignidade humana, dificulta a participação da mulher na vida política, social, econômica e cultural de seu país e constitui um obstáculo ao aumento do bem-estar da sociedade e da família. Em 1985, foi criada no Brasil a primeira Delegacia Especializada de Atenção à mulher, no estado de São Paulo, visando as providências legais

dessas mulheres. O passo seguinte adotado pelo Brasil nessa direção foi a ratificação da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, conhecida como "Convenção de Belém do Pará". O documento foi adotado pela Assembléia Geral da Organização dos Estados Americanos – OEA, e ratificado pelo Brasil em 1995. O tratado complementa a CEDAW e reconhece que a violência contra a mulher constitui uma violação aos direitos humanos e às liberdades fundamentais, limitando o reconhecimento, o gozo e o exercício de tais direitos e liberdades (Alves, 2006).

Rabello & Caldas Júnior (2006) estudaram 130 mulheres que sofreram violência física doméstica na cidade de João Pessoa, Paraíba, e que apresentavam lesões do complexo buco-maxilo facial. Os autores observaram que as mulheres são jovens, com média de idade de 30,1 anos, de baixa renda e de classe social menos favorecida. Os dados encontrados revelaram que 73,9% tinham renda pessoal de até um salário mínimo e 73,1% pertenciam a classe social D ou E. O agressor de maior frequência (96,2%) era do sexo masculino e 90,0% eram companheiro e ex-companheiro. Em 56,2% dos casos a mulher foi atingida na cabeça, e as regiões craniofaciais mais atingidas foram a região orbitária (41,1%), seguida da frontal (24,7%) e da bucal (17,8%). Em relação às lesões, 52,1% era escoriação, seguido de equimose (45,2%). Em apenas 1,5% dos casos houve comprometimento dentário.

Campos (2006) estudou o perfil de crianças e adolescentes vítimas de violência familiar na Região Metropolitana da Grande Vitória, nos anos de 2002 e 2003, por meio dos laudos de Exame de Lesões Corporais. O autor notificou que a maior parte das vítimas era do sexo feminino (63,35%), e os principais agressores eram os pais biológicos (53,85%), seguidos do padrasto (12,40%). O maior número de agressões se deu nos fins de semana e aconteceram por meio de trauma direto, com as próprias mãos, mas o uso de cinto e outros objetos caseiros foi relatado em 14,41% dos casos. As lesões mais frequentes foram as equimoses e as escoriações, e as regiões faciais mais atingidas foram as orbitárias, a frontal e a oral. O autor considerou que o fato do pai, apontado como principal agressor, ser também o principal mantenedor do lar, pode impedir que as mães, em situação de

dependência econômica, não se proponham a oferecer queixa, permitindo assim a continuidade dos maus tratos intra-familiares.

Rezende *et al.* (2007) analisaram os registros e laudos referentes às lesões corporais na região peribucal em mulheres que sofreram agressão, encaminhadas ao setor de Odontologia do Instituto Médico Legal de Belo Horizonte. Das 108 mulheres atendidas, 70,4% encontrava-se na faixa etária de 20 a 39 anos, e a maioria (63,0%) declarou-se solteira. De acordo com os autores, a lesão de tecido mole mais frequente foi a laceração, a de tecidos duros e da polpa foram as fraturas de esmalte e dentina sem complicações, e a de tecidos periodontais foi a concussão. O estudo revelou que as lesões buco-dentais são frequentes e representam uma grande demanda para os serviços odontológicos de saúde pública que prestam esse atendimento, e a coleta de dados nos exames periciais deve ser cuidadosa, de modo a disponibilizar informação mais detalhada da violência contra as mulheres.

Borin (2007) investigou por meio de entrevistas as percepções de violência em mulheres agredidas por seus parceiros que procuraram a Delegacia de Defesa da Mulher de Ribeirão Preto para registrarem ocorrência contra seus agressores. A autora notou que parece haver em tais mulheres uma esperança de alguma mudança pelo companheiro, além de serem dependentes emocional e economicamente, além da preocupação com o futuro dos filhos. Algumas justificativas comuns para as agressões foram citadas, como “cresceu vendo o pai bater na mãe”, “está desempregado”, “é só quando ele bebe”, entre outras. O uso de álcool e drogas também foi citado pelo estudo como presente na maior parte dos casos de violência analisados.

Mota *et al.* (2007) buscaram investigar a relação entre violência e condições sociodemográficas da vítima e do agressor, por meio de informações das fichas de atendimento de um centro especializado no atendimento a mulheres vítimas de violência, do município do Rio de Janeiro. Os resultados apontaram um perfil diferenciado de mulheres vitimadas pelo parceiro no que se refere à gravidade da violência. Enquanto as vítimas de lesão grave de origem sexual associaram-se ao ensino médio incompleto, o

grupo das vítimas de lesões leves de origem física e psicológica se relaciona com tempo de união entre vítima e agressor inferior a cinco anos e ensino médio completo da mulher.

Garbin *et al.* (2008) destacam que nos casos denunciados à polícia, a documentação médico-legal é fundamental para a tipificação do crime e estabelecimento da pena, existindo necessidade de o cirurgião-dentista compor a equipe dos Institutos Médico Legais, dada a grande contribuição deste profissional nas perícias de sua competência. Os autores chegaram a essa conclusão após analisarem laudos médico-legais que continham descrições de lesões odontológicas e perceberem que muitos dos laudos analisados não descreviam adequadamente as lesões que acometeram o complexo maxilo-mandibular, evidenciando possível desconhecimento dos peritos responsáveis pela sua emissão.

Leôncio *et al.* (2008) revisaram boletins de ocorrência registrados na Delegacia de Defesa da Mulher, em Ribeirão Preto, e perceberam que a separação conjugal foi o motivo desencadeante da agressão em 44,62% dos casos, sendo a residência o local mais frequente da ocorrência (76%). Os autores afirmam que a violência contra as mulheres é uma questão de ordem político-social, e, como problema de saúde pública, ela exige o preparo dos profissionais para seu enfrentamento, articulando ações preventivas e assistenciais humanizadas na perspectiva da atenção integral à mulher.

Garcia *et al.* (2008) avaliaram a violência entre mulheres atendidas em três instituições diferentes, o Hospital de Clínicas de Uberlândia, a Organização Não Governamental SOS Ação Mulher Família e o Posto Médico Legal da cidade. A violência contra as mulheres atendidas nessas instituições atinge principalmente aquelas de 18 a 39 anos, amasiadas, de diferentes profissões, mas principalmente do lar e domésticas. É praticada principalmente pelos amásios e esposos, os quais apresentam perfil sócio-econômico e etário que se assemelha ao das vítimas. As agressões ocorrem dentro dos próprios lares, e segundo as vítimas, motivadas pelos vícios e o ciúme; a esperança de que o relacionamento conjugal melhore faz com que as mulheres permaneçam na relação violenta.

Conforme expõem Debert & Gregori (2008), a criação das delegacias especiais voltadas para a defesa de minorias desprivilegiadas remete à forma pela qual universalidade e particularidade estão presentes no Brasil. Acredita-se que a universalidade dos direitos só pode ser conquistada se a luta abordar cada uma das formas de opressão de cada um dos diferentes grupos desprivilegiados. Isso leva à criação de tipos diversos de delegacias de polícia que terão impactos distintos, como as delegacias da criança e do adolescente, do idoso e as de defesa da mulher. O dilema dos agentes que ali atuam é combinar a ética policial com a defesa dos interesses das minorias atendidas. Esse desafio contribui para a geração de conflitos éticos, exigindo de seus agentes uma enorme dose de criatividade.

De acordo com Pasinato & Santos (2008), as delegacias especializadas da mulher surgem em resposta às demandas feministas em 1985, em São Paulo. Como são órgãos policiais, elas têm como função principal registrar ocorrências policiais e realizar o trabalho de investigação, consolidado em inquéritos policiais ou em termos circunstanciados. Existe ao seu redor um debate sobre o seu modelo de funcionamento. Primeiro, discute-se que tipos de serviços devem oferecer – se devem restringir-se apenas à prestação de serviços policiais ou se devem incluir, na própria delegacia, assistência psicológica, social e jurídica. Segundo, que papel devem desempenhar os serviços policiais – com posições que variam desde um papel educativo, de mediação, de conciliação, de aconselhamento ou apenas de investigação. Terceiro, que tipos de crime devem investigar – violência apenas no âmbito doméstico ou qualquer violência contra a mulher, como homicídio, espancamento, crimes sexuais, entre outros.

A Lei Maria da Penha foi assim batizada em homenagem a uma vítima da violência doméstica. O caso de Maria da Penha Maia Fernandes expôs as entranhas do lento processo judicial brasileiro ao mundo. Em 1983, a biofarmacêutica levou um tiro nas costas que a deixou paraplégica, aos 38 anos de idade. O autor do disparo foi seu marido, o professor universitário Marco Antônio Heredia Viveros, que, após isso, ainda tentou matá-la eletrocutada. Em 1998, mais de 15 anos após o crime, ainda não havia decisão definitiva no processo e o agressor permanecia em liberdade, quando o caso chegou à Comissão Interamericana dos Direitos Humanos da Organização dos Estados Americanos. As

irregularidades no processo e a demora injustificada demonstraram a violação de normas de direitos humanos pelo Estado brasileiro. Ficou comprovado que o caso não era um fato isolado, ao contrário, seguia um padrão sistemático de negação de acesso à Justiça para mulheres vítimas de violência de gênero e impunidade para os agressores no país. Em 2001, a OEA condenou o Brasil a definir uma legislação adequada a esse tipo de violência, e somente em 2002, foram precisas novas intervenções na comissão interamericana para que o processo criminal fosse concluído no âmbito nacional, e o agressor, finalmente preso, pouco antes de o crime prescrever (Affonso *et al.*, 2008).

Conforme relatório elaborado pela Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, em 2008, o Comitê da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher – CEDAW elogiou o Brasil pela promulgação Lei 11.340, conhecida como Lei Maria da Penha, e recomendou mais campanhas de conscientização pública sobre a inaceitabilidade da violência contra as mulheres, e que o governo brasileiro trabalhe para assegurar oportunidades iguais para mulheres e homens no mercado de trabalho e para aumentar o acesso das mulheres à assistência à saúde (Brasil, 2008).

De acordo com o IBGE (2009), que divulgou o suplemento Características da Vitimização e do Acesso à Justiça no Brasil, da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad), mais de um milhão de mulheres relatou agressão no ano de 2009. Entre elas, 25,9% afirmaram ter sido vítimas do cônjuge ou ex-cônjuge, e 11,3% por parente. Os resultados revelam ainda que, entre as mulheres vítimas de agressão, 524 mil relataram não ter procurado a polícia. Dentre os motivos apontados para isso predominaram as alegações de que a vítima tinha medo de represália ou não queria envolver a polícia (38,4%), ou ainda porque não considerava a agressão importante (13,7%).

De acordo com um balanço apresentado pelo Conselho Nacional de Justiça - CNJ, apenas no período entre julho e novembro de 2008, o número de processos em tramitação por violência doméstica chegou a mais de 150 mil. Dos processos abertos, 75.829 já foram sentenciados, mas apenas cerca de 2% resultaram em prisão. De acordo com Andrea Pachá, presidente da Comissão de Acesso à Justiça e Juizados Especiais do

CNJ, a lei está funcionando, pois o objetivo maior dela é garantir acesso e atuar na solução de conflitos, mas nem sempre a prisão é a medida mais efetiva (Zenker, 2009).

Chiaperini *et al.* (2009) realizaram uma pesquisa para averiguar as lesões corporais que atingiram o complexo maxilo-mandibular em mulheres que se submeteram à perícia médico-legal no IML, no município de Ribeirão Preto, SP, nos anos de 1998 a 2002. Os autores perceberam um elevado comprometimento do complexo maxilo-mandibular em mulheres na faixa etária de 26 a 30 anos, e no grupo étnico de mulheres brancas. Quanto à etiologia do dano, as agressões físicas foram responsáveis pelo maior percentual (57 %), havendo elevada incidência de escoriação, edema e equimose. Quanto às regiões da face atingidas, a região oral foi a mais prevalente, seguida da região nasal.

Lamoglia & Minayo (2009) realizaram uma pesquisa que traçou o perfil de mulheres e homens envolvidos em situações de violência conjugal, a partir de queixas notificadas em uma delegacia do interior do estado do Rio de Janeiro. As autoras verificaram que o rosto foi o lugar preferido pelos homens para dar socos e provocar lesões que afetaram, especialmente, os olhos e os dentes das mulheres.

Barbieri (2009) analisou laudos de exame de corpo de delito do IML de Taubaté, SP, e constatou que a agressão interpessoal foi responsável pelo maior número de ocorrências (54,64%). As vítimas envolvidas eram jovens, com maior incidência na faixa etária entre 16 e 24 anos de idade. Do total de laudos expedidos no período analisado, 23,81% apresentavam relatos de lesões faciais e destes 6,31% apresentaram relatos de envolvimento dentário. A lesão de maior ocorrência foi a fratura (3,93%) e o maior número de lesões ocorreu no maxilar superior. A autora chama a atenção para a importância da contribuição que odontologistas podem dar à celeridade judicial, à precisão pericial, à pesquisa científica e à plenitude da defesa do cidadão, quando presentes na avaliação da extensão e gravidade de lesões.

A pesquisa realizada por d'Oliveira *et al.* (2009) encontrou uma prevalência de violência física e/ou sexual em mulheres de 28,9% no município de São Paulo e de 36,9% na Zona da Mata de Pernambuco. Escolaridade até oito anos, violência física conjugal entre

os pais da mulher, abuso sexual na infância, cinco ou mais gestações e problemas com a bebida mostraram-se associados à violência por parceiro íntimo em ambos locais.

Estudo publicado pelo Instituto de Segurança Pública do Rio de Janeiro (2009) mostrou que em 21,9% dos homicídios de mulheres, as vítimas conheciam os acusados. Em 15,2% dos casos, os acusados eram os companheiros ou ex-companheiros das vítimas, 0,5% eram pais/padrastos e 2,2% eram parentes, ou seja, a princípio, 18,9% das mulheres assassinadas em 2008 foram vítimas de violência doméstica ou familiar. No mesmo ano, o estudo mostrou que 35,6% das mulheres vítimas de homicídios dolosos tinham entre 18 e 34 anos, evidenciando o envolvimento de jovens vítimas nesses crimes.

Segundo pesquisa sobre a percepção social a respeito de violência contra as mulheres divulgada em dezembro de 2010 pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), para 91% da população, crimes de violência doméstica contra a mulher devem ser investigados mesmo que a vítima não queira ou retire a queixa inicial, trazendo à tona que o velho ditado “em briga de marido e mulher não se mete a colher” parece estar superado entre os brasileiros. Para quase 82% dos entrevistados, a violência contra a mulher em âmbito doméstico é “um grande problema da nossa sociedade”, e mais de 95% disseram que conhecem ou já ouviram falar da Lei Maria da Penha. Porém, apesar do conhecimento e da aceitação da Lei Maria da Penha, menos de 31% dos entrevistados afirmaram conhecer algum caso de mulher que utilizou o serviço de atendimento (Costa, 2010).

Conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010a), dos 5.565 municípios existentes no Brasil, apenas 274 contam com atendimento judicial especializado em violência doméstica e familiar contra a mulher. O maior número deles está no estado de São Paulo, com 41 municípios que contam com este serviço, seguido de Minas Gerais, com 26. Distrito Federal e Amapá não oferecem esse tipo de vara especializada. Já os municípios que dispõem de delegacia de polícia especializada no atendimento à mulher totalizam 397 em todo o país, sendo 120 no estado de São Paulo e 49 em Minas Gerais.

Em estudo desenvolvido no Instituto Médico Legal de Ribeirão Preto, Santi *et al.* (2010) entrevistaram 57 mulheres, vítimas de violência doméstica do tipo lesão corporal dolosa, buscando identificar a percepção dessas mulheres sobre o suporte e o apoio recebido em seu contexto social, particularmente, dos recursos institucionalizados de combate à violência contra a mulher. Verificaram que a busca por ajuda ocorre no seu próprio meio social, junto à família e amigos, e a utilização dos serviços de saúde depende da percepção da gravidade do estado de saúde e nem sempre resulta em resposta adequada às necessidades das mulheres. Na justiça, a realidade de desamparo e descrença aponta para desarticulação e inoperância das instituições sociais de suporte às vítimas.

Para a Secretaria de Políticas para as Mulheres, as políticas do governo nesse ano em que a Lei Maria da Penha completa cinco anos visam ampliar o Pacto da Não Violência, fazendo com que as prefeituras e governos de estados tenham as condições efetivas de aplicação da lei. Além disso, obviamente, é necessária uma boa articulação com o Judiciário e o Ministério Público no sentido do cumprimento estrito da Lei Maria da Penha, a fim de efetivar no Brasil uma redução da violência praticada contra as mulheres (Lopes, 2011).

3 PROPOSIÇÃO

Em vista da importância de estudos sistemáticos nos Institutos Médico Legais do país e do mundo sobre a violência contra a mulher, e de sua importância na segurança e na saúde pública, o presente trabalho buscou conhecer as características das agressões sofridas por mulheres vítimas de violência doméstica, familiar e conjugal na região da Grande Vitória, estado do Espírito Santo, periciadas no Departamento Médico Legal no período entre 2004 e 2008, visando:

- a) Quantificar e comparar a violência registrada nos exames de lesões corporais em mulheres realizados no DML de Vitória, antes e após a Lei Maria da Penha;
- b) Reconhecer as principais características das mulheres vitimizadas nas variáveis idade, estado civil e situação fática, ocupação e cidade de procedência;
- c) Observar quem configura como agressor, qual o meio utilizado, e quanto tempo decorreu da agressão até o exame;
- d) Discriminar os tipos de lesões mais frequentemente encontradas, tanto em cabeça e pescoço, quanto no complexo dento-alveolar, e identificar as regiões mais comumente atingidas;
- e) Observar as respostas oferecidas aos terceiro, quarto, quinto, sexto e sétimo quesitos oficiais do exame de lesão corporal;
- f) Abordar e discutir aspectos éticos e legais inerentes ao tema.

4 MATERIAL E MÉTODOS

Para o estudo retrospectivo proposto, realizou-se um levantamento nos registros dos exames de corpo de delito realizados em mulheres vítimas de lesões corporais, que tenham sido encaminhadas pelas delegacias e/ou órgãos competentes ao Departamento Médico Legal de Vitória, ES, em decorrência de violência de gênero.

Foram analisados os laudos médico-legais referentes ao período de 2004 a 2008, correspondente a dois anos antes e dois anos depois da Lei 11.340 - Maria da Penha, de 2006. Foram selecionados os registros de exames realizados nos meses de Março, Julho e Novembro, que juntos correspondem à quarta parte de um ano.

Para escolha dos meses, foi sorteado um mês entre janeiro, fevereiro, março e abril. De posse do mês sorteado, que foi março, considerou-se o quarto mês contado a partir de março, isto é, julho, e depois mais quatro meses, novembro. Para possibilitar uma comparação, utilizou-se dos mesmos meses nos anos seguintes. O elevado número de laudos permite que o período escolhido contenha uma amostra suficiente para a análise estatística.

4.1 AMOSTRA

Foram incluídos na pesquisa apenas os registros referentes a mulheres com lesões faciais ou bucais, ainda que acompanhadas de outras lesões.

Considerando que a idade fértil da mulher se estende dos 11 aos 49 anos de idade, foram incluídos na pesquisa os laudos de mulheres maiores de 11 anos e com idade máxima de 80 anos, devido à grande importância em observar a prevalência da violência em função da idade.

Foi utilizado o conceito de violência doméstica, familiar e conjugal referido na Lei 11.340 (Brasil, 2006), presente no anexo II. Portanto, como critérios de exclusão, foram desconsiderados os laudos referentes a violência interpessoal não-familiar, como casos de agressões por vizinhos, colegas de escola ou de trabalho, e outros agressores não incluídos no círculo de relação doméstica ou familiar, ou ainda aqueles em que não estava claro qual o grau de relacionamento ou parentesco entre vítima e agressor. Foram excluídos os laudos referentes a exames por acidentes de trânsito, possíveis erros profissionais, violência sexual, de verificação de idade e exames complementares. Excluíram-se os casos que não apresentavam lesões bucofaciais, e os laudos referentes a mulheres com idade inferior a 11 anos ou superior a 80 anos.

4.2 LOCAL DA PESQUISA

O estudo foi realizado no Arquivo do Departamento Médico Legal de Vitória, órgão responsável pela realização dos exames de corpo de delito da Região Metropolitana da Grande Vitória, vinculado à Polícia Civil do Estado do Espírito Santo.

4.3 DADOS ANALISADOS

Os dados estudados foram idade da pericianda, ocupação ou profissão, estado civil e situação fática, cidade de procedência, grau de relacionamento do agressor com a vítima, número de agressores, objeto utilizado na agressão, tempo decorrido entre a agressão e o exame, e dia da semana em que ocorreu a agressão. Foram também estudados o tipo de lesão e sua localização, além das respostas aos quesitos oficiais do laudo de exame de lesão corporal.

As informações foram coletadas dos registros da guia policial de encaminhamento, do ofício que solicitou o exame ou do próprio laudo, sendo lançadas em uma ficha específica de planilha eletrônica (Microsoft Excel), desenvolvida pelos

pesquisadores para atender aos objetivos da pesquisa (Apêndice). Posteriormente os resultados foram submetidos à análise estatística descritiva.

As faixas etárias foram classificadas em períodos de 11 a 15 anos, 15 a 25, 25 a 35, 35 a 45, 45 a 55, 55 a 65 anos, 65 a 75, 75 a 80.

4.4 ASPECTOS LEGAIS

Em nenhum momento da pesquisa houve divulgação da identidade dos sujeitos da pesquisa, nem de dados que permitam a correlação entre fatos e pessoas.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Piracicaba – UNICAMP, sob protocolo número 046/2009 (Anexo).

5 RESULTADOS

Durante o trabalho de revisão documental dos registros de exames de lesão corporal, foram encontrados 1589 laudos referentes a mulheres vítimas de violência de gênero. Desses, foram selecionados 927 (58%) laudos, os quais preenchiam os critérios de inclusão e exclusão, referentes a vítimas que apresentavam lesões bucais ou craniofaciais.



Figura 1 – Casos de mulheres vítimas de violência de gênero conforme localização da lesão.

A quantidade de casos exibiu uma oscilação durante os anos estudados, sem evidenciar, porém, uma tendência específica ao longo do tempo (figura 2). O maior número de casos foi encontrado em 2005, ano anterior à promulgação da Lei 11.340/06, e as menores quantidades se deram em 2004, seguido de 2007, ano seguinte à referida Lei.

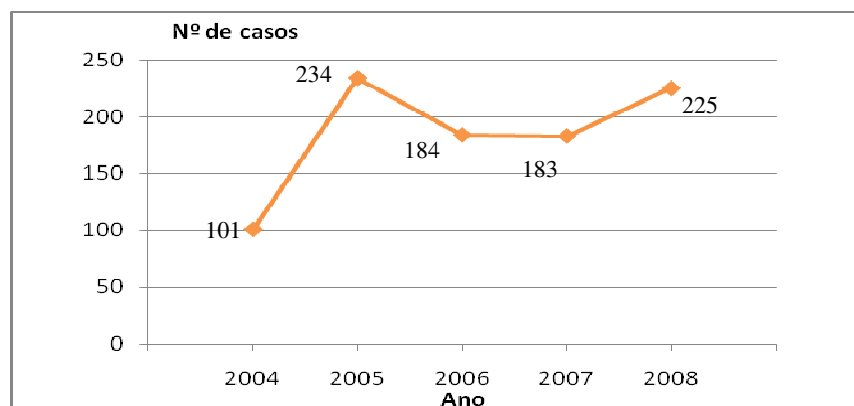


Figura 2 – Número de casos em função do ano.

A quantidade de laudos emitidos anteriormente à Lei Maria da Penha, nos anos de 2004 e 2005 e março de 2006, foi de 374, enquanto que o montante referente ao período após a promulgação da norma, considerando o mês de novembro de 2006 e os anos de 2007 e 2008, foi de 487 casos (figura 3), revelando um aumento de 30,21%.

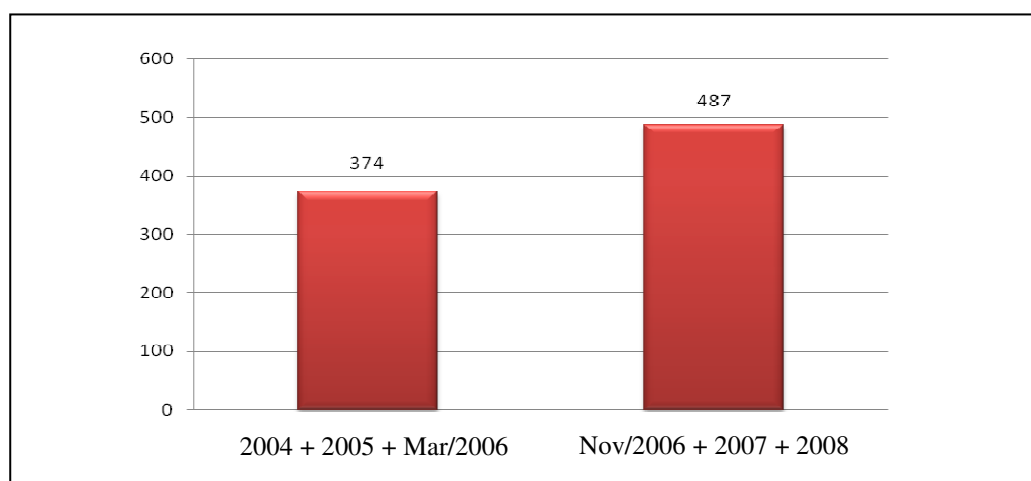


Figura 3 - Quantidade de laudos emitidos nos períodos anterior (2004, 2005 e março de 2006) e posterior (novembro de 2006 e anos de 2007 e 2008) à Lei Maria da Penha.

A idade das mulheres em situação de violência de gênero também foi analisada, e revelou uma média de 31 anos entre os anos analisados (tabela 1).

Tabela 1 - Número de casos, média e desvio padrão da idade da vítima segundo o ano de ocorrência

Ano	Nº de ocorrências			Idade Média	Desvio padrão
	Total	Sem informação	Final (n)		
2004	101	1	100	31,0	11,75
2005	234	1	233	29,9	9,83
2006	184	0	184	32,3	11,06
2007	183	1	182	31,3	11,39
2008	225	3	222	30,7	10,66
Total	927	6	921	31,0	10,81837815

A tabela 2, juntamente com a figura 4, mostra a quantidade de casos nas diversas faixas etárias, evidenciando um elevado número em mulheres com idade entre 25 e 35 anos (33,44%), seguida da faixa entre 15 e 25 anos (31,92%).

Tabela 2 – Frequência dos casos de acordo com a idade.

Idade	Frequência	%
11 ---- 15	39	4,23
15 ---- 25	294	31,92
25 ---- 35	308	33,44
35 ---- 45	174	18,89
45 ---- 55	82	8,90
55 ---- 65	20	2,17
65 ---- 75	3	0,33
75 ---- 80	1	0,11
Total	921	100,00

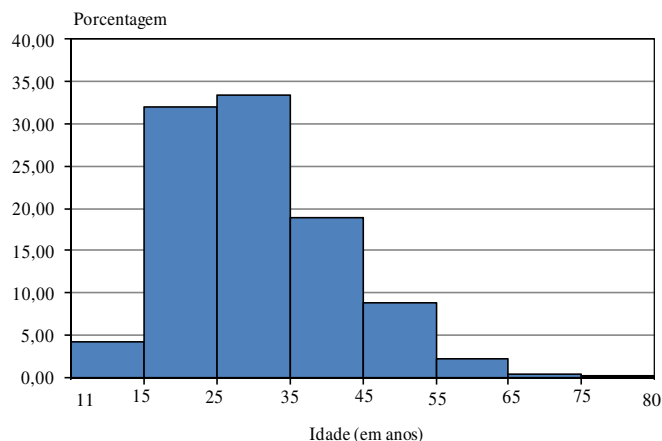


Figura 4 – Percentual de casos de acordo com a idade.

Ao se analisar o estado civil e a situação fática das mulheres periciadas (figura 5), a maioria declarou-se solteira. A tabela 3 demonstra o grande número de mulheres agredidas solteiras (54,69%), seguida pelas casadas (25,13%).

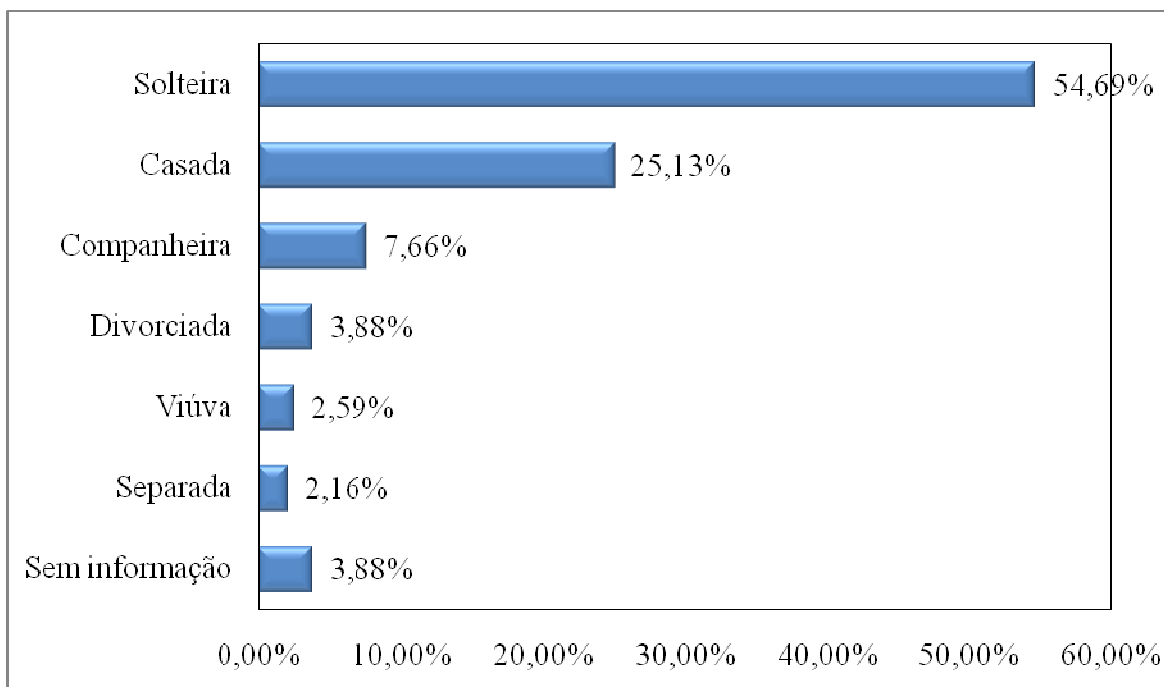


Figura 5 – Percentual de casos de acordo com estado civil e situação fática das mulheres agredidas.

Tabela 3 - Número e percentual de casos segundo estado civil e situação fática.

Estado Civil e Situação Fática	Frequência	%
Solteira	507	54,69%
Casada	233	25,13%
Companheira	71	7,66%
Divorciada	36	3,88%
Viúva	24	2,59%
Separada	20	2,16%
Sem informação	36	3,88%
Total	927	100,00%

Ao analisarmos a cidade de procedência da vítima, foi possível verificar que o maior número de casos provém da capital Vitória, e das cidades situadas na região metropolitana, incluindo Serra, Vila Velha e Cariacica (figura 6).

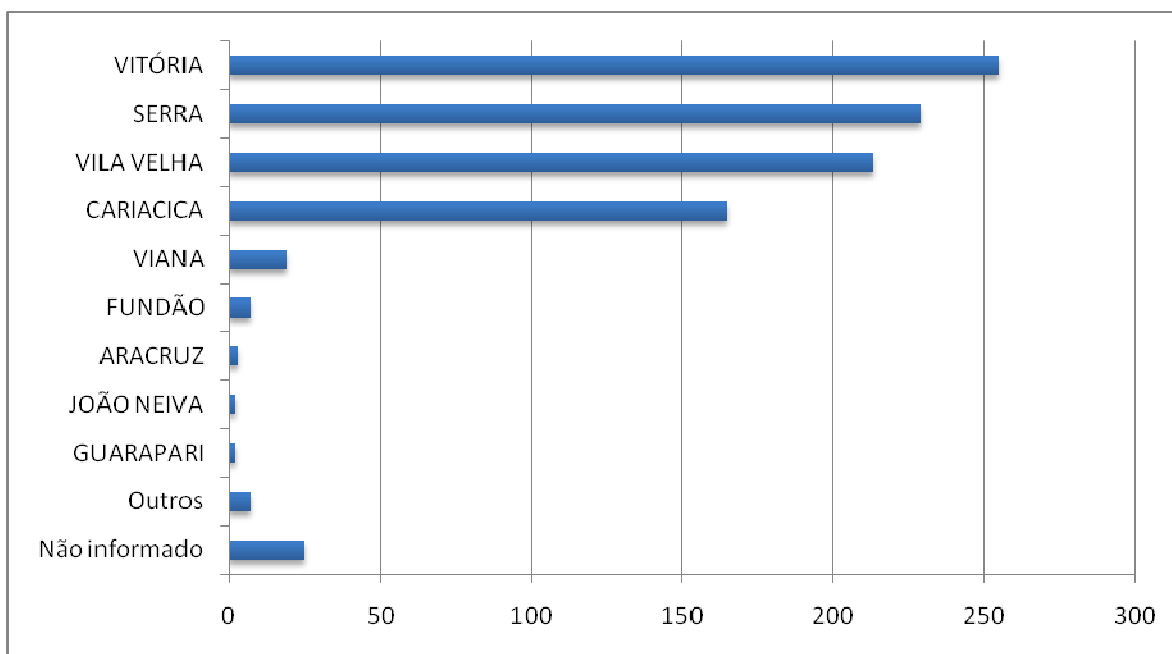


Figura 6 – Cidade de procedência da vítima

A tabela 4 revela o tipo de ocupação ou profissão que a vítima exercia na época da agressão, de acordo com o que foi alegado por ela, evidenciando a grande variedade de mulheres atingidas pela violência de gênero. Cerca de 25% das vítimas eram donas de casa, ocupação denominada de serviços do lar, e 10,68% eram domésticas.

Tabela 4 - Número e percentual de casos segundo a ocupação

Ocupação	Frequência	%
Advogada	2	0,22%
Aposentada/Pensionista	15	1,62%
Autônoma	15	1,62%
Auxiliar de cozinha	5	0,54%
Auxiliar de escritório/consultório	19	2,05%
Auxiliar de serviços gerais	49	5,29%
Babá	8	0,86%
Bancária	3	0,32%
Cabeleireira	15	1,62%
Caixa	6	0,65%
Camareira	5	0,54%
Comerciante	79	8,52%
Costureira/Bordadeira/Arrematadeira	21	2,26%
Cozinheira/Copeira	17	1,83%
Desempregada	6	0,65%
Diarista	16	1,73%
Doméstica	99	10,68%
Empresária/Micro-empresária	5	0,54%
Enfermeira/Auxiliar de enfermagem	13	1,40%
Estudante	89	9,60%
Funcionária pública	10	1,08%
Garçonete	5	0,54%
Manicure	26	2,80%
Policia civil	1	0,11%
Professora	14	1,51%
Promotora	1	0,11%
Secretária/Recepcionista	16	1,73%
Serviços do lar	227	24,49%
Outras	64	6,90%
Não informado	76	8,20%
Total	927	100,00%

Em 97,3% (902) dos casos, a vítima disse ter sido agredida por apenas um agressor. Em 2,37% (22), o agressor contou com outra pessoa na hora da agressão. Em apenas 2 casos houveram três agressores referidos, e em um caso, quatro pessoas se juntaram para agredir a vítima.

Os principais agressores citados nos casos analisados foram o companheiro (37,43%) e o marido (19,31%), que totalizam 56,74% dos casos, evidenciados pela figura 7. Namorados e noivos também foram responsabilizados pelas agressões em 2,8% e 0,54% dos casos.

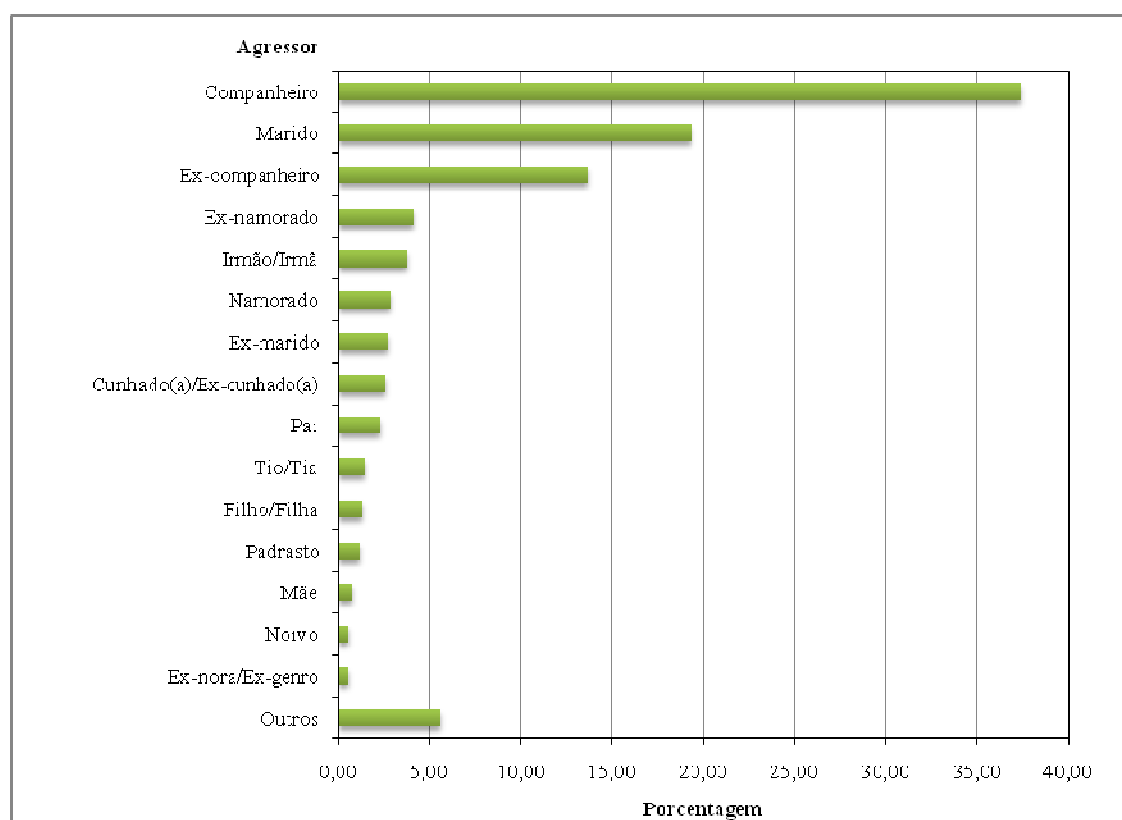


Figura 7 - Percentual de casos de agressores mais frequentes.

Outros agressores também foram citados, entre eles sobrinho, sobrinha, madrasta, afilhado, amante, sogra e sogro. Foram encontrados também durante a pesquisa casos em que o agressor foi o patrão de uma babá, e o de uma senhora agredida por sua empregada.

Em apenas 211 casos havia registros sobre o objeto ou o meio utilizado durante a ofensa. Observou-se que 137 (14,78%) agressões foram cometidas por ação direta com o próprio corpo, por meio das mãos (socos, tapas, empurrões) ou pés (chutes e pontapés), conhecidas como armas naturais. Outros objetos utilizados durante as agressões também foram citados, podendo ser observados na tabela 5.

Tabela 5 - Objeto ou meio utilizado nas agressões

Objeto/Meio	Frequência	%
Armas eventuais	68	
Ação contundente passiva (contra superfície)	6	0,65
Barra de ferro	3	0,32
Cadeira	3	0,32
Caneta esferográfica e cabo de vassoura	1	0,11
Canivete	1	0,11
Cinto	3	0,32
Copo	3	0,32
Corrente	1	0,11
Faca	8	0,86
Faca e porrete	1	0,11
Ferramentas (chave de fenda, martelo, alicate, machado, enxada, colher de pedreiro)	9	0,97
Ferro de passar roupa	1	0,11
Fogo	1	0,11
Frigideira, cadeirinha de criança, bicicletinha de criança	1	0,11
Garrafa	2	0,22
Gordura quente	1	0,11
Panela, antena de televisão	1	0,11
Pau (paulada)	12	1,29
Prato	1	0,11
Saboneteira	1	0,11
Taco de sinuca	1	0,11
Telefone	1	0,11
Vassoura	5	0,54
Ventilador	1	0,11
Armas naturais	140	15,10
Unhas	3	0,32
Dentes (mordida)	1	0,11
Mãos (tapas/socos/empurrão/tentativa de esganadura)	87	9,39
Pés (chutes)	4	0,43
Braço	1	0,11
Cabeça	1	0,11
Associação de dois ou mais	43	4,64
Armas propriamente ditas	1	0,11
Projétil de arma de fogo e faca	1	0,11
Indeterminado	717	77,35
Total	927	100,00

Cerca de 78% dos laudos e registros apresentavam a data da agressão, e o dia em que foi realizado o exame. Por isso, foi possível analisar o tempo decorrido entre a agressão e a data do exame, evidenciando uma média de 2,2 dias, com desvio padrão de 10,27. A maioria das vítimas foi examinada na mesma data (23,62%) ou no dia seguinte ao fato (32,69%), conforme mostra a tabela 6.

Tabela 6 – Tempo decorrido entre a agressão e o exame

Tempo após a agressão	Frequência	%
Mesmo dia	219	23,62%
1	303	32,69%
2	102	11,00%
3	51	5,50%
4	14	1,51%
5	8	0,86%
6	7	0,76%
7	8	0,86%
8	4	0,43%
9	1	0,11%
10	2	0,22%
12	1	0,11%
15	2	0,22%
16	1	0,11%
24	1	0,11%
30	2	0,22%
41	1	0,11%
60	1	0,11%
120	1	0,11%
150	1	0,11%
180	1	0,11%
Sem informação	196	21,14%
Total	927	100,00%

Ao analisar a frequência das agressões em cada dia da semana (figura 8), a pesquisa encontrou uma maior incidência de violência nos fins de semana, mostrando que 20,82% dos casos ocorreram no domingo, e 14,35% aos sábados. Em 20,71% (192) dos registros analisados, tal informação não estava presente.

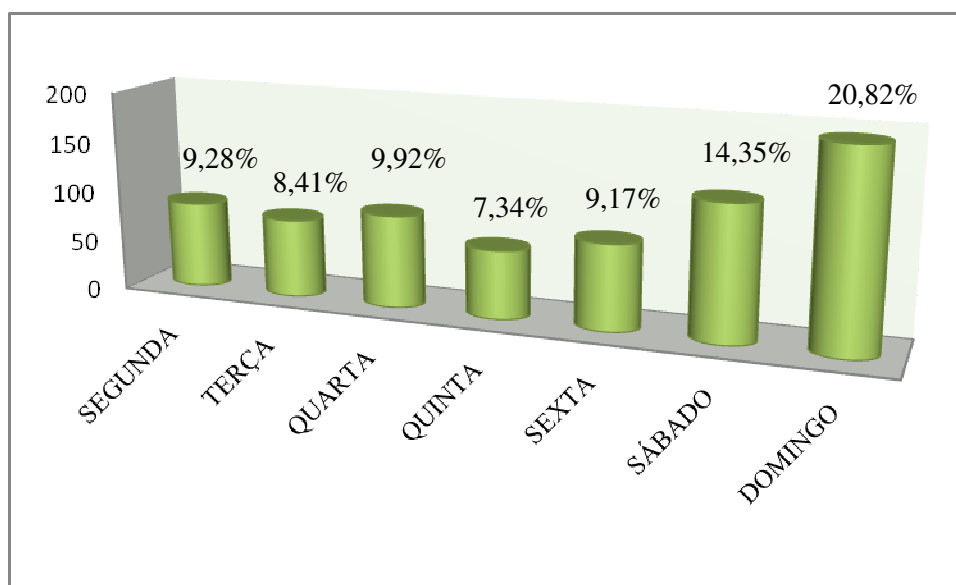


Figura 8 – Frequência das agressões durante a semana

Os laudos analisados evidenciaram um número expressivo de injúrias, totalizando 1293 lesões computadas pelo estudo, já que cada mulher apresentou uma ou mais lesões. Observou-se uma elevada incidência de lesões produzidas por agentes contundentes, sendo a equimose (28,85%) e a escoriação (24,59%) as mais frequentes (tabela 7).

Tabela 7 – Tipos de lesões mais frequentes

Lesão	Frequência	%
Equimose	373	28,85
Escoriação	318	24,59
Tumefação	273	21,11
Hematoma	129	9,98
Ferida contusa	124	9,59
Lesão corto-contusa	29	2,24
Lesão incisa	9	0,70
Bossa sanguínea	9	0,70
Rubefação	7	0,54
Queimadura	6	0,46
Fratura	3	0,23
Lesão puntiforme	2	0,15
Outros	11	0,85
Total	1293	100

As lesões apresentadas tinham sede nas diversas regiões de cabeça, face e pescoço, como mostra a tabela 8, e as mais atingidas foram a região orbitária (17,14%), a cervical (16,63%) e a frontal (12,51%).

Tabela 8 – Regiões mais atingidas

Região	Frequência	%
Orbitária	237	17,14%
Cervical	230	16,63%
Frontal	173	12,51%
Malar	118	8,53%
Labial	117	8,46%
Nasal	108	7,81%
Parietal	86	6,22%
Zigomática	83	6,00%
Auricular	46	3,33%
Masseterina	43	3,11%
Hemiface	37	2,68%
Temporal	35	2,53%
Occipital	35	2,53%
Mentoniana	32	2,31%
Mastóidea	3	0,22%
Total	1383	100%

Verificou-se que 129 (13,9%) casos apresentaram lesões intra-bucais. Entre esses, notou-se que as equimoses e escoriações foram as mais frequentes (tabela 9), e a mucosa labial e os dentes foram os locais mais atingidos da boca (tabela 10).

Tabela 9 – Lesões intra-bucais

Lesões intrabucais	n	%
Equimose	43	33,3
Escoriação	22	17,1
Ferida Contusa	20	15,5
Lesões dentárias	15	11,6
Lesão incisa	10	7,75
Tumefação	8	6,2
Hematoma	6	4,65
Rubefação	2	1,55
Lesão corto-contusa	2	1,55
Fratura óssea	1	0,78
Total	129	100

Tabela 10 – Regiões intra-bucais mais atingidas

Regiões intra-bucais	Frequência	%
Mucosa Labial	73	57
Dentes	24	18
Mucosa Bucal	23	5,47
Gengiva	7	18,8
Maxila	1	0,78
Total	128	100

Observou-se que 15 (1,62%) mulheres apresentaram lesões alvéolo-dentárias, totalizando 24 elementos dentários traumatizados. A lesão mais frequente foi a fratura dentária, presente em 50% (12) dos dentes envolvidos (tabela 11).

Tabela 11 – Lesões alvéolo-dentárias

Lesões dentárias	Frequência	%
Fratura dentária	12	50
Avulsão	8	33,3
Luxação	3	12,5
Subluxação	1	4,17
Total	24	100

Os dentes mais afetados foram os incisivos superiores, que representaram 66,67% dos dentes envolvidos (tabela 12).

Tabela 12 – Lesões dentárias

Dente	Frequência	%
Incisivo Central Superior	10	41,67
Incisivo Lateral Superior	6	25,00
Incisivo Central Inferior	3	12,50
Canino Superior	3	12,50
1º Pré-Molar Superior	2	8,33
Total	24	100

Durante a pesquisa, analisou-se as respostas aos quesitos oficiais do laudo de lesão corporal. Ao terceiro quesito, que questiona “se a lesão foi produzida por meio de veneno, fogo, explosivo, asfixia ou tortura, ou por outro meio insidioso ou cruel”, a resposta foi negativa em 74,22% dos casos. Em 28 casos a resposta foi positiva, e o meio cruel foi a principal qualificadora encontrada (tabela 13).

Tabela 13 – Respostas ao quesito “se a lesão foi produzida por meio de veneno, fogo, explosivo, asfixia ou tortura, ou por outro meio insidioso ou cruel”.

Resposta	Frequência	%
Não	688	74,22%
Sim, meio cruel	25	2,70%
Sim, meio cruel e fogo	1	0,11%
Sim, espancamento/surra	2	0,22%
Prejudicado	194	20,93%
Depende de exame complementar	13	1,40%
Depende de exame odontológico	1	0,11%
Sem informação	3	0,32%
Total geral	927	100,00 %

Em apenas cinco casos (0,54%) a resposta foi positiva ao quesito “se resultou incapacidade para as ocupações habituais por mais de trinta dias”. Em quatro casos, os peritos solicitaram exame odontológico antes de responderem definitivamente à pergunta (tabela 14).

Tabela 14 – Respostas ao quesito “se resultou incapacidade para as ocupações habituais por mais de trinta dias”.

Resposta	Frequência	%
Não	849	91,59%
Sim	5	0,54%
Prejudicado	8	0,86%
Depende de exame complementar	59	6,36%
Depende de exame odontológico	4	0,43%
Sem informação	2	0,22%
Total geral	927	100,00 %

Em 96,22% dos casos, não houve perigo de vida, de acordo com a avaliação dos peritos médicos responsáveis, e em um caso, o perito médico solicitou a avaliação odontológica antes de responder a esse quesito (tabela 15).

Tabela 15 – Respostas ao quesito “se resultou perigo de vida”.

Resposta	Frequência	%
Não	892	96,22%
Sim	2	0,22%
Prejudicado	6	0,65%
Depende de exame complementar	24	2,59%
Depende de exame odontológico	1	0,11%
Sem informação	2	0,22%
Total geral	927	100,00%

Na análise do sexto quesito, “se resultou debilidade permanente ou perda ou inutilização de membro, sentido ou função”, a resposta foi positiva em dois casos, em que a vítima apresentou debilidade de função mastigatória. O exame odontológico foi solicitado pelo médico legista responsável em cinco casos (tabela 16).

Tabela 16 – Respostas ao quesito “se resultou debilidade permanente ou perda ou inutilização de membro, sentido ou função”.

Respostas	Frequência	%
Não	847	91,37%
Sim, debilidade de função mastigatória	1	0,11%
Sim, debilidade de função mastigatória e fonética	1	0,11%
Depende de exame complementar	64	6,69%
Depende de exame odontológico	5	0,54%
Prejudicado	7	0,76%
Sem informação	2	0,22%
Total geral	927	100,00%

Entre as respostas ao quesito sétimo, que questiona “se resultou incapacidade permanente para o trabalho, ou enfermidade incurável, ou deformidade permanente”, observou-se quatro casos apresentando resposta positiva (tabela 17). Em cinco casos (0,54%) houve a solicitação de exame odontológico pelo perito durante a elucidação das perguntas, e em oito casos (0,86%) a resposta foi dada como prejudicado.

Tabela 17 – Respostas ao quesito “se resultou incapacidade permanente para o trabalho, ou enfermidade incurável, ou deformidade permanente”.

Respostas	Frequência	%
Não	844	91,05%
Sim, deformidade permanente	4	0,43%
Prejudicado	8	0,86%
Depende de exame complementar	64	6,80%
Depende de exame odontológico	5	0,54%
Sem informação	2	0,22%
Total geral	927	100,00%

6 DISCUSSÃO

O Comitê da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher – CEDAW elogiou o Brasil pela promulgação Lei 11.340, conhecida como Lei Maria da Penha, mas referiu que a violência contra as mulheres ainda não é reconhecida pela sociedade como uma violação aos direitos humanos e exortou o Estado brasileiro a adotar rapidamente medidas eficazes para o monitoramento da Lei No 11.340, através da coleta de dados, desagregados por tipo de violência e pela relação do perpetrador para com a vítima (Brasil, 2008).

Com a referida Lei, busca-se maior atenção aos casos de violência doméstica e familiar e ao tratamento diferenciado dado a este tipo de ocorrência no momento do registro nas delegacias, tanto nas especializadas, denominadas Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher – DEAM, quanto nas demais unidades (Instituto de Segurança Pública, 2009). A norma alterou o Código Penal Brasileiro, aumentando o tempo máximo de detenção previsto de um para três anos e eliminando o pagamento de cestas básicas, multa ou qualquer pena alternativa como forma de punição. Possibilitou ainda que os agressores sejam presos em flagrante ou tenham sua prisão preventiva decretada e ampliou o amparo às mulheres nos casos de violência por meio de medidas protetivas, prevendo, por exemplo, a saída do agressor do domicílio e a proibição de sua aproximação da mulher agredida e dos filhos (Brasil, 2006). Tais disposições visam a diminuição dos índices de violência contra a mulher, e o aumento de proteção às vítimas que comparecem às delegacias para denunciarem seus agressores.

A partir da análise dos casos no período entre dois anos antes e dois anos após a promulgação da Lei Maria da Penha, foi possível avaliar a variação nos índices de violência de gênero nesse período. O maior número de casos foi encontrado em 2005, ano anterior à promulgação da norma, e as menores quantidades se deram em 2004, seguido de 2007, ano seguinte à referida Lei.

Houve uma flutuação na quantidade de casos, embora os resultados não tenham demonstrado tendência de crescimento ou de diminuição. Isso pode ser justificado pela análise de laudos referentes apenas a lesões em cabeça e pescoço, cuja variação entre os anos pode ser diferente daquela referente a lesões de um modo geral. Além disso, o período analisado de dois anos após a Lei pode não ter sido suficiente para mudança de paradigmas na sociedade brasileira, visto que a violência contra a mulher no âmbito doméstico e conjugal é um problema cultural, enraizado na sociedade e ainda presente atualmente.

Percebe-se com isso a importância de esclarecimento e conscientização das mulheres sobre as possibilidades e os direitos que as leis brasileiras lhe oferecem, bem como o acesso a justiça e proteção oferecidos pelo Estado. A partir desses elementos, a mulher pode-se sentir mais segura e informada para procurar ajuda e denunciar seus agressores.

Ao realizar-se a soma dos laudos emitidos anteriormente à Lei Maria da Penha, referente aos anos de 2004 e 2005 e março de 2006, obteve-se o montante de 374 laudos, enquanto que a soma referente ao período após a promulgação da norma, considerando o mês de novembro de 2006 e os anos de 2007 e 2008, foi de 487 casos (figura 3). Isso revela um aumento de 30,21% na quantidade de casos após a Lei, promulgada em agosto de 2006, e permite discussões importantes. Pode-se pensar que o resultado esperado das medidas previstas pela norma fosse a diminuição dos índices de violência contra a mulher. Porém, é importante observar que o crescimento da quantidade de casos pode não significar o aumento do número de agressões, mas sim que as vítimas passaram a notificar com mais frequência, frente à conscientização sobre os seus direitos e sobre as medidas de proteção e combate à violência preceituadas.

É importante haver, por conseguinte, o acompanhamento e a interpretação desses dados, a fim de levantar convenientes questões, tais como: As mulheres que delatam seus ofensores recebem respaldo legal e apoio suficientes? Como esses casos progridem após o registro da ocorrência nas delegacias de polícia? As medidas protetivas estão sendo respeitadas?

Segundo pesquisas do Instituto de Segurança Pública do Rio de Janeiro (2009), no ano de 2007, o número de vítimas de lesão corporal dolosa proveniente de violência doméstica ou familiar apresentou um aumento percentual de 124,9% em relação ao ano de 2006, após a promulgação da Lei Maria da Penha. De 2007 para 2008, o aumento registrado foi de 37,0%. Os autores afirmam que o aumento observado no número de vítimas de violência doméstica ou familiar não se traduz estritamente no aumento da violência, mas sim, no deslocamento de casos que antes eram tipificados apenas como lesão corporal dolosa, à medida que as polícias começaram a se familiarizar e a utilizar com mais frequência a nova tipificação.

Santi *et al.* (2010) observaram em seu estudo a realidade de desamparo e descrença na justiça social. As mulheres procuram a delegacia da mulher em busca da punição do agressor, mas não encontram efetividade prática. Os autores relataram que, a partir de observações na rotina dos serviços periciais, após a Lei Maria da Penha ter sido sancionada, o número de casos de mulheres para fazer o exame de corpo de delito no IML diminuiu consideravelmente. Contudo, não se pode afirmar que os agressores realmente deixaram de agredir suas vítimas, existindo a possibilidade de as mulheres passarem a denunciar menos por medo, receio ou desinformação.

Barbieri (2009) observou que o ano de maior ocorrência de lesões com envolvimento dentário foi o de 2005, prosseguindo em escala decrescente. Isso permite à autora inferir sobre uma diminuição real dos índices de violência e acidentes automobilísticos. A autora atribui à queda das ocorrências a melhoria na segurança pública, a mobilização das organizações da sociedade civil e a articulação de instituições públicas e privadas no enfrentamento da violência. Contribuem para tal diminuição a promulgação da Lei 11.340/2006, e as campanhas contra violência e em prol da conscientização das mulheres, por meio de incentivo informacional oferecido pelos governos e mídia, previsto pela própria Lei.

De acordo com pesquisa realizada pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), mais de 95% da população entrevistada disseram que conhecem ou já

ouviram falar da Lei Maria da Penha, mas menos de 31% afirmaram saber de algum caso de mulher que utilizou o serviço de atendimento. Isso revela que permanece um comportamento silencioso sobre o assunto, podendo indicar baixa procura do serviço ou rede de atendimento insuficiente (Costa, 2010).

Segundo um levantamento feito pelo movimento Articulação de Mulheres Brasileiras (AMB), relatado por Christófaros (2008), o número de denúncias feitas por mulheres aumentou em todo o país, mas o serviço disponibilizado pelos Estados mostrou-se insuficiente. Em alguns estados, as denúncias aumentaram 60% desde a implantação da lei. Porém, dois anos após a vigência da lei, não havia em outros estados sua aplicação, agressores eram liberados após pagar fiança e apenas 30% deles permaneciam presos. O autor relata que embora represente uma norma com mecanismos importantes de combate à violência de gênero, sua atuação ainda é tímida e depende de mudanças na estrutura jurisdicional do país. A falta de conhecimento sobre suas diretrizes é um obstáculo à sua aplicação, e ainda há atualmente juízes que não a aplicam. Casos foram observados como os de mulheres assassinadas após prestar queixa, como no Rio Grande do Norte e Pernambuco, onde foram constatados óbitos porque as mulheres agredidas não foram encaminhadas a abrigos ou centros de referência.

A implantação de políticas públicas efetivas para o controle da violência depende de estudos específicos que detectem os principais problemas que a faz surgir socialmente. A consciência da situação é imprescindível para o enfrentamento da violência, tanto por parte das autoridades quanto por parte da sociedade civil. Não se trata apenas da criação de Leis mais severas, ou do agravamento da legislação em vigência, mas sim de contextualização social, ou seja, de vinculação do conhecimento à aplicação (Barbieri, 2009).

É preciso ressaltar que grande parte dessa violência contra a mulher pode estar ainda encoberta. A agressão física parece estar enraizada na diferença sexual, e apesar da evolução legislativa sobre o tema e das conquistas femininas no mercado de trabalho e nas ciências, muitas mulheres ainda são maltratadas dentro de casa (Rabello & Caldas Júnior,

2006). A mulher sofre uma violência silenciosa, que muitas vezes não é denunciada em função do medo, da vergonha, ou do vínculo afetivo com o agressor (Chesnais, 1999), e os reais números da violência de gênero ainda podem levar algum tempo para serem desmascarados.

O Código de Processo Penal é enfático ao afirmar que o exame de corpo de delito é indispensável quando a infração deixar vestígios, que contribui para o esclarecimento de fatos à autoridade Policial ou Judicial, por meio da descrição minuciosa e resposta aos quesitos formulados (Brasil, 1941). Nos exames de vítimas de lesão corporal, especialmente nos casos de violência doméstica, um laudo bem feito é essencial para a obtenção do conceito maior de justiça.

Segundo Cintra (2004), um dos propósitos do exame pericial é apurar a existência de relação de causa e efeito entre o dano verificado na vítima e o evento alegado (nexo causal), e a correlação entre o aspecto da lesão e a data alegada de ocorrência do trauma (nexo temporal).

O exame de corpo de delito visa ainda esclarecer questões sobre a lesão, o instrumento utilizado para sua produção e principalmente suas consequências, uma vez que, juridicamente, diferencia-se a pena aplicada ao crime de lesão corporal de acordo com a permanência ou não de sequelas. Isso significa que no caso de lesões permanentes, com perda de órgãos, sentidos ou prejuízo de funções, o autor do crime receberá punição mais acentuada (Garbin *et al.*, 2008).

O presente trabalho analisou laudos e registros dos exames de lesão corporal periciados no Departamento Médico Legal de Vitória, e permitiu a observação de informações sobre o perfil das mulheres agredidas.

Observou-se que as mulheres em situação de violência de gênero são jovens, com predomínio das faixas etárias entre 25 e 35 anos (33,44%), seguida da faixa entre 15 e 25 anos (31,92%). Esses dados estão de acordo com outros estudos, como os de Deslandes

et al. (2000), Borin (2007), Garcia *et al.* (2008), Barbieri (2009), Chiaperini *et al.* (2009), em que os autores encontraram faixas etárias também precoces.

A média de idade encontrada de 31 anos coincide com os trabalhos de Rabello & Caldas Júnior (2006), em que as mulheres tinham média de 30 anos, e o de Galvão & Andrade (2004), cuja média foi de 34 anos.

Em estudos desenvolvidos em Institutos Médico Legais, Santi *et al.* (2010) encontraram média parecida, de 31,5 anos, coincidente com Rezende *et al.* (2007), em cujo estudo predominou a média etária de 30,3 anos, que parece representar a idade das mulheres que procuram as delegacias.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, mulheres jovens, em especial as com idade entre 15 e 19 anos, possuem maior risco de sofrerem violência pelos parceiros. Isso pode significar, em parte, que os homens mais jovens tendem a ser mais violentos do que os homens mais velhos, e que a violência tende a começar no início de muitos relacionamentos. Além disso, segundo a Instituição, em alguns contextos, as mulheres mais jovens têm situação sócio-econômica menos favorável do que as mulheres mais velhas, e, portanto, podem ser mais vulneráveis à violência (OMS, 2005).

Rabello & Caldas Júnior (2006) justificam que a violência ocorre nas faixas etárias em que as mulheres estão com vida sexual ativa, já que os maiores agressores são o companheiro ou ex-companheiro.

Faria (2006) complementa que a violência doméstica ocorre com uma frequência maior na faixa etária em que marido e mulher, as figuras centrais da casa, estão com sua capacidade laborativa e sexual em boa forma e plenamente capacitados a exercer seus papéis de centralizadores das atividades domésticas.

Outros autores relataram faixas mais precoces, como Garbin *et al.* (2006), que encontraram índices de 51,5% dos casos na faixa etária de 0-15 anos, podendo ser justificado pela análise de inquéritos não só de lesão corporal, mas também de maus tratos. Já Mota *et al.* (2007) encontraram média elevada de idade, em torno de 37 anos para a

vítima, e de 40 anos para o agressor, com tempo médio de união entre vítima e agressor de aproximadamente doze anos.

Adeodato *et al.* (2005) descreve como o perfil da mulher agredida como jovem, católica, com filhos, pouco tempo de estudo e baixa renda familiar.

Quanto ao estado civil e à situação fática, o presente trabalho percebeu o grande número de mulheres agredidas solteiras (54,69%), seguida pelas casadas (25,13%), coincidente com parte da literatura (Deslandes *et al.*, 2000; Rezende *et al.*, 2007; Leôncio *et al.*, 2008).

Diferentemente, nos estudos de Galvão & Andrade (2004) e de Adeodato *et al.* (2005), a maioria das mulheres declarou-se casada, no trabalho de Garcia *et al.* (2008) a maior parte afirmou ser companheira, e na pesquisa realizada por Santi *et al.* (2010), muitas mulheres declaram-se divorciadas.

No presente trabalho, em 7,66% dos casos, a situação fática alegada pela pericianda foi de companheira, também chamado popularmente de amasiada ou convivente. Tal denominação é utilizada no direito brasileiro para a união estável de direito, aquela em que há um contrato registrado em cartório, e para união estável de fato, que se refere aos casais que residem juntos sem qualquer tipo de registro. É importante lembrar que a união estável é uma situação fática, uma aparência de casamento, não constituindo um estado civil. O Código Civil brasileiro reconhece-a como entidade familiar, configurada na convivência pública, contínua e duradoura, denominando de companheiros os participantes dessa relação (Brasil, 2002).

Discute-se que podem ter ocorrido situações em que mulheres sob união estável, com situação fática de companheiras, declararam-se como casadas, apesar de não terem contratado efetivamente o casamento, ou como solteiras. Como o registro dos dados é feito a partir do relato espontâneo das mulheres, que muitas vezes não têm conhecimento jurídico para diferenciar o estado civil ou a situação fática em que realmente se encontram, é possível que a porcentagem de mulheres em união estável seja maior que o apresentado.

Um outro ponto analisado foi a ocupação que a mulher exercia na época do exame. Observou-se maiores índices de agressão entre as donas de casa (24,49%), estudantes (9,60%) e domésticas (10,68%).

Isso coincide com outros estudos. Galvão & Andrade (2004) afirmam que, com relação à renda individual, quase a metade (45,7%) recebia menos de dois salários mínimos, e 38,7% das mulheres não possuíam renda própria. Declararam-se donas de casa um percentual de 28,6 mulheres, e desempregadas totalizaram 12,6.

Da mesma forma, a pesquisa de Adeodato *et al.* (2005) mostrou que menos da metade (48%) das mulheres agredidas trabalham fora de casa. Garcia *et al.* (2008) encontraram vítimas de diferentes profissões, mas principalmente do lar e domésticas. Por sua vez, Rezende *et al.* (2007) observaram que 24% das mulheres agredidas realizavam trabalhos domésticos e 21% eram donas-de-casa, encontrando um predomínio de ocupações relacionadas a atividades do lar, tais como faxineiras, auxiliares de serviço e camareiras.

Se uma análise genérica for feita, pode-se aferir que as ocupações mais encontradas no presente estudo referem-se a funções sem remuneração, como as donas de casa e estudantes, ou de baixos salários, como as domésticas. Diante disso, pressupõe-se que grande parte das vítimas apresentava renda individual baixa, diante das ocupações declaradas, podendo sugerir uma relação entre a dependência econômica dessas mulheres e sua sujeição à violência.

Quanto à renda, Santi *et al.* (2010) verificaram que mais da metade das mulheres por eles entrevistadas possuíam uma renda familiar inferior a dois salários mínimos, e Deslandes *et al.* (2000) encontraram predomínio desse dado na faixa de um a três salários mínimos (42,6%), permitindo a inferência de baixa renda entre mulheres agredidas.

Borin (2007), Adeodato *et al.* (2005) e Heise *et al.* (1999) observaram em seus estudos que quanto menor a renda, maior a ocorrência de agressão verbal, física e sexual entre o casal.

Na esteira cultural, o estudo de Mota *et al.* (2007) mostrou que 66% das vítimas de violência doméstica analisadas não completaram o ensino médio, e cerca de 43% não trabalham ou se encontram desempregadas.

Tendo isso em vista, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002), o risco de a mulher sofrer agressão pelo cônjuge aumenta em sociedades nas quais o homem, via de regra, detém o poder econômico e decisório frente aos demais residentes do domicílio. A situação se agrava quando a mulher não tem acesso à informação que favoreça o entendimento de sua posição como sujeito de direitos capaz de mediar o conflito sem que haja, necessariamente, uso da força física (Mota *et al.*, 2007). Assim, pode-se afirmar que há uma relação entre a dependência cultural e financeira e as agressões (Lamoglia & Minayo, 2009).

Segundo Faria (2006), em muitas situações o castigo do criminoso implica em punição também para a vítima, que acaba por sofrer dobrado em casos, por exemplo, em que ela é dependente do marido, vítima crônica de maus tratos, mas não o denuncia por ter medo de ficar ao desamparo, o que seria pior do que os abusos sofridos. Corroboram-o Deslandes *et al.* (2000), que afirmam que muitas mulheres negam o acontecido, encobrindo seus agressores, por, entre muitos outros motivos, dependerem economicamente deles para seu sustento.

A atual ministra da Secretaria de Políticas para as Mulheres, Iriny Lopes (2011), ressaltou que, no combate à violência contra a mulher, além dos investimentos no acolhimento da mulher vítima de violência e a seus filhos, existe uma necessidade de ações que criem condições para que as mulheres possam adquirir autonomia econômica, ampliem a sua participação no mercado de trabalho e melhorem efetivamente a sua renda. De acordo com a ministra, “muitas mulheres não fazem a denúncia porque são dependentes dos seus companheiros, ou dos familiares, pais ou irmão, que são arrimo e que a sustentam. Então, a autonomia econômica da mulher a coloca em um outro patamar”. O outro aspecto frisado pela entrevistada foi a necessidade de informação e de mudança cultural, que leva a uma

alteração da postura a partir do conhecimento suficiente sobre os seus direitos e sobre quem procurar para assegurá-los.

Entretanto, pode-se observar na tabela 4 que mesmo profissionais que normalmente possuem renda de classe média, como advogadas, bancárias, empresárias e comerciantes podem ser vítimas da violência dentro de seus lares, confirmando que a violência atinge todos os níveis sociais, mesmo que em escalas diferentes.

Sobre o assunto, Casique & Furegato (2006) afirmam que dizer que “a violência só se dá em extratos sociais baixos, onde prevalece a pobreza e a baixa escolaridade” nem sempre condiz com a realidade. A classe social é sim um fator importante no fenômeno da agressão física, mas não se deve generalizar o problema. Como a vergonha é um dos motivos que impede o registro de ocorrência contra companheiros agressores, deve-se levar em consideração a possibilidade de mulheres de baixa renda denunciarem mais seus agressores do que aquelas pertencentes a classes sociais mais altas, sugerindo a ocorrência de uma subnotificação de casos de violência doméstica entre mulheres de classes socioeconômicas mais elevadas.

Adeodato *et al.* (2005) chamam a atenção de que a violência acontece sim nas classes mais abastadas, mas como estas dispõem de muitos recursos políticos e econômicos, conseguem ocultar a violência doméstica, causando uma sub-representação nos dados de violência denunciada. Os resultados do seu trabalho mostraram uma relação indireta entre tempo de estudo da mulher e tempo de agressão, isto é, quanto maior a escolaridade, menor o tempo de agressão apresentado pelas mulheres. Isso mostraria que o esclarecimento da mulher leva a menor grau de tolerância à violência.

No trabalho de d'Oliveira *et al.* (2009), com mulheres vítimas de violência por parceiro íntimo, a maioria das entrevistadas possuía até oito anos de escolaridade. Porém, os autores afirmam que a associação da situação socioeconômica com a violência é fraca, visto que a escolaridade baixa está associada com outros fatores, como maior número de filhos, união informal e maior violência na família de origem, além de maior aceitação da violência. O efeito na vulnerabilidade das mulheres parece ser mediado por estes fatores e

talvez o fato da escolaridade associar-se à violência de gênero em outros estudos decorra da sua grande interação com outras variáveis nem sempre testadas pelos trabalhos.

Quanto à análise da procedência da vítima, foi possível verificar que o maior número de casos proveio da capital Vitória, e das cidades situadas em sua região metropolitana.

A Região Metropolitana da Grande Vitória representa uma típica metrópole, com 1.685.384 habitantes. É formada pelos municípios de Cariacica, Fundão, Guarapari, Serra, Viana, Vila Velha e Vitória, e abriga mais da metade (57%) da população urbana do estado do Espírito Santo (IBGE, 2010b).

O presente estudo registrou que 27,5% das vítimas de violência de gênero residiam na cidade de Vitória. Isso nos permite levantar o seguinte questionamento: as mulheres ali residentes realmente são mais agredidas ou elas notificam mais? Tal dado pode ser justificada pelo fato de que o Departamento Médico Legal está localizado em Vitória, e as vítimas daí procedentes estão mais próximas do DML, têm maior facilidade de transporte coletivo e menor tempo com o percurso.

Além disso, os números referentes às cidades da região metropolitana, em especial Vitória, Serra, Vila Velha e Cariacica, foram altos quando comparados às cidades do interior. A partir dessa informação, citamos Lamoglia & Minayo (2009), que indagam se a violência social, muito mais intensa nas metrópoles do que nas cidades do interior do estado, contamina também as relações conjugais.

É forçoso destacar os esclarecimentos de Campos (2006), que justifica tais dados pela existência de três unidades de perícia médico-legal, os Serviços Médico Legais (SML), nas cidades de Cachoeiro de Itapemirim (Região Sul do estado), Colatina (Oeste) e Linhares (Norte), responsáveis pelos exames demandados em tais proximidades. Em relação às demais cidades do interior, pelo fato de não existirem peritos oficiais e considerando também a dificuldade para o deslocamento das vítimas para outros municípios, as perícias de lesões corporais são muitas vezes realizadas por Peritos Ad-Hoc.

O autor encontrou uma incidência da casos de violência contra crianças e adolescentes muito semelhante nos municípios mais próximos da sede da Região Metropolitana da Grande Vitória, com um valor um pouco maior na própria cidade de Vitória.

De acordo com dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (IBGE, 2009), no Espírito Santo cerca de 29 mil mulheres foram agredidas no ano de 2009, representando 1,9% da população do estado. Tais índices, embora sejam referentes a agressões físicas em qualquer contexto, e não apenas no âmbito da violência doméstica, revelam a importância do assunto, já que a média nacional foi de 1,3% de mulheres agredidas.

Das ocorrências analisadas pelo presente estudo, cerca de 97% (902) foram atribuídas a apenas um agressor, coincidindo com outros trabalhos, como o de Campos (2006) e de Rabello & Caldas Júnior (2006). A violência foi imputada a duas pessoas em apenas 2,37% dos casos, a três ofensores em dois casos, e a quatro indivíduos em apenas uma ocorrência.

Em pesquisa realizada no estado do Rio de Janeiro, pelo Instituto de Segurança Pública (2009), sobre casos de lesão corporal dolosa contra mulheres, incluindo casos de violência não-familiar, como brigas entre vizinhos, colegas de trabalho e desconhecidos, se somados os percentuais de acusados pais/padristos (2,5%), parentes (9,5%), conhecidos (11,1%) e companheiros ou ex-companheiros (51,0%) das vítimas, pode-se afirmar que 74,2% dos acusados eram pessoas que mantinham ou mantiveram algum contato com a vítima.

No presente estudo, os maiores índices estavam relacionados com o parceiro (56,74%) da vítima, representados pelo companheiro e pelo marido.

Apesar de apenas 7,66% das mulheres declararem-se em estado de união estável, o número delas que se referia ao parceiro como companheiro foi elevado (37,43%). Isso traduz que muitas vítimas que se declaram como solteiras ou casadas são na verdade companheiras, ou seja, vivem em união estável com os parceiros, também chamados de

amásios ou conviventes. O registro feito nos boletins de ocorrência e os dados contidos no histórico do laudo são informações dadas pela própria pericianda, anotadas de acordo com o que foi alegado por elas. Daí a incoerência encontrada.

O parceiro, de união estável ou por casamento civil, foi o mais acusado também na maioria dos artigos literários analisados. Deslandes *et al.* (2000) revelam que 56,9% dos casos de violência familiar e doméstica são atribuídos ao marido da vítima, enquanto afirma Faria (2006) que esse percentual é de 51,1%. Leôncio *et al.* (2008) encontraram índices de 49,1% correspondentes ao parceiro. Já Galvão & Andrade (2004) perceberam taxas ainda maiores, mostrando que os atuais maridos ou companheiros das mulheres eram os principais agressores apontados (73,4%).

A quantidade de ofensas imputadas a ex-companheiros, ex-namorados e ex-maridos também foi significativa no presente estudo, totalizando 20,5% dos casos. Isso permite sugerir que há casos em que o homem pensa ter propriedade sobre corpo e mente da mulher, e tem dificuldades de aceitar o término do relacionamento, muitas vezes motivado pelas próprias agressões. A mulher é maltratada, resolve terminar, e, por isso, novamente é agredida. As ameaças nessa fase são constantes e assustam as mulheres, que podem seguir caminhos diferentes: procurar ajuda policial, registrando ocorrência nas delegacias, ou reatar o relacionamento, por medo, pressão, temor pela própria vida, por estarem convencidas de que o companheiro vai mudar de postura, ou por outros motivos.

De acordo com Santi *et al.* (2010), o agressor era conhecido pela vítima em 89,6% dos casos, sendo que, dentre eles, 53,7% eram maridos e namorados, e 26,9% eram ex-maridos e ex-namorados das vítimas. Rabello & Caldas Júnior (2006) relataram que 90% das mulheres agredidas são vítimas de seus companheiros ou ex-companheiros. Estes autores afirmam que o homem parece exercer um poder sobre a mulher, formando um ciclo de agressões físicas, alternadas com períodos de promessas, calmarias e tensão, caracterizada como síndrome da mulher maltratada.

Kronbauer & Meneghel (2005) observaram que homens mais velhos, com menor escolaridade, desocupados ou aposentados, foram os mais responsabilizados pelas

agressões. Garcia *et al.* (2008) relatam que amásios e esposos que praticam a violência apresentam perfil sócio-econômico e etário que se assemelha ao das vítimas. Segundo os autores, a esperança de que o relacionamento conjugal melhore faz com que as mulheres permaneçam na relação violenta.

Outros familiares também foram, em menores proporções, citados como responsáveis pela violência, entre eles pais/mães, tios (as), filhos (as), padrastos, madrastas, cunhados (as), sobrinhos (as), afilhados (as), neto, amante e sogro (a).

Galvão & Andrade (2004) perceberam que relacionando as variáveis idade da mulher e vínculo com o agressor, há um aumento proporcional significativo da categoria “outro membro da família” como perpetrador da violência entre mulheres idosas. No seu estudo, no total dos casos essa categoria de agressor aparecia em 6% dos casos, mas entre as mulheres com idade acima de 60 anos essa proporção se elevava para 41,2%. No caso das mulheres idosas, os agressores eram na maioria das vezes os filhos das vítimas.

Durante a presente pesquisa, foram encontrados um caso em que o agressor referido foi o patrão de uma babá e um em que uma senhora alegava ter sido agredida por sua empregada. É importante salientarmos que a Lei Maria da Penha prevê proteção às relações empregatícias que ocorrem no ambiente doméstico, como é o caso da babá e da empregada doméstica. Tais figuras, quando envolvidas em violência com seus empregadores no ambiente doméstico, tanto como vítima quanto como agressoras, estão sob os estatutos da referida Lei (Brasil, 2006).

Outro dado importante analisado durante o estudo foi o tempo decorrido entre a agressão e a data do exame, sendo possível perceber uma média de 2,2 dias, com desvio padrão de 10,27. Pode-se perceber que não houve demora entre a agressão e o exame de corpo de delito, visto que 72,82% das vítimas procuraram o Departamento Médico Legal para se submeterem a exame em até três dias após o evento lesivo. A maioria foi examinada na mesma data (23,62%) ou no dia seguinte ao fato (32,69%).

Diante dessa constatação, é sensato lembrar que muitas mulheres vivem em situação de violência durante anos antes de tomarem a decisão de denunciar seus agressores.

Leôncio *et al.* (2008) ressaltam que a denúncia nem sempre é imediata à primeira agressão, e ainda que, mesmo denunciando, algumas desistem de representar sobre a ofensa, considerando diversos motivos. Em seu estudo, 54,71% das mulheres agredidas demoraram de 1 a 15 dias entre a injúria e o tempo da denúncia formal na delegacia da mulher, e 42,15% registraram a ocorrência no mesmo dia.

Adeodato *et al.* (2005) mostraram que as mulheres agredidas entrevistadas durante o estudo apresentavam um tempo de agressão (que se refere ao período em anos no qual a mulher vem sofrendo as agressões) de aproximadamente cinco anos. O estudo revelou que 49% das mulheres entrevistadas sofrem agressões semanalmente, e 27% diariamente.

Quanto ao tempo em que vivenciavam situações de violência, Galvão & Andrade (2004) perceberam que 33% das mulheres participantes do estudo vinham sofrendo agressões por períodos de até um ano. Uma proporção de 20,4% sofriam lesões há mais de 10 anos, e cerca de 3% relataram sofrer violência há mais de 30 anos. Os autores destacam que isso reflete o processo de rotinização da violência, em que as agressões vão se tornando cada vez mais frequentes, e as sequelas físicas ou emocionais, vão aos pouco se agravando.

Infelizmente, uma proporção de 20,71% dos casos não trazia informações sobre o dia e a hora em que ocorreu a agressão. Diante disso, chama-se a atenção para o registro da data da injúria no histórico durante a perícia, haja vista a importância de estabelecer o nexo temporal entre as lesões observadas e o evento narrado.

Lamoglia & Minayo (2009) também observaram esse tipo de problema durante seu trabalho em delegacias, revelando a imprecisão dos registros policiais. Segundo os autores, os policiais responsáveis pelo registro da ocorrência tendem a menosprezar os

problemas na vida privada. Alguns até consideram que a violência conjugal não deveria ser uma questão a ser resolvida nas delegacias, a não ser em casos graves.

Quanto ao dia da semana de incidência das agressões, observou-se uma maior quantidade de ocorrências nos finais de semana, período em que o casal normalmente fica mais tempo em casa. São nesses dias também em que se observa mais frequentemente o uso de álcool ou drogas, fatores claramente associados à violência por diversos trabalhos (Deslandes *et al.*, 2000; Adeodato *et al.*, 2005; Campos, 2006; Borin, 2007).

Deslandes *et al.* (2000) verificaram que os casos de mulheres agredidas atendidas em hospitais da cidade do Rio de Janeiro aumentavam no domingo e na segunda-feira, e em 33,8% das agressões, as vítimas declararam que algum tipo de droga esteve relacionado com a ocorrência.

No estudo de Faria (2006), a maior parte das agressões também ocorreu nos finais de semana e principalmente à noite. Segundo o autor, é nesses momentos que surgem as maiores oportunidades para novas brigas e para recrudescimento daquelas já existentes, sendo também o período em que o homem está em casa para agredir ou para ser agredido.

Corroborando-o, Garcia *et al.* (2008) afirmam que as agressões ocorrem principalmente dentro dos próprios lares, e segundo as vítimas, motivadas pelos vícios e o ciúme. Leôncio *et al.* (2008) também discorrem sobre o assunto e sustentam que o ambiente doméstico é o mais escolhido para as brigas por ser resguardado da interferência de outras pessoas, e o agressor conta com o medo e a vergonha da mulher em denunciá-lo. Isso também acontece, segundo os autores, em virtude da cumplicidade e da indiferença da sociedade para com a violência que ocorre no interior da família, que, muitas vezes, acaba por se constituir em um espaço de arbítrio e violência. Essa “naturalização e privatização da violência”, muitas vezes legitimada por uma ordem patriarcal de organização familiar, dificulta uma atitude de resistência e ruptura da mulher com a situação.

Quanto ao objeto ou meio utilizado durante as agressões, infelizmente, uma proporção de 77,24% (716) dos registros não apresentavam tal dado. Nos 211 casos

restantes, esta informação foi colhida da guia policial de encaminhamento, do ofício que solicitou o exame ou do histórico do próprio laudo.

Do total de casos, cerca de 14% das agressões foram cometidas por ação direta com o próprio corpo, por meio das mãos (socos, tapas, empurrões) ou pés (chutes e pontapés), conhecidos como armas naturais. Foram citados diversos objetos utilizados como instrumentos agressores, tais como pedaço de pau, barra de ferro, chave de fenda, martelo, faca, canivete, cinto, corrente, enxada, panela, prato, copo, ferro de passar, taco de sinuca, vassoura, cadeira, telefone, ventilador, saboneteira, entre outros (tabela 5).

Tais resultados são coincidentes com diversos autores. No estudo de Deslandes *et al.* (2000) percebeu-se que o emprego da força física sem auxílio de instrumentos foi a forma utilizada pelos agressores em 70,4% dos casos, seguido de agressão com instrumentos, como pau, cabo de vassoura, barra de ferro, em 21,1%. A respeito, Rezende *et al.* (2007) classificaram a maioria das lesões corporais estudadas por eles (49,1%) como agressões nuas, ou seja, aquelas nas quais nenhum instrumento foi utilizado. Da mesma forma, os autores observaram um elevado percentual de informação não relatada (48,1%).

Casique & Furegato (2006) citam como manifestações da violência física as pancadas, chutes, beliscões, mordidas, lançamento de objetos, empurrões, bofetadas, surras, lesões com arma branca, arranhões, socos na cabeça, surras, feridas, queimaduras, fraturas, entre outros.

De acordo pesquisas realizadas pela Sociedade Mundial de Vitimologia, mais de 40% das agressões decorrentes de socos, tapas, chutes, amarramentos, queimaduras, espancamentos e estrangulamentos resultam em lesões corporais graves (Brasil, 1998).

Sem especificar o instrumento utilizado, Garbin *et al.* (2006) e Faria (2006) apresentam o agente contundente como o maior responsável pelas lesões. Diante disso, este último autor afirma que o agressor não premeditou, não se programou nem se organizou para agredir, e deduz que na maioria das vezes o agressor não tinha intenção de provocar um grande dano e muito menos de matar a pessoa agredida. Por isso o ofensor usa as

próprias mãos ou um objeto qualquer disponível no momento, classificada como arma eventual.

A respeito, Campos (2006) cita que o uso de certos objetos na ofensa física, como utensílios domésticos, pedaços de pau, e até ferramentas, parece indicar que estas agressões tenham sido cometidas sem uma intenção maior de ferir a vítima, talvez em momentos de descontrole por parte dos agressores, em que tais objetos estavam também disponíveis. O mesmo não pode ser dito em relação às agressões com uso de cinto e arma branca, em que fica mais clara a intenção de ferir. Entretanto, estes aspectos poderiam ser mais bem avaliados se os laudos apresentassem o histórico mais completo, com informações sobre as circunstâncias das agressões.

O que pode ser observado ainda no presente trabalho foi o elevado número de lesões bucais e craniofaciais nas mulheres examinadas. Cerca de 58% dos laudos referentes a vítimas de violência doméstica, familiar ou conjugal apresentavam pelo menos uma lesão em cabeça ou pescoço, o que permitiu sua inclusão na pesquisa.

Pode-se inferir que a proeminência da face, a possibilidade de alcançá-la com as mãos ou qualquer instrumento e sua vulnerabilidade acabam por torná-la alvo frequente em brigas e conflitos corporais. Tal região demanda uma atenção especial durante a perícia, visto que suas estruturas têm grande valia em funções importantíssimas como respiração, mastigação, deglutição e fonação. São nos domínios faciais e cranianos que se localizam os sentidos humanos da visão, olfato, paladar e audição.

Tais regiões destacaram-se como o local mais lesionado em diferentes estudos, tais como o de Deslandes *et al.* (2000), Garbin *et al.* (2006) e Garbin *et al.* (2008). Rabello & Caldas Júnior (2006), que encontraram uma porcentagem de 56,2% de lesões na cabeça, afirmam que tal informação leva a crer que o agressor pode ter a intenção de marcar socialmente a vítima, pois esta região está bem visível aos olhos de todos, para humilhar a mulher perante os outros.

A distribuição geográfica das lesões variou, mas percebeu-se uma alta prevalência envolvendo regiões como orbitária (17,14%), cervical (16,63%), frontal (12,51%), malar (8,53%), labial (8,46%) e nasal (7,81%).

Esses resultados coincidem com diversos trabalhos da literatura, tais como o de Campos (2006), Garbin *et al.* (2006), Rabello & Caldas Júnior (2006) e Lamoglia & Minayo (2009). Todos esses autores encontraram números elevados nas regiões orbitárias, frontal e oral, confirmando a vulnerabilidade e exposição a traumas experimentados por tais estruturas.

Barbieri (2009), ao analisar casos de agressão e acidentes de trânsito, encontrou maior número de lesões em maxila e osso mandibular. A autora justifica o achado pela posição anatômica de tais estruturas e sua vulnerabilidade durante episódios violentos.

É importante esclarecer que cada laudo pode conter diferentes tipos de lesões em apenas uma região, ou lesões abrangendo várias regiões. Por isso, o número de laudos analisados (927) não é igual ao número de lesões observadas (1383), que por sua vez é diferente do total de regiões atingidas (1293).

Ao se observar a descrição dos tipos de lesões, verificou-se elevado número de traumas resultando em equimose (28,85%), escoriação (24,59%) e tumefação (21,11). Tais injúrias são classificadas como lesões contusas de ordem mecânica e são compatíveis com os principais meios utilizados nas agressões, representados pela agressão direta com o próprio corpo e pelo uso de instrumentos contundentes.

Na maioria dos casos observados, as injúrias não comprometeram estruturas profundas do organismo, e não apresentaram consequências características de lesão grave ou gravíssima. Verificou-se uma prevalência de lesões leves em 96,33%, confirmada pelas respostas aos quesitos oficiais do laudo de exame de corpo de delito.

A escoriação e a equimose foram citadas como lesões mais frequentes também por outros estudos, como os de Campos (2006), Rabello & Caldas Júnior (2006) e Chiaperini *et al.* (2009). Casique & Furegato (2006) citam como consequências da

violência as lesões abdominais, torácicas, contusões, edemas, hematomas, cefaléias, dor abdominal, dano ocular, queimaduras, lacerações e escoriações, entre outros.

Hércules (2008) conceitua que a transferência de energia dos agentes mecânicos para o corpo pode ser feita por contatos distintos, e o tipo de contato permite classificar as lesões. Dentre as injúrias produzidas por energia de ordem mecânicas, o autor cita lesões contusas, incisas, corto-contusas, punctórias ou pérfuro-incisas e pérfuro-contusas. Entre as lesões contusas, pode-se citar as fechadas, representadas pela rubefação, tumefação, equimose, hematoma, bossa sanguínea, bossas linfáticas, entorse, fratura e roturas viscerais. As abertas são exemplificadas pela escoriação, ferida contusa, e esmagamento.

Embora outros autores apresentem diversas classificações, cada uma com sua devida importância, a classificação de Hércules (2008) foi utilizada pelo presente trabalho para confecção das tabelas e classificação das lesões encontradas.

Bom se torna salientar que alguns autores e parte da jurisprudência não consideram a rubefação como uma lesão, em parte pelo princípio da insignificância, em parte pela impossibilidade de precisa filiação à agressão alegada (Guerra Neto, 2008; Croce & Croce Jr., 2010). Porém, o presente trabalho considerou os fundamentos apresentados por outra parte da doutrina, ressaltando o valor médico-legal da rubefação, capaz de caracterizar a ação contundente, incluindo-a no rol de lesões contusas fechadas. Pode ser conceituada como uma vasodilatação de capilares e vênulas desencadeada pela liberação de mediadores químicos, como a histamina, sem haver saída de sangue dos vasos (França, 2008; Hércules, 2008; Vanrell, 2009).

É importante que se ressalte que existiam alguns laudos de exames em que não foram detectadas lesões, não sendo, portanto, incluídos na pesquisa. Porém, conforme destaca Campos (2006), não se pode afirmar que tais mulheres não tenham sofrido violência, ou que não sejam vítimas da violência doméstica, haja vista que elas não apresentavam sinais de dano à integridade física, mas poderiam estar sujeitas a alguma outra forma de violência familiar, como a psicológica ou a moral.

Entre as lesões intra-bucais, a equimose e a escoriação foram as mais frequentes, coincidindo com as lesões extra-bucais. As regiões mais atingidas foram os dentes e as mucosas labial e bucal.

Do total de laudos avaliados, apenas 1,62% (15) apresentaram lesões alvéolo-dentárias, totalizando 24 dentes com traumatismos. Como em alguns casos mais de um dente foi atingido, o número de laudos com envolvimento alvéolo-dentário foi diferente do número de dentes lesionados.

Fundamental se torna lembrar que o Departamento Médico Legal de Vitória não possui odontologistas em seu quadro funcional, e todos os exames de lesão corporal são realizados por médicos.

Rabello & Caldas Júnior (2006) encontraram uma porcentagem de 1,5% de casos com comprometimento dentário, representado pela luxação. Os autores sugerem que os casos mais graves de fraturas e avulsões dentárias são encaminhados para o hospital, ficando a agredida fora da amostra de estudos realizados em delegacias, gerando uma subnotificação. Dessa forma, o número de casos com comprometimento alvéolo-dentário pode ser maior do que indicam os estudos.

Campos (2006) encontrou um índice de 0,62% de casos apresentando lesões dentárias em crianças e adolescentes vítimas de violência intra-familiar. O autor justifica o pequeno número dessas lesões pelo fato de que os exames foram realizados por Médicos Legistas, sem a participação de Odontologistas, podendo significar que a região oral não foi objeto de um exame mais detalhado, e que os traumas dentários e outras lesões do sistema estomatognático tiveram sua ocorrência subnotificada nesses exames. Considerando a natureza e complexidade das lesões do sistema estomatognático e a necessidade de avaliar corretamente o dano, não se pode admitir que tais casos sejam avaliados sem a participação do Odontologista.

Nessa esteira, Rezende *et al.* (2007) ressaltam a necessidade de uma cuidadosa coleta de dados nos exames periciais, a fim de disponibilizar informação mais detalhada

sobre a violência contra as mulheres. Seu estudo revelou que as lesões buco-dentais são frequentes e representam uma grande demanda para os serviços odontológicos de saúde pública que prestam atendimento a esses casos.

É importante ressaltar que o dente exerce uma tríplice função, participando ativamente na mastigação, fonética e estética (Cintra, 2004; França, 2008; Vanrell, 2009).

No presente estudo, a fratura dentária foi observada em 50% dos dentes envolvidos, enquanto a avulsão foi notificada em 33,3%.

As fraturas coronárias exigem para sua reabilitação tratamentos que podem variar de restauração em resina composta a próteses, podendo requerer tratamentos endodônticos, periodontais e cirúrgicos, dependendo de suas extensões. Por isso a correta descrição da extensão e localização da injúria deve ser feita cuidadosamente, avaliando se houve redução da capacidade funcional, que implica no enquadramento ou não de “debilidade permanente da função mastigatória” (Barbieri, 2009).

Para a avaliação da avulsão dentária, caracterizada pela perda do elemento dentário por causa de seu deslocamento completo para fora do alvéolo (Andreasen & Andreasen, 2001), devem-se considerar as perdas estética, fonética e funcional do elemento dentário atingido, que não pode ser substituído em sua totalidade, ainda que existam tratamentos modernos como o implante dentário. As perdas dentárias são evidentemente de caráter permanente, já que os dentes artificiais utilizados em substituição jamais possuirão a vitalidade, a durabilidade e o mesmo valor funcional dos dentes naturais (Barbieri, 2009).

Observaram-se três casos de luxação, que se caracteriza pela alteração de posição do dente dentro do seu alvéolo, que pode evoluir para a necrose pulpar, e um caso de subluxação, que se constitui em uma lesão das estruturas de suporte do dente com mobilidade anormal, mas sem deslocamento do dente (Andreasen & Andreasen, 2001).

Em dois casos, houve a descrição de dor em elementos dentários da pericianda, sem especificação do tipo de lesão encontrada. Sabendo que a algia é um sintoma que pode estar presente tanto nos traumatismos alvéolo-dentários, quanto a partir de processos

patológicos, como cáries e pulpites, tais casos necessitariam de uma análise mais específica, feita por profissional qualificado em Odontologia, a fim de caracterizar melhor a lesão, apontando a existência ou não de nexo causal entre o sintoma relatado e a suposta agressão. Em outro caso, o histórico relatava que a paciente alegava fratura de um dente durante a agressão, mas não houve a descrição da lesão porque o perito não teria conseguido vê-la. O profissional pediu laudo odontológico, mas a paciente não retornou para a devida conclusão do laudo. Tais laudos não foram incluídos nas tabelas, diante da falta de especificidade na descrição das lesões.

Nesse contexto, ressalta-se que a presença do odontologista nos serviços periciais de todo o país representa grande valor, em especial no que diz respeito à avaliação de lesões buco-faciais.

A Lei 5.081 (Brasil, 1966), que regula o exercício da Odontologia no Brasil, diz expressamente em seu artigo 6º que compete ao cirurgião-dentista “proceder à perícia odontolegal em foro civil, criminal, trabalhista e em sede administrativa”.

De acordo com o Código de Ética Odontológico (Conselho Federal de Odontologia - CFO, 2003) e a Resolução 87/2009 (CFO, 2009), o cirurgião-dentista na função de perito oficial deve atuar com absoluta isenção, imparcialidade e autonomia, sendo este o profissional incumbido de realizar perícia oficial e avaliar a condição do examinado nas hipóteses em que abranger o campo de atuação da Odontologia.

Diante de preceitos éticos e legais, os odontologistas são os profissionais indicados para identificar e diagnosticar lesões do complexo maxilo-mandibular com precisão e avaliar os danos temporários ou permanentes provocados nas vítimas, as consequências geradas e o nexo causal existente. A ausência do odontologista nas instituições periciais compromete a perícia desses casos, quando peritos sem formação em odontologia são encarregados de avaliarem alterações estomatognáticas.

O trabalho de Garbin *et al.* (2008) evidenciou desacertos dos profissionais responsáveis pelos laudos médicos, frente à descrição das lesões que acometeram o

complexo maxilo-mandibular e o desconhecimento da nomenclatura anatômica atribuída aos dentes.

Barbieri (2009) relata em seu trabalho que durante a avaliação pericial de lesões bucais por médicos legistas houve impropriedade no emprego da nomenclatura quando da descrição do elemento dental lesionado. Além disso, a autora questiona se a região intra-oral realmente não havia sido atingida quando presentes lesões graves e extensas na face, havendo subnotificação de casos. Chama a atenção para a necessidade de exame das estruturas do complexo maxilo-mandibular, quando a perícia é realizada por médicos.

Faria (2006), médico legista autor de trabalhos sobre o assunto, afirma que quando se trata de lesões específicas de dentes, os médicos podem apresentar limitações. De um modo geral o médico tem dificuldades de descrever com precisão as lesões que envolvem dente, gengiva e alvéolo, pois está fora de sua área habitual de conhecimento. Além da descrição e do diagnóstico, há dificuldades na avaliação do prognóstico dos casos.

Cintra (2004) sustenta que quando médicos legistas avaliam lesões odontológicas, esses ultrapassam os limites de sua formação específica, já que desconhecem as reais consequências das lesões intra e extrabucais, prejudicando o enquadramento das mencionadas lesões na legislação penal e civil, restando ao lesionado conviver com a debilidade ou deformidade. O autor corrobora que os odontólogos são os profissionais mais indicados e mais adequados para estabelecer um diagnóstico e prognóstico das perdas dentárias.

A análise incorreta ou incompleta das lesões buco-faciais fere o direito de Justiça, que é dar a cada um aquilo que lhe é de direito, decorrente do devido processo legal com a necessária análise probatória material. A ausência de profissional adequado para o exercício do exame intra-oral nos Institutos Médico Legais implica desrespeito a este direito fundamental, descumprido pelo próprio Estado (Barbieri, 2009). Segundo a autora, o acesso à justiça, que já se apresenta distante de parcelas da sociedade, torna-se ainda mais distante quando os documentos probatórios de suas pendências judiciais são confeccionados de maneira arbitrária por profissionais que não são tecnicamente

qualificados. Assim, quando médico legista realiza exames que, tecnicamente, deveriam ser realizados por odontologista, o paciente em exame tem os seus direitos usurpados pelas consequências negativas advindas das omissões decorrentes da incapacidade técnica.

Sobre o assunto, Faria (2006) ressalta que a presença do odontologista poderia contribuir em alguns casos para a boa finalização dos laudos. Isso porque como muitos serviços médico legais não possuem odontologistas em seus quadros, existem casos em que a determinação da gravidade das lesões depende de laudos complementares externos. Surge então a dificuldade de acesso a odontólogos que possam oferecer os laudos necessários, e o inconveniente de obtenção de documentos elaborados por quem não tem formação especializada. Além disso, muitos periciandos não retornam para o exame complementar, deixando inconcluso o laudo.

É importante que se saliente que a correta emissão do laudo médico-legal é essencial para o adequado tratamento dos casos criminais, uma vez que erros ou deficiências em sua descrição podem acarretar falhas jurídicas graves (Garbin *et al.*, 2008).

Sendo a violência doméstica um problema tão extenso e abrangente, sua minoração e erradicação dependem de atitudes multidisciplinares. É necessário que se amplie o leque de oportunidades de reconhecimento do problema, a fim de que se possa combatê-lo com eficácia (Faria, 2006). Campos (2006) aconselha que é preciso munir os Institutos Médicos Legais com estrutura mais adequada e equipes treinadas para melhor examinar as vítimas de violência familiar. Neste sentido, o autor sugere que se disponibilize aos peritos cursos de atualização em Violência Familiar, que se inclua o odonto-legista no quadro de peritos de todos os Institutos Médicos Legais do país, e que se implemente uma Rede de Informação em Violência Familiar, envolvendo todas as Secretarias de Estado da Segurança Pública, para troca de experiências e elaboração de um perfil nacional do problema, além de instituir um protocolo nacional para exame das vítimas de Violência Familiar.

Garbin *et al.* (2006) apontam que somente através da integração dos serviços de saúde, polícia, escolas, órgãos de assistência jurídica e preparo dos profissionais é que o

atendimento às mulheres violentadas pode ser aprimorado. Defendem ainda que o preparo deveria acontecer ainda nas Universidades, de modo a formar não só melhores profissionais, mas profissionais mais humanos.

Nesse sentido, Garbin *et al.* (2008) chamam a atenção para que haja uma integralidade maior na formação profissional dos alunos de Medicina com a área da Odontologia, com aperfeiçoamento na área. Segundo os autores, a escassez de cursos voltados à especialização do profissional em medicina legal dificulta seu desenvolvimento, fato que ocorre com menos frequência na área odontológica. Ainda, as maiores oportunidades encontradas pelos profissionais da medicina em relação ao mercado de trabalho podem desestimular a prática desta especialidade, ou não incentivar a realização de aperfeiçoamento entre os profissionais que já atuam no âmbito forense, por possível indisponibilidade dos mesmos ou pela pouca concorrência. Existe uma grande complexidade em se formar recursos humanos para a saúde, mas as dificuldades não podem justificar uma formação negligente e distanciada da visão “do paciente como um todo”.

Campos (2006) salienta que na área médico-legal brasileira, diretamente envolvida com a realização dos exames periciais e emissão de laudos para comprovação criminal, observa-se uma carência de informações sobre a violência familiar por parte de alguns peritos. Isso afeta seriamente a qualidade dos laudos periciais, dificultando a interpretação da gravidade das lesões sofridas pelas vítimas e o enquadramento jurídico correto do dano, condições fundamentais para uma aplicação mais justa da Lei Penal.

A avaliação realizada por médicos legistas e não por odontologistas pode levar a um alto índice de discordância e divergências na resposta aos quesitos, dificultando o correto e coerente enquadramento legal da lesão.

Os odontólogos legais são essenciais na resposta aos quesitos “Se resultou em debilidade permanente de membro, sentido ou função”, “perda ou inutilização de membro, sentido ou função” e “deformidade permanente”, quando houver lesões no complexo maxilomandibular, visto que eles têm o real conhecimento sobre as consequências físicas e funcionais da perda ou da lesão de dentes e estruturas da mencionada região.

Os quesitos presentes no laudo de lesão corporal visam o enquadramento da ocorrência em um dos parágrafos do artigo 129 do Código Penal (Brasil, 1940), e são representados pelas seguintes perguntas: 1) Se há ofensa à integridade corporal ou à saúde do paciente; 2) Qual o instrumento ou meio que produziu a ofensa; 3) Se foi produzida por meio de veneno, fogo, explosivo, asfixia ou tortura, ou por outro meio insidioso ou cruel (resposta especificada); 4) Se resultou incapacidade para as ocupações habituais por mais de trinta dias; 5) Se resultou perigo de vida; 6) Se resultou debilidade permanente ou perda ou inutilização de membro, sentido ou função (resposta especificada); 7) Se resultou incapacidade permanente para o trabalho, ou enfermidade incurável, ou deformidade permanente (resposta especificada); 8) Se resultou aceleração de parto ou aborto.

Por meio da análise das respostas aos quesitos, contabilizou-se no presente estudo que, dos 927 laudos analisados, cerca de 96% estavam relacionados a injúrias de natureza leve. Registrou-se 30 casos que seriam enquadrados como lesão grave, e quatro como lesão gravíssima, visto que preencheram pelo menos um dos requisitos previstos respectivamente nos parágrafos 1º e 2º do artigo 129 do Código Penal (Brasil, 1940). Contudo, sabe-se que, segundo o próprio Código de Processo Penal (Brasil, 1941), o juiz não fica adstrito ao laudo pericial, ficando sob sua responsabilidade a tipificação de cada caso como lesão leve, grave ou gravíssima.

Observou-se em diversos trabalhos a maior incidência do dano tipo leve, ficando as lesões graves e gravíssimas com pequena porcentagem dos casos (Campos, 2006; Garbin *et al.*, 2006; Chiaperini *et al.*, 2009).

Na análise dos laudos quanto ao quesito “se resultou debilidade permanente ou perda ou inutilização de membro, sentido ou função”, a resposta foi positiva em dois casos, em que as vítimas apresentaram debilidade de função mastigatória. Em um desses casos, a pericianda tinha sofrido fratura da coroa dos elementos 21 e 22. O perito afirmou que houve debilidade permanente da função mastigatória e fonética, e deformidade permanente. Porém, o laudo não especificava a extensão do dano, nem continha nenhum tipo de radiografia, para avaliação do comprometimento da polpa, da raiz, e do periodonto. No

segundo caso, a vítima tinha sofrido avulsão do elemento 31, e luxação do 41, levando o perito a afirmar que houve alteração de função mastigatória, aliado a deformidade permanente. Esse laudo não apresentou avaliação dos tecidos periodontais e de sua integridade, aspecto importante para avaliação e valoração do dano.

Observou-se ainda um caso de deformidade permanente por avulsão do elemento dentário 11 e fratura de 21 e 23, que apresentava resposta positiva para deformidade permanente, mas resposta negativa para o quesito “debilidade permanente ou perda ou inutilização de membro, sentido ou função”. O quarto caso a apresentar deformidade permanente referia-se a pericianda com lesão corto-contusa em hemiface esquerda.

Entre as respostas conferidas aos quesitos oficiais, o pedido de exame complementar foi frequente, necessário para avaliação da permanência do dano e evolução do caso. Porém, isso se mostra, em alguns casos, como um obstáculo à finalização do caso, visto que os periciandos por vezes não retornam para posterior exame.

Nos casos em que avaliação odontológica foi requisitada, o médico legista orienta o periciando a procurar um cirurgião-dentista e pedir a ele um parecer sobre os possíveis danos observados, haja vista que o Departamento Médico Legal de Vitória não possui odontologista. O problema é que muitas vezes os periciandos encontram dificuldades em ter acesso a um profissional da área, seja da rede pública ou privada, o que leva alguns casos a permanecerem inconclusos.

Diante disso, a presença do cirurgião dentista nos serviços de saúde e instituições periciais é de fundamental importância para a identificação e correta descrição dessas lesões.

Torna-se importante salientar nesse ponto que o profissional de saúde, em especial o cirurgião-dentista, pode encontrar-se envolvido em uma situação de violência contra a mulher basicamente de duas maneiras: como o profissional que identifica os sinais

de violência nas instituições periciais ou como aquele que trata as lesões decorrentes das agressões sofridas pela vítima (Silva *et al.*, 2010).

O presente estudo confirmou que lesões em regiões de cabeça e pescoço são comuns, entre elas as com acometimento dentário, o que permite inferir sobre a existência de considerável demanda no atendimento odontológico a essas mulheres.

A agressão física é a mais evidente e difícil de esconder já que reflete no seu aspecto físico. As mulheres que sofrem alguma agressão física, na maioria das vezes, experimentam numerosos atos de violência ao longo do tempo (Casique & Furegato, 2006).

Por isso, profissionais da saúde que atendem tais mulheres devem estar atentos a sinais particulares e lesões recorrentes. Galvão & Andrade (2004) acreditam que o despreparo dos profissionais em lidar com a questão dificulta o reconhecimento dos casos de violência, o atendimento e o encaminhamento das mulheres aos serviços de apoio nessa área.

Adeodato *et al.* (2005) citam que, quanto à atitude da mulher perante às agressões, cerca de 30% das mulheres agredidas procurou cuidados médicos. Os autores revelam que entre elas 60% contaram ao médico que o parceiro fora o responsável, e 56% dessas que contaram, relataram que o médico procurou convencê-la a denunciar o parceiro ou encaminhá-la a outro profissional, como psicólogo ou assistente social.

Deslandes *et al.* (2000) perceberam em seu estudo que o ortopedista e o odontólogo foram os profissionais mais procurados para atendimento de mulheres agredidas em hospitais do Rio de Janeiro, visto que as regiões de face, cabeça, braço e mãos são as áreas mais atingidas, ocasionando fraturas, hematomas e cortes. Os autores ressaltam que o profissional deve sempre perguntar à mulher, de forma apropriada e nas situações pertinentes, se ela foi vítima de violência doméstica, e o reconhecimento da violência deve levar a medidas efetivas de intervenção. É necessário ressaltar a importância de sensibilizar esses profissionais para o atendimento desses casos e para a notificação e mobilização de outros profissionais e serviços para o acompanhamento dessas mulheres.

Santi *et al.* (2010) comentam sobre a dificuldade encontrada por mulheres quando procuram os serviços de saúde, que reclamam que estes serviços não resolvem seus problemas, os quais vão além do alívio de sinais e sintomas. Os autores ressaltam que, para o atendimento integral e humanizado de mulheres vítimas de agressões físicas, as ações devem ir além de protocolos de ação, pensando em estratégias de prevenção e redução de violência. Faria (2006) acrescenta a importância dos profissionais em se atualizarem, haja vista que uma boa atuação passa pelo conhecimento de toda a extensão do problema. Para Taquette (2007), a capacitação técnica e emocional dos profissionais e o trabalho desenvolvido em rede com demais instituições e sociedade certamente promoverão uma atenção mais digna e eficiente às pessoas. Os registros serão, consequentemente, de melhor qualidade e mais utilizados.

Ferreira (2004) constatou que, de 977 prontuários de mulheres atendidas em unidades básicas de saúde, apenas 03 continham o registro de violência pelo parceiro, sendo que durante as entrevistas com essas 977 mulheres, houve relato espontâneo de violência em 557 (57,7%) casos, evidenciando o fenômeno da não visibilidade da violência conjugal nos registros dos prontuários médicos.

O cirurgião-dentista tem o importante papel de registrar com detalhes todas as lesões encontradas no exame clínico do complexo bucomaxilofacial, especialmente as traumáticas. Informações importantes como natureza da lesão, localização, extensão, características, alteração na coloração e características diversas devem ser anotadas no prontuário do paciente.

A Lei Maria da Penha sustenta em seu artigo 12 que laudos e prontuários médicos serão admitidos como meios de prova (Brasil, 2006). Isso ressalta que a documentação médica e odontológica deve ser completa e organizada, haja vista que seu conteúdo pode ser solicitado para subsidiar uma avaliação pericial ou um processo judicial (Silva *et al.*, 2010).

Kronbauer & Meneghel (2005) recomendam que os serviços de atenção primária em saúde criem espaços para ouvir, entender e enfrentar a violência de gênero,

haja vista que tal violência deteriora a saúde individual e familiar da mulher (Casique & Furegato, 2006).

Ainda hoje, vítimas da violência que procuram tratamento de profissionais da saúde frequentemente tem necessidades que os profissionais não reconhecem, não perguntam sobre o assunto, e não sabem como encaminhar essas vítimas. Muitos perdem a oportunidade de ajudar por serem desinformados, indiferentes ou preconceituosos (Heise *et al.*, 1999). O profissional de saúde não pode se deixar levar por crenças populares sobre violência, ditados pelas condutas ou atitudes de aceitação ou rejeição que a sociedade estabelece. Mitos como “o lar é um espaço privado, ninguém deve intervir nele”, “as mulheres maltratadas podem abandonar seus lares no momento que desejarem” ou “as mulheres gostam de sofrer” nem sempre exprimem a realidade atual, embora a sociedade as tenha legitimado (Casique & Furegato, 2006).

Kenney (2006) cita alguns conselhos que podem ser oferecidos pelo profissional da saúde, em casos de abusos familiares. Orientar que a vítima tenha sempre um amigo ou parente com quem contar. Orientá-la que tenha os números de telefone das centrais de ajuda disponíveis e agendar consulta de acompanhamento. Em caso de perigo iminente, encaminhá-la a abrigos específicos para essa finalidade.

Heise *et al.* (1999) lecionam que vários tipos de lesões físicas, condições de saúde e comportamentos de pacientes podem levantar a suspeita sobre a ocorrência de violência doméstica ou abuso sexual. Quando estes sinais estão presentes, os profissionais devem ficar atentos aos seus clientes sobre eventuais abusos, lembrando-se sempre respeitar a privacidade do cliente. Algumas orientações importantes para os profissionais da saúde são:

- a) Perguntar à mulher sobre o problema: “Como você deve saber, não é raro que existam pessoas emocionalmente, fisicamente ou sexualmente explorada em algum momento de sua vida, e isso pode afetar sua saúde, até muitos anos depois. Isso já aconteceu com você?”. É importante que a

conversa seja em particular, sem nenhum membro da família ou estranho presente.

- b) Reconhecer a injustiça, acreditar no seu sofrimento e jamais culpá-la pela situação.
- c) Perguntar se ela tem algum lugar pra ir em caso de necessidade, e orientar sobre a existência de abrigos específicos para tal finalidade.
- d) Respeitar a vontade e autonomia da paciente, se está não quiser sair de casa ou denunciar o agressor.
- e) Ajudar a mulher a desenvolver um plano de fuga, identificando as saídas da casa mais próximas durante uma briga, e tendo sempre preparada uma bolsa com roupas, documentos e objetos pessoais, caso seja necessária uma partida repentina.
- f) Orientá-la a identificar um ou mais vizinhos a quem ela possa contar sobre a violência e pedir para que eles peçam ajuda se ouvirem alguma confusão na sua casa.
- g) Sempre lembrar que ninguém merece apanhar nem ser ameaçado.

Nos casos de lesão corporal, a vítima deve ser orientada a registrar a ocorrência na Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher – DEAM ou outra Delegacia Policial, realizar o exame de corpo de delito no Instituto Médico Legal e procurar um centro de atendimento para receber apoio psicossocial e jurídico. Nos casos onde houve estupro e atentado violento ao pudor, após o registro da ocorrência, a vítima deve ser encaminhada ao IML para exame de corpo de delito, sendo orientada a não se tocar e não se lavar antes do exame pericial. Deve também ser orientada a, imediatamente após o exame, procurar um serviço de saúde para detectar possíveis doenças sexualmente transmissíveis (sífilis, gonorréia, Aids, hepatite e outras), bem como se prevenir de uma gravidez indesejada. Deve ainda ser orientada para procurar um Centro de Atendimento para receber apoio psicossocial e jurídico. A mulher deve ser informada que, se ficar grávida, estará amparada pela lei para procurar, se esse for o seu desejo, um serviço de abortamento em unidade pública de saúde autorizada a realizá-lo (Instituto de Segurança Pública, 2009).

A quebra de idéias pré-concebidas, o treinamento correto para diagnosticar situações de violência e a conscientização da importância do assunto são condições necessárias para que o profissional de saúde seja capaz de detectar e notificar, a quem for competente, tais casos tão frequentes no cotidiano dos seus atendimentos, seja qual for a sua área de atuação (Saliba *et al.*, 2007).

Importante se torna dizer que a Lei 10.778 (Anexo III) estabelece a notificação compulsória, no território nacional, dos casos de violência contra a mulher, atendida em serviços de saúde públicos ou privados (Brasil, 2003). Trata-se de uma medida fundamental para que se dimensione a magnitude do fenômeno da violência contra as mulheres e para a elaboração de políticas públicas para o enfrentamento do problema (Brasil, 2007).

Recentemente publicada, a portaria 104 do Ministério da Saúde (Anexo IV) ampliou a Lista de Notificação Compulsória – LNC, incluindo a obrigação de profissionais de saúde e de estabelecimentos públicos de ensino a notificar as secretarias municipais ou estaduais de Saúde sobre qualquer caso de violência doméstica ou sexual que atenderem ou identificarem. As secretarias, por sua vez, devem notificar as ocorrências ao Ministério da Saúde (Brasil, 2011).

A notificação deve ser realizada pelo cirurgião-dentista de forma sigilosa, utilizando-se os códigos da CID-10, como o T74 e outros, em ficha produzida especificamente pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan (Silva *et al.*, 2010). Ela tem fins epidemiológicos e não poderá ser utilizada para investigação policial ou jurídica. É peça fundamental para a prevenção da violência. Serve para orientar o planejamento e a avaliação de políticas e estratégias, afinar a linguagem, aperfeiçoar a comunicação e, portanto, promover o trabalho intersetorial e o fortalecimento da rede de atenção. É uma forma de instrumentalizar os esforços e dar visibilidade ao problema, evitando a inércia e a manutenção do sofrimento. A partir daí, as secretarias municipal e estadual de saúde trabalharão, ao lado de várias instituições, visando mostrar a violência para preveni-la (Taquette, 2007).

É importante salientar ainda que cabe ao cirurgião-dentista resguardar o segredo profissional, regido pelo Código de Ética Odontológico (CFO, 2003). A revelação de fatos sigilosos pode acontecer apenas em casos particulares, como os por justa causa, que compreende a notificação compulsória de doenças e eventos específicos, colaboração com a justiça nos casos previstos em lei e perícia odontológica nos seus exatos limites. Diante disso, não há infração ética por quebra de sigilo profissional nos casos de violência contra a mulher, desde que regularmente aplicável ao caso específico e feita a serviço ou autoridade competente (Silva *et al.*, 2010).

Cabe por fim salientar que a violência contra a mulher é um problema de saúde pública, que se traduz em diversas repercussões para a saúde das mulheres e sua qualidade de vida. É severa e repetitiva, e seu ciclo deve ser quebrado por meio do reconhecimento e acolhimento dessas mulheres (Schraiber *et al.*, 2002).

Permanece a necessidade de maiores estudos sobre o tema, abordando aspectos ainda não esclarecidos. Ações em prol do enfrentamento e prevenção da violência contra a mulher são importantes, mas devem estar aliadas a uma mudança nos paradigmas de governo e sociedade.

7 CONCLUSÃO

Após a análise dos laudos médico-legais de mulheres vítimas de violência de gênero, submetidas ao exame de lesão corporal, é lícito concluir:

- a) Observou-se um notável percentual de lesões faciais e buco-dentais em mulheres vítimas de violência, presentes em 58% dos casos. A quantidade de laudos exibiu uma oscilação durante os anos estudados, sem evidenciar, porém, uma tendência específica ao longo do tempo. A soma dos laudos emitidos anteriormente à Lei Maria da Penha (2004, 2005 e março de 2006) foi de 374, enquanto que o montante referente ao período após a promulgação da norma (novembro de 2006 e anos de 2007 e 2008) foi de 487 laudos, evidenciando aumento de 30,21% no número de casos após a promulgação da lei.
- b) Os resultados revelam que a mulher vitimizada é, na maior parte dos casos, solteira e jovem, numa faixa etária entre 25 e 35 anos, e não trabalha fora de casa, assumindo a ocupação de dona de casa. A maioria das vítimas era procedente de Vitória e de sua região metropolitana.
- c) O companheiro ou marido da vítima foi o principal agressor, utilizando principalmente segmentos do corpo, como mãos e pés, como meio de agressão. Quando utilizados objetos, estes eram, em sua maioria, utensílios domésticos e outros objetos caseiros. A maioria das vítimas foi examinada no mesmo dia ou no dia seguinte à agressão.
- d) As lesões craniofaciais mais encontradas foram a equimose e escoriação, e as regiões mais atingidas foram a orbitária e cervical. Quanto às lesões do complexo dento-alveolar, verificou-se maior prevalência de fraturas dentárias, principalmente nos incisivos superiores.

- e) Quanto às respostas aos quesitos oficiais do laudo de lesão corporal, não houve incapacidade por mais de 30 dias em 91,59% dos casos, e não houve perigo de vida para 96,22% das mulheres. Quanto ao quesito “se resultou debilidade permanente ou perda ou inutilização do membro, sentido ou função”, em 91,37% dos laudos a resposta foi negativa. Para o sétimo quesito, a lesão não resultou incapacidade permanente para o trabalho, enfermidade incurável, ou deformidade permanente em 91,05% dos casos. E em relação à pergunta se a lesão foi produzida por meio de veneno, fogo, explosivo, asfixia ou tortura, ou por outro meio insidioso ou cruel, a resposta foi negativa em 74,22%, e o meio cruel esteve presente em 2,58% dos casos.
- f) O cirurgião dentista está ética e legalmente habilitado para realizar as perícias de lesões bucais e faciais, e sua presença nos serviços periciais representa grande valor, especialmente para avaliar os danos temporários ou permanentes provocados, as consequências geradas e os nexos causal e temporal dos casos. Tal profissional, quando no exercício da clínica odontológica, deve estar atento às recomendações éticas e legais inerentes ao tema, tais como a Notificação Compulsória, a guarda do segredo profissional e a descrição criteriosa das lesões no prontuário odontológico.

REFERÊNCIAS¹

Adeodato VG, Carvalho RR, Siqueira VR, Souza FGM. Quality of life and depression in women abused by their partners. Rev. Saúde Publica. 2005; 39(1): 108-113.

Affonso B, Penha M, Pandjarian V. O caso Maria da Penha. Folha de São Paulo. 2008 [acesso 2009 Abr 04]. Disponível em: <http://pfdc.pgr.mpf.gov.br/clipping/julho-1/o-caso-maria-da-penha>.

Alves FM. Lei Maria da Penha: das discussões à aprovação de uma proposta concreta de combate à violência doméstica e familiar contra a mulher. Jus Navigandi. 2006 [acesso 2009 Abr 04]. Disponível em: <http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=8764>.

Andreasen JO, Andreasen FM. Texto e atlas colorido de traumatismo dental. 3. ed. Porto Alegre: Artmed; 2001.

Barbieri AA. Ocorrência de lesões faciais com envolvimento dentário observada junto aos exames de corpo de delito realizados no IML-Taubaté, SP [dissertação]. Piracicaba: UNICAMP/FOP; 2009.

Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Diário oficial da União 1988; 1988 out 05. Anexo, p. 1.

Brasil. Decreto-Lei n. 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. Diário Oficial da União 1940; 1940 dez 31. Seção 1, p. 2391.

¹De acordo com a norma da UNICAMP/FOP, baseadas na norma do International Committee of Medical Journal Editors – Grupo de Vancouver. Abreviatura dos periódicos em conformidade com o Medline.

Brasil. Decreto-Lei n. 3689, de 3 de outubro de 1941. Código de Processo Penal. Diário Oficial da União 1941; 1941 out 13. Seção 1, p. 19699.

Brasil. Lei n. 5081, de 24 de agosto de 1966. Regula o Exercício da Odontologia. Diário Oficial da União 1966; 1966 ago 26. Seção 1, p. 9843.

Brasil. Lei n. 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Código Civil. Diário Oficial da União 2002; 2002 jan 11. Seção 1, p. 1.

Brasil. Lei n. 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. Diário Oficial da União 2003; 2003 nov 25. Seção 1, p. 11.

Brasil. Lei n. 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher e dá outras providências. Diário Oficial da União 2006; 2006 ago 08. Seção 1, p. 1.

Brasil. Ministério da Saúde. Datasus. Conferência Nacional de Saúde. A violência contra a mulher é também uma questão de saúde pública. 1998 [acesso 2009 Mar 25]. Disponível em: http://www.datasus.gov.br/cns/temas/tribuna/violencia_contra_mulher.htm.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 104, de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. Diário Oficial da União 2011; 2011 jan 26. Seção 1, p. 37-8.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Comunicação e mídia para profissionais de saúde que atuam nos serviços de atenção para mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2007.

Brasil. Ministério da saúde. Secretaria de vigilância à saúde. Departamento de análise de situação de saúde. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília; 2005 [acesso 2009 Abr 04]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/impacto_violencia.pdf.

Brasil. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. VI Relatório Nacional Brasileiro. Convenção pela Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres - CEDAW/Organizações das Nações Unidas. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres; 2008.

Borin TB. Violência doméstica contra a mulher: percepções sobre violência em mulheres agredidas [dissertação]. Ribeirão Preto: USP/FFCLRP; 2007.

Campos JCS. Lesões corporais em crianças e adolescentes vítimas de violência familiar na região da Grande Vitória [dissertação]. Piracicaba: UNICAMP/FOP; 2006.

Casique LC, Furegato ARF. Violência contra mulheres: reflexões teóricas. Rev Latino-am Enfermagem. 2006; 14(6): 950-956.

Castro R, Riquer F. La investigación sobre violencia contra las mujeres en América Latina: entre el empirismo ciego y la teoría sin datos. Cad. Saúde Pública. 2003; 19(1): 135-146.

Chesnais JC. Violência no Brasil. Causas e recomendações políticas para sua prevenção. Ciênc. saúde coletiva. 1999; 4(1): 53-69.

Chiaperini A, Bérghamo AL, Bregagnolo LA, Bregagnolo JC, Watanabe MGC, Silva RHA. Danos bucomaxilofaciais em mulheres: registros do Instituto Médico-legal de Ribeirão Preto (SP), no período de 1998 a 2002. Rev. odontol ciênc. 2009; 24(1): 71-76.

Christófaros DF. Dois anos após lei Maria da Penha, estados não cumprem determinações. 2008 [acesso 2009 Abr 04]. Disponível em: http://www.lfg.com.br/public_html/article.php?story=20081125091649839.

Cintra JAA. A importância da Odontologia Legal no exame de corpo de delito [dissertação]. Piracicaba: UNICAMP/FOP; 2004.

Conselho Federal de Odontologia. Resolução n. 42/2003, de 20 de maio de 2003. Código de Ética Odontológica. 2003 [Acesso 2010 Dez 15]. Disponível em: <http://cfo.org.br/servicos-e-consultas/ato-normativo/?id=852>.

Conselho Federal de Odontologia. Resolução n. 87/2009, de 26 de maio de 2009. Normatiza a perícia e junta odontológica e dá outras providências. 2009 [Acesso 2010 Dez 15]. Disponível em: <http://cfo.org.br/servicos-e-consultas/ato-normativo/?id=1356>.

Costa G. Ipea: Mais de 90% querem investigação de crimes de violência doméstica mesmo sem queixa da vítima. Agência Brasil. 2010 [Acesso 2010 Dez 10]. Disponível em: http://agenciabrasil.ebc.com.br/home/-/journal_content/56/19523/1116626.

Croce D, Croce Jr D. Manual de medicina legal. São Paulo: Saraiva; 2010.

Debert GG, Gregori MF. Violência e Gênero: Novas propostas, velhos dilemas. RBCS. 2008; 23(66): 165-211.

Deslandes SF, Gomes R, Silva CMFP. Caracterização dos casos de violência doméstica contra a mulher atendidos em dois hospitais públicos do Rio de Janeiro. Cad. Saúde Pública. 2000; 16(1): 129-137.

d'Oliveira AFPL, Schraiber LB, França-Junior I, Ludermit AB, Portella AP, Diniz CS *et al.* Fatores associados à violência por parceiro íntimo em mulheres brasileiras. Rev Saúde Pública. 2009; 43(2): 299-310.

Faria C. Estudo do aspecto odonto-legal das lesões corporais decorrentes de violência doméstica [dissertação]. Piracicaba: UNICAMP/FOP; 2006.

França GV. Energias de ordem mista: Fadiga. Doenças parasitárias. Sevícias (Síndrome da criança maltratada. Síndrome do ancião maltratado. Violência contra a mulher. Tortura). In: França GV. Medicina Legal. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008. p. 145-56.

Ferreira AF. Mulheres em situação de violência: Magnitude e repercussões no uso de serviços em unidades básicas de saúde do setor público do município de São Paulo [dissertação]. Campinas: UNICAMP/FCM; 2004.

Galvão EF, Andrade SM. Violência contra a mulher: análise de casos atendidos em serviço de atenção à mulher em município do Sul do Brasil. Saúde e Sociedade. 2004; 13(2): 89-99.

Garbin CAS, Garbin AJI, Dossi AP, Dossi MO. Violência doméstica: análise das lesões em mulheres. Cad. Saúde Pública. 2006; 22(12): 2567-2573.

Garbin CAS, Rovida TAS, Garbin AJI, Saliba O, Dossi AP. A importância da descrição de lesões odontológicas nos laudos médico-legais. RPG Rev Pós Grad. 2008; 15(1): 59-64.

Garcia MV, Ribeiro LA, Jorge MT, Pereira GR, Resende AP. Caracterização dos casos de violência contra a mulher atendidos em três serviços na cidade de Uberlândia, Minas Gerais, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2008; 24(11): 2551-2563.

Gomes NP, Diniz NMF, Araújo AJS, Coelho TMF. Compreendendo a violência doméstica a partir das categorias gênero e geração. Acta Paul Enferm. 2007; 20(4): 504-8.

Gremillion DH, Kanof EP. Overcoming barriers to physician involvement in identifying and referring victims of domestic violence. *Ann Emerg Med*. 1996; 27(6): 769-73.

Guerra Neto NGM. Quantificação do Dano. Lesões Corporais. In: Hércules HC. *Medicina Legal – Texto e Atlas*. São Paulo: Editora Atheneu; 2008. p.397-417.

Harazim D. A face do silêncio - A violência doméstica atinge não apenas a mulher, mas toda a sociedade. *Veja* 01 jul. 1998 [acesso 2010 Out 06]. Disponível em: http://veja.abril.com.br/010798/p_080.html.

Heise L, Ellsberg M, Gottemoeller M. Ending Violence Against Women. *Population Reports*, Johns Hopkins University School of Public Health, Population Information Program. 1999; L (11).

Hércules HC. Lesões e morte por ação contundente. In: Hércules HC. *Medicina Legal – Texto e Atlas*. São Paulo: Editora Atheneu; 2008. p.171-191.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Censo 2010. População por município. Espírito Santo. 2010b [Acesso 2011 Jan 10]. Disponível em: http://www.censo2010.ibge.gov.br/dados_divulgados/index.php?uf=32.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de Trabalho e Rendimento. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2009. Suplemento Características da Vitimização e do Acesso à Justiça no Brasil. 2009 [Acesso 2011 Jan 05]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/vitimizacao_acesso_justica_2009/tabelas_pdf/tab126.pdf.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Populações residentes em 1º de Abril de 2007, segundo os municípios. 2007 [acesso 2009 Abr 25]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem2007/popmunic2007layoutTCU14112007.xls>.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Síntese de Indicadores Sociais 2010. SIS 2010: Mulheres mais escolarizadas são mães mais tarde e têm menos filhos. 2010a [Acesso 2011 Jan 05]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1717&id_pagina=1.

Instituto de Segurança Pública (Rio de Janeiro). Dossiê Mulher. 4. ed. Rio de Janeiro: Estudos; 2009.

Kenney JP. Domestic violence: A complex health care issue for dentistry today. *Forensic Sci Int*. 2006; 159 Suppl 1: S121-5.

Kronbauer JFD, Meneghel SN. Violência de gênero pelo companheiro. *Rev Saúde Pública*. 2005; 39(5): 695-701.

Lamoglia CVA, Minayo MCS. Violência conjugal, um problema social e de saúde pública: estudo em uma delegacia do interior do Estado do Rio de Janeiro. *Ciênc saúde coletiva*. 2009; 14(2): 595-604.

Leôncio KL, Baldo PL, João VM, Biffi RG. O perfil de mulheres vitimizadas e de seus agressores. *Rev enferm*. 2008; 16(3): 307-12.

Lopes I. Autonomia econômica é fundamental para diminuir violência contra as mulheres, diz futura ministra [entrevista a Luciana Lima]. Agência Brasil. 2011 [Acesso 2011 Jan 05]. Disponível em: http://agenciabrasil.ebc.com.br/home/-/journal_content/56/19523/3153215.

Majdalani MP, Alemán M, Fayanás R, Guedes A, Mejía RM. Validación de un cuestionario breve para detectar situaciones de violencia de género en las consultas clínicas. Rev Panam Salud Publica. 2005; 17(2): 79–83.

McIlwaine G. Women victims of domestic violence. BMJ. 1989; 299: 995-996.

Minayo MCS. A difícil e lenta entrada da violência na agenda do setor saúde. Cad. Saúde Pública. 2004; 20(3): 646-647.

Mota JC, Vasconcelos AGG, Assis SG. Análise de correspondência como estratégia para descrição do perfil da mulher vítima do parceiro atendida em serviço especializado. Ciênc saúde coletiva. 2007; 12(3): 799-809.

Organização Mundial de Saúde. Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer. Departamento Género y Salud de la Mujer. Grupo Orgánico Salud de la Familia y la Comunidad. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2002.

Organização Mundial de Saúde. WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women: summary report of initial results on prevalence, health outcomes and women's responses. Geneva: World Health Organization; 2005.

Pasinato W, Santos CMD. Mapeamento das Delegacias da Mulher no Brasil. Núcleo de Estudos de Gênero Pagu. Universidade Estadual de Campinas. 2008 [acesso 2009 Maio 11]. Disponível em: http://www.observe.ufba.br/_ARQ/bibliografia/MAPEO_Brasil%5B1%5D.pdf.

Rabello PM, Caldas Júnior AF. Lesões faciais de mulheres agredidas fisicamente – Paraíba – Brasil. Odontologia Clín-Científ. 2006; 5 (4): 321-325.

Rezende EJC, Araujo TM, Moraes MAS, Santana JSS, Radicchi R. Lesões buco-dentais em mulheres em situação de violência: um estudo piloto de casos periciados no IML de Belo Horizonte, MG. *Rev Bras Epidemiol*. 2007; 10(2): 202-14.

Saliba O, Garbin CAS, Garbin AJI, Dossi AP. Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. *Rev Saúde Pública*. 2007; 41(3): 472-7.

Santi LN, Nakano AMS, Lettiere A. Percepção de mulheres em situação de violência sobre o suporte e apoio recebido em seu contexto social. *Texto Contexto Enferm*. 2010; 19(3): 417-424.

Schraiber LB, d'Oliveira AFPL, França-Junior I, Pinho AA. Violência contra a mulher e atenção primária. *Rev Saúde Pública*. 2002; 36(4): 470-7.

Silva RF, Prado MM, Garcia RR, Daruge Júnior E, Daruge E. Atuação profissional do cirurgião-dentista diante da Lei Maria da Penha. *Rev Sul-Bras Odontol*. 2010; 7(1): 110-6.

Taquette SR, organizador. Violência contra a mulher adolescente-jovem. Rio de Janeiro: EdUERJ; 2007.

Vanrell JP. *Odontologia Legal e Antropologia Forense*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009.

Walker LE. Who Are the Battered Women? *Frontiers: A Journal of Women Studies*. 1977; 2(1): 52-57.

Zenker AL. Dos mais de 150 mil processos da Lei Maria da Penha cerca de 2% já resultaram em prisão. Agência Brasil. 2009 [acesso em 2009 Abr 06]. Disponível em: <http://agenciabrasil.ebc.com.br/arquivo/node/343685>.

APÊNDICE

Tabela de coleta de dados da pericianda

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
1	Data	Número do laudo	Idade	Cidade de Procedência	Ocupação	Estado Civil	Agressor	Instrumento	Tempo decorrido	Dia semana
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										

Tabela de coleta de dados da lesão

	A	B	C	D	E	F	G	H	I
1	Tipo de Lesão craniofacial	Região atingida	Tipo de Lesão bucal	Região atingida	3º QUESITO: Se produzida por veneno, fogo, explosivo, asfixia ou tortura, ou por outro meio insidioso ou cruel	4º QUESITO: Se resultou incapacidade das ocupações habituais por + de 30 dias?	5º QUESITO: Se resultou perigo de vida?	6º QUESITO: Se resultou debilidade permanente ou perda ou inutilização de membro, sentido ou função?	7º QUESITO: Se resultou incapacidade permanente para o trabalho, ou enfermidade incurável, ou deformidade permanente?
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									

ANEXO I

Certificado de Aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Piracicaba – Universidade Estadual de Campinas.

	COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS	
CERTIFICADO		
O Comitê de Ética em Pesquisa da FOP-UNICAMP certifica que o projeto de pesquisa "Lesões faciais em mulheres vítimas de violência doméstica, antes e depois da Lei 11.340/06 - Lei Maria da Penha", protocolo nº 046/2009, dos pesquisadores Talita Lima de Castro, Eduardo Daruge Júnior e Luiz Franceschini Júnior, satisfaz as exigências do Conselho Nacional de Saúde - Ministério da Saúde para as pesquisas em seres humanos e foi aprovado por este comitê em 10/06/2009.		
The Ethics Committee in Research of the School of Dentistry of Piracicaba - State University of Campinas, certify that the project "Facial injuries in female victims of domestic violence, before and after the Law 11.340/06 - Maria da Penha Law", register number 046/2009, of Talita Lima de Castro, Eduardo Daruge Júnior and Luiz Franceschini Júnior, comply with the recommendations of the National Health Council - Ministry of Health of Brazil for research in human subjects and therefore was approved by this committee at 06/10/2009.		
		
Prof. Dr. Pablo Agustin Vargas Secretário CEP/FOP/UNICAMP	Prof. Dr. Jacks Jorge Junior Coordenador CEP/FOP/UNICAMP	
Nota: O título do protocolo aparece como fornecido pelos pesquisadores, sem qualquer edição. Notice: The title of the project appears as provided by the authors, without editing.		

ANEXO II

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 pessoais, 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 conflitarem 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, 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 oficiar 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

Este texto não substitui o publicado no D.O.U. de 8.8.2006

ANEXO III

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, entende-se por violência contra a mulher qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, inclusive decorrente de discriminação ou desigualdade étnica, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público quanto no privado. (Redação dada pela Lei nº 12.288, de 2010)

§ 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

Este texto não substitui o publicado no D.O.U. de 25.11.2003

ANEXO IV

PORTARIA Nº 104, DE 25 DE JANEIRO DE 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e Considerando os parágrafos 2º e 3º do art. 6º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes;

Considerando a Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003, que estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados;

Considerando o inciso I do art. 8º do Decreto nº 78.231, de 12 de agosto de 1976, que regulamenta a Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975, que dispõe sobre a organização das ações de vigilância epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças;

Considerando o Decreto Legislativo nº 395, de 9 de julho de 2009, que aprova o texto revisado do Regulamento Sanitário Internacional 2005, acordado na 58ª Assembléia Geral da Organização Mundial da Saúde, em 23 de maio de 2005;

Considerando o Regulamento Sanitário Internacional 2005, aprovado na 58ª Assembleia Geral, da Organização Mundial da Saúde, em 23 de maio de 2005;

Considerando a Portaria nº 2.259/GM/MS, de 23 de novembro de 2005, que estabelece o Glossário de Terminologia de Vigilância Epidemiológica no âmbito do Mercosul;

Considerando a Portaria nº 399/GM/MS, de 22 de fevereiro de 2006, que aprova e divulga as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS - com seus três componentes - Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão;

Considerando a Portaria nº 2.728/GM/MS, de 11 de novembro de 2009, que dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast);

Considerando a Portaria nº 3.252/GM/MS, de 22 de dezembro de 2009, que aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios; e

Considerando a necessidade de padronizar os procedimentos normativos relacionados à notificação compulsória e à vigilância em saúde no âmbito do SUS, resolve:

Art. 1º Definir as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005).

I - Doença: significa uma enfermidade ou estado clínico, independentemente de origem ou fonte, que represente ou possa representar um dano significativo para os seres humanos;

II - Agravado: significa qualquer dano à integridade física, mental e social dos indivíduos provocado por circunstâncias nocivas, como acidentes, intoxicações, abuso de drogas, e lesões auto ou heteroinfligidas;

III - Evento: significa manifestação de doença ou uma ocorrência que apresente potencial para causar doença;

IV - Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional - ESPIN: é um evento que apresente risco de propagação ou disseminação de doenças para mais de uma Unidade Federada – Estados e Distrito Federal - com priorização das doenças de notificação imediata e outros eventos de saúde pública, independentemente da natureza ou origem, depois de avaliação de risco, e que possa necessitar de resposta nacional imediata; e

V - Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional - ESPII: é evento extraordinário que constitui risco para a saúde pública de outros países por meio da propagação internacional de doenças e que potencialmente requerem uma resposta internacional coordenada.

Art. 2º Adotar, na forma do Anexo I a esta Portaria, a Lista de Notificação Compulsória - LNC, referente às doenças, agravos e eventos de importância para a saúde pública de abrangência nacional em toda a rede de saúde, pública e privada.

Art. 3º As doenças e eventos constantes no Anexo I a esta Portaria serão notificados e registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan, obedecendo às normas e rotinas estabelecidas pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde - SVS/MS.

§ 1º Os casos de malária na região da Amazônia Legal deverão ser registrados no Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica - Malária - SIVEP-Malária, sendo que na região extraamazônica deverão ser registrados no Sinan, conforme o disposto no caput deste artigo.

§ 2º Os casos de esquistossomose nas áreas endêmicas serão registrados no Sistema de Informação do Programa de Vigilância e Controle da Esquistossomose - SISPCE e os casos de formas graves deverão ser registrados no Sinan, sendo que, nas áreas não endêmicas, todos os casos devem ser registrados no Sinan, conforme o disposto no caput deste artigo.

Art. 4º Adotar, na forma do Anexo II a esta Portaria, a Lista de Notificação Compulsória Imediata - LNCI, referente às doenças, agravos e eventos de importância para a saúde pública de abrangência nacional em toda a rede de saúde, pública e privada.

§ 1º As doenças, agravos e eventos constantes do Anexo II a esta Portaria, devem ser notificados às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde (SES e SMS) em, no máximo, 24 (vinte e quatro) horas a partir da suspeita inicial, e às SES e às SMS que também deverão informar imediatamente à SVS/MS.

§ 2º Diante de doenças ou eventos constantes no Anexo II a esta Portaria, deve-se aplicar a avaliação de risco de acordo com o Anexo II do RSI 2005, para classificação da situação como uma potencial ESPIN ou ESPII.

Art. 5º A notificação imediata será realizada por telefone como meio de comunicação ao serviço de vigilância epidemiológica da SMS, cabendo a essa instituição disponibilizar e divulgar amplamente o número na rede de serviços de saúde, pública e privada.

§ 1º Na impossibilidade de comunicação à SMS, a notificação será realizada à SES, cabendo a esta instituição disponibilizar e divulgar amplamente o número junto aos Municípios de sua abrangência;

§ 2º Na impossibilidade de comunicação à SMS e à SES, principalmente nos finais de semana, feriados e período noturno, a notificação será realizada à SVS/MS por um dos seguintes meios:

I - disque notifica (0800-644-6645) ou;

II - notificação eletrônica pelo e-mail (notifica@saude.gov.br) ou diretamente pelo sítio eletrônico da SVS/MS (www.saude.gov.br/svs) .

§ 3º O serviço Disque Notifica da SVS/MS é de uso exclusivo dos profissionais de saúde para a realização das notificações imediatas.

§ 4º A notificação imediata realizada pelos meios de comunicação não isenta o profissional ou serviço de saúde de realizar o registro dessa notificação nos instrumentos estabelecidos.

§ 5º Os casos suspeitos ou confirmados da LNCI deverão ser registrados no Sinan no prazo máximo de 7 (sete) dias, a partir da data de notificação.

§ 6º A confirmação laboratorial de amostra de caso individual ou procedente de investigação de surto constante no Anexo II a esta Portaria deve ser notificada pelos laboratórios públicos (referência nacional, regional e laboratórios centrais de saúde pública) ou laboratórios privados de cada Unidade Federada.

Art. 6º Adotar, na forma do Anexo III a esta Portaria, a Lista de Notificação Compulsória em Unidades Sentinelas (LNCS).

Parágrafo único. As doenças e eventos constantes no Anexo III a esta Portaria devem ser registrados no Sinan, obedecendo as normas e rotinas estabelecidas para o Sistema.

Art. 7º A notificação compulsória é obrigatória a todos os profissionais de saúde médicos, enfermeiros, odontólogos, médicos veterinários, biólogos, biomédicos, farmacêuticos e outros no exercício da profissão, bem como os responsáveis por organizações e estabelecimentos públicos e particulares de saúde e de ensino, em conformidade com os arts. 7º e 8º, da Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975.

Art. 8º A definição de caso para cada doença, agravo e evento relacionados nos Anexos a esta Portaria, obedecerão à padronização definida no Guia de Vigilância Epidemiológica da SVS/MS.

Art. 9º É vedado aos gestores estaduais e municipais do SUS a exclusão de doenças, agravos e eventos constantes nos Anexos a esta Portaria.

Art. 10. É facultada a elaboração de listas estaduais ou municipais de Notificação Compulsória, no âmbito de sua competência e de acordo com perfil epidemiológico local.

Art. 11. As normas complementares relativas às doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória e demais disposições contidas nesta Portaria serão publicadas por ato específico do Secretário de Vigilância em Saúde.

Parágrafo único. As normas de vigilância das doenças, agravos e eventos constantes nos Anexos I, II e III serão regulamentadas no prazo de 90 (noventa) dias, contados a partir da publicação desta Portaria.

Art. 12. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 13. Fica revogada a Portaria nº 2.472/GM/MS de 31 de agosto de 2010, publicada no Diário Oficial da União (DOU) nº 168, Seção 1, págs. 50 e 51, de 1º de setembro de 2010.

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA