

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
FACULDADE DE ODONTOLOGIA

RAPHAEL CORRÊA MALACHIAS

VIOLÊNCIA CONTRA MULHER RELACIONADA AO  
TRAUMA DE FACE

Belo Horizonte – MG

2017

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
FACULDADE DE ODONTOLOGIA

RAPHAEL CORRÊA MALACHIAS

VIOLÊNCIA CONTRA MULHER RELACIONADA AO  
TRAUMA DE FACE

Trabalho de conclusão de curso de especialização em cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial apresentado a banca examinadora como requisito parcial para a obtenção do grau de Especialista em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial, na Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais.

Orientador: Prof. Dr. Marcelo Naves

Belo Horizonte – MG

2017

VIOLÊNCIA CONTRA MULHER RELACIONADA AO  
TRAUMA DE FACE

Trabalho de conclusão de curso de especialização em cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial apresentado a banca examinadora como requisito parcial para a obtenção do grau de Especialista em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial, na Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais.

BANCA EXAMINADORA:

---

Professor Marcelo Drummond Naves  
Universidade Federal de Minas Gerais  
Professor Orientador

---

Professor Vladimir Reimar Augusto de Souza Noronha  
Centro Universitário Newton Paiva  
Professor Coorientador

---

Fernando Sartori Rocha Campos  
Hospital Odilon Behrens

Aos meus pais por proporcionarem o que havia de melhor para que eu concluísse mais uma etapa da minha vida. Obrigada pelo carinho, atenção e apoio incondicional. Amo vocês.

## **AGRADECIMENTOS**

Aos meus pais que sempre me incentivaram e me apoiaram nas minhas escolhas e decisões, que não pouparam esforços para minha formação. Nos momentos de incerteza e dificuldade sempre estiveram ao meu lado apoiando e aconselhando.

A minha irmã por todo incentivo, ajuda, apoio e dedicação para com minha formação. A quem eu sou imensamente grato, uma vez que foi por aconselhamento desde o início que optei pela especialidade.

Ao meu orientador Professor Dr. Marcelo Drumond Naves, pelas orientações, possibilidades e oportunidades durante o curso, que me ensinou e conduziu minhas práticas em especial na área de estomatologia.

Ao professor Vladimir Noronha, meu co-orientador, que sempre me ajudou e esteve disposto a tirar minhas dúvidas, a me orientar quanto a tomar decisões para minha formação, desde a graduação sempre esteve presente fazendo parte da minha formação profissional.

Ao Dr. Fernando Sartori pela grande amizade, por todo apoio, incentivo, ensinamento, paciência, pela confiança em mim como pessoa e como profissional, a quem eu devo grande parte dos meus conhecimentos. Sempre serei grato por ter tido o privilégio de conviver com este profissional que tenho como exemplo a ser seguido.

Ao Dr. César Malachias, por todo incentivo, apoio e instruções, por ter me proporcionado o estágio no Hospital Odilon Behrens durante minha graduação para aprender e ter certeza sobre minha escolha quanto a especialidade.

Ao professor Dr. Evandro Aguiar pela oportunidade de realizar o curso e todas as chances obtidas e oportunidade de crescimento, pelos aconselhamentos desde o início do curso, por todo aprendizado.

Ao professor Dr. Claudio Comunian pelos conhecimentos compartilhados, pelas oportunidades, pela experiência como monitor de cirurgia o meu muito obrigado.

Ao professor Dr. Júlio César Tanos por todo conhecimento passado, confiança e apoio, sempre proporcionando participar de suas cirurgias as quais são sempre um grande aprendizado.

Ao Dr. José Augusto, pela grande amizade, pelo conhecimento não só na odontologia, mas também em sua nova área de atuação, por todo apoio, por sempre estar disposto a me ajudar nos momentos de aprendizado, por sempre que solicitei sua ajuda durante a madrugada no plantão ter paciência em explicar e ensinar sobre uma nova abordagem.

Ao Dr. André Maia, agradeço pela dedicação, pelos ensinamentos e amizade.

A Dra. Tercilia por todo apoio, incentivo, pela primeira oportunidade de entrar em um bloco cirúrgico, por todos os conhecimentos passados, pela severidade e aconselhamentos.

Aos funcionários do Hospital Odilon Behrens pela paciência e dedicação, em especial a Maria do Carmo e Waldenia que sempre me apoiaram, confiaram e incentivaram desde o início do meu estágio quando ainda estava no 7º período da graduação.

A todos os funcionários da FO UFMG por toda dedicação e atenção.

Aos meus colegas de sala por todo apoio, companheirismo, aprendizado, pela amizade que espero levar por toda a vida, em especial Marcelo, Ricardo e Gabriela.

Aos meus colegas R2s Isabela Rizel, Izabela Dayle, Raquel, Gabriel, Poliana, Kelly, Túlio, Matheus, pelo companheirismo, pela amizade, pela convivência o meu muito obrigado.

“Ainda que homens e mulheres se tornem conhecidos por seus feitos, são reconhecidos por suas faces”.

Charles G. Child, III.

## RESUMO

A violência urbana no Brasil se tornou uma questão de saúde pública. Ela está presente no cotidiano de cada brasileiro, produzindo um grande número de vítimas, sequelas físicas e emocionais. O trauma bucomaxilofacial é um trauma ocorrido na face que pode ter extensão e acometer o cérebro, olhos, dentição e seios da face, podendo levar a deformidades permanentes. A notificação da violência doméstica pelos dentistas contribui para o dimensionamento epidemiológico do problema, permitindo o desenvolvimento de programas e ações específicas. O objetivo do trabalho foi relacionar a incidência do trauma da face em mulheres com a violência e da necessidade de notificação compulsória por parte dos dentistas. Este estudo analisou os eventos de violência urbana através dos traumas maxilofaciais deles decorrentes em diversos artigos tornados públicos. Teve como conclusão que violência interpessoal e os acidentes de trânsito foram os principais fatores etiológicos dos traumas faciais, sendo responsáveis pela maioria dos casos tratados cirurgicamente nos hospitais estudados na discussão deste trabalho. Quando os dados são tratados separadamente por gênero, a violência interpessoal é mais frequente em mulheres. Os dentistas têm a obrigação de notificar os casos de violência doméstica pelo parceiro íntimo que tomam conhecimento durante o atendimento, o descumprimento desta obrigação pode leva-lo à responder legal e eticamente pela omissão.

Palavras-chave: violência urbana, trauma de face, trauma em mulheres e notificação compulsória.



## **ABSTRACT**

Urban violence in Brazil has become a public health issue. It is present in the daily life of each Brazilian, producing a large number of victims, physical and emotional sequels. Maxillofacial trauma is a type of trauma that occurs on the face and head. The number of maxillofacial traumas may be associated with the exposure of this region of the body in cases of traffic accidents or an attempt to disfigure the face of the victims of aggression, urban violence, face trauma, trauma in women and compulsory notification. Notification of domestic violence by dentists contributes to the epidemiological dimension of the problem, allowing the development of specific programs and actions. The objective of this study was to compare the incidence of face trauma in women with violence and the need for compulsory notification by dentists. This study analyzed the events of urban violence through the maxillofacial traumas resulting from several articles made public. It was concluded that interpersonal violence and traffic accidents were the main etiological factors of facial trauma, being responsible for the majority of the cases treated surgically in the hospitals studied in the discussion of this work. When data are treated separately by gender, interpersonal violence is more frequent in women. Dentists have an obligation to report cases of domestic violence by the intimate partner who becomes aware during the care, failure to comply with this obligation may lead them to respond legally and ethically to the omission.

Keywords: urban violence, face trauma, trauma in women and compulsory notification.

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Período da semana que ocorrem as agressões.....	26
Gráfico 2: Gênero agressões sofridas.....	26
Gráfico 3: Período do dia que ocorreram as agressões físicas.....	26
Gráfico 4: Tipos de agressões sofridas.....	32

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	12
2. METODOLOGIA .....	14
3. REVISÃO DE LITERATURA.....	15
3.1 Trauma de Face .....	15
3.2 Violência Contra Mulher .....	19
3.3 Trauma de Face em mulheres .....	24
3.4 Relação profissional de saúde com a vítima .....	28
4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	31
5. CONCLUSÃO .....	38
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	39
ANEXO I.....	43

## 1. INTRODUÇÃO

Os traumas, segundo dados da Organização Mundial de Saúde, estão entre as principais causas de morte e invalidez no mundo. As lesões da cabeça e da face podem representar metade das mortes traumáticas. Para cada óbito ocorrido, em virtude de traumas, centenas ou milhares de pessoas sobrevivem, sendo que muitas delas com sequelas limitadoras permanentes (KRUG, SHARMA e LOZANO, 2000).

De acordo com Reuben et al (2005), “as fraturas faciais são clinicamente significantes, pois frequentemente são lesões complexas em natureza, podendo levar a sérias sequelas funcionais e estéticas”.

As causas dos traumas de face são variadas, sendo as principais: violência, acidentes automobilísticos e quedas (MOTTA, 2009).

No estudo de Daffner (1997), 65% dos 2.462 pacientes com trauma facial apresentaram injúrias resultantes de acidentes automobilísticos, 30% resultantes de agressões físicas, 4% de quedas e 1% de arma de fogo. Outros fatores contribuintes citados foram o uso de álcool, alta velocidade e a falta de uso do cinto de segurança.

É notória a importância de um Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial em hospitais de grandes municípios, haja vista as fraturas faciais representarem um segmento importante dos problemas de saúde pública, devido a suas sequelas, as quais podem resultar em sérias inabilidades morfofuncionais.

Diversos trabalhos demonstram que o gênero mais acometido pelas fraturas maxilofaciais é o masculino. No entanto, nas últimas três décadas têm-se observado um aumento deste tipo de trauma em mulheres, por diversos motivos, tendo maior destaque a violência doméstica. Observou-se que dos pacientes adultos que sofreram violência doméstica, os pacientes do sexo feminino são mais propensos a sofrer agressão pelo parceiro íntimo do que outro tipo de trauma. (MACEDO et al, 2008; MOTTA, 2009; ANDA, 2001, DUBE 2002 e GARCIA-MORENO C et al., 2005)

No dia 25 de maio de 2017, a Organização das Nações Unidas (ONU), conclamou Dia Laranja, uma forma de representar a campanha Fim da Violência contra as Mulheres, solicitando apoio dos estados membros, para que estes combatam as violações dos direitos humanos de meninas e mulheres. Tal

campanha tomou por base o custo aos países com mulheres vítimas de agressão, sendo este custo anual algo em torno de 1,5 trilhões de dólares. Esta despesa se deve ao atendimento as vítimas, a aplicação das leis e com as consequências das agressões. Esse dia 25 de maio faz uma menção ao dia 25 de novembro, o qual é celebrado – Dia Internacional pelo Fim da Violência contra as Mulheres, no Dia Laranja foi adotado o lema “Não deixe ninguém para trás: acabe com a violência contra as mulheres e as meninas”. (ONUBR, 2017)

Segundo Chiaperini (2008),

a violência contra mulher é um fenômeno social de alta complexidade e graves paradoxos, seja no aspecto ético, no cultural, no político, no religioso, como também nas tentativas de explicação pelas mais variadas correntes e tendências. (CHIAPERINI, 2008)

Outro agravante para a situação relatada é a falta de denúncia por parte das mulheres agredidas. Não denunciar impacta na falta de acompanhamento médico odontológico e falta de registro sistêmico para prevenção de novas ocorrências.

De acordo com a pesquisa realizada pela ONU Mulheres (2017), no Brasil 40% das mulheres já sofreram violência doméstica em algum momento da vida, e que 66% dos brasileiros presenciaram uma mulher sendo agredida física ou verbalmente em 2016. O Brasil está em 5º lugar no ranking de feminicídio, o qual avaliou 83 países, posição esta, devido a dados mostrarem que a cada 02 horas uma mulher é assassinada no país, sendo a maioria por homens as quais tem alguma relação afetiva. (ONUBR, 2017)

O trauma de face, devido às consequências emocionais, sociais, econômicas e a possibilidade de deformidades temporárias ou permanentes, podem ser considerados uma das agressões mais graves vistas em unidades de saúde (CAMARGO, 2012).

Dessa forma, este artigo tem por objetivo relacionar a incidência do trauma da face em mulheres com a violência e da necessidade de notificação compulsória por parte dos dentistas.

## **2. METODOLOGIA**

Trata-se de uma revisão bibliográfica, sendo realizado através de fontes secundárias, pois a pesquisa é embasa em artigos, monografias e teses sobre o tema em estudo, já tornada pública. Foram utilizados títulos nas línguas portuguesa, espanhola e inglesa, com temas relacionados à violência urbana, trauma de face, trauma em mulheres e notificação compulsória.

A cerca dos limites do tema, o objetivo foi relacionar a incidência do trauma da face nos indivíduos do sexo feminino e que tiveram origem em violência doméstica. Foram priorizados artigos e dados disponíveis na Organização Mundial da Saúde, Organização das Nações Unidas e no portal do Ministério da saúde. Para autores de livros foram utilizados dados disponíveis na biblioteca da UFMG e sites busca de informações voltadas para área de saúde como pubmed.com e uptodate.com. Os artigos que não continham fontes seguras ou devidamente citadas, não foram considerados como fonte de pesquisa.

### 3. REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 Trauma de Face

O trauma facial é notável, por levar a graves consequências emocionais e funcionais, com a possibilidade de deformidades permanentes. Uma agressão localizada na face não envolve apenas o tecido mole e ossos, mas também, por extensão, pode acometer cérebro, olhos, seios da face e dentição. Trata-se de um trauma de abrangência multidisciplinar, envolvendo principalmente as especialidades de Trauma, Oftalmologia, Cirurgia Plástica, Maxilofacial e Neurocirurgia. (BISSON, SHEPHERD JP e DHUTIA M, 1997)

Os autores (BISSON, SHEPHERD JP e DHUTIA M, 1997) discutem ainda no seu artigo que os tipos de trauma podem ocorrer com maior frequência de acordo com a idade:

- ✓ **Traumas dos 0 aos 19 anos:** A principal causa de trauma facial é a queda. Nesta faixa etária: a locomoção e equilíbrio são diretamente proporcionais à idade; a consciência da aparência da face e sua importância social aumentam com a idade (durante uma queda, crianças maiores e adultos consideram proteger a face); crianças com idade inferior aos 10 anos desconhecem o perigo e consequências de seus atos. Estudos evidenciaram que quedas dos 0 aos 14 anos resultaram na maioria das vezes em fraturas isoladas, principalmente de dentes (45%) e nasal (25%), na faixa etária dos 15 aos 19 anos, os padrões ficam semelhantes aos adultos, com aproximadamente metade dos traumas resultando em algum tipo de fratura. Este padrão tem sido atribuído ao consumo precoce de álcool e envolvimento em violência interpessoal.
- ✓ **Traumas dos 20 aos 39 anos:** Nesta faixa etária a principal causa é a violência interpessoal (55,5%). Seguida de quedas em razão do uso de álcool e drogas. Traumas decorrentes violência doméstica (vítima sexo feminino), de acidente de carro, motocicleta, esporte e ferimento de arma de fogo tem maior incidência nesta faixa etária. Isto representa um problema sócio econômico, pois se trata de uma população predominantemente produtiva.

- ✓ **Traumas dos 40 anos ou mais:** Esta é a faixa etária menos acometida pelo trauma geral e de face, mas sua recuperação é mais demorada e as eventuais complicações são mais frequentes. Queda é o principal mecanismo de trauma nesta faixa etária e geralmente resulta de múltiplas causas patológicas (por exemplo, osteoporose). Os idosos acima de 70 anos são mais propensos a se envolver em atropelamento.

De acordo com o levantamento realizado no Pronto-Socorro do Hospital Municipal Odilon Behrens de Belo Horizonte no período de 1997 a 1999, coletou dados de pacientes atendidos pelos alunos do Curso de Especialização em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial da Faculdade de Odontologia da UFMG. Os pacientes foram avaliados em relação ao sexo, faixa etária, fator etiológico e o tipo de lesão observada. Um total de 2.711 pacientes foi atendido, nos quais mostram nos resultados que a faixa etária predominante foi entre 0 a 20 anos, sendo o sexo masculino o mais acometido e acidente de trânsito a etiologia mais comum. Agressões físicas tiveram 18,4% do total de pacientes. (MOTA, AGUIAR E DUTRA, 2001)

Trauma de face possui grande importância devido à repercussão emocional, funcional e o fator estético, lesões na cabeça e na face apresentam um índice de 50% de todas as mortes traumáticas (ARANEGA, 2011).

Macedo et al (2008) realizou um estudo buscando analisar dados de pacientes vítimas de trauma de face no ano de 2004, no Hospital Regional Asa Norte em Brasília. O estudo foi retrospectivo através da análise de prontuários e guias de atendimento de emergência, da unidade de cirurgia plástica. A coleta de dados foi realizada através das fichas dos pacientes compreendendo 711 pacientes, destacando-se o sexo masculino, representando 72,8% dos pacientes. A faixa etária de maior incidência de trauma facial foi de 21 a 30 anos, compreendendo 35,3% de toda a população estudada. Dentre os tipos de etiologia que foram classificados, foi analisada agressão física, que nos resultados se mostrou predominante, sendo 38,8% dos casos. No geral os dados mostraram que em média os pacientes atendidos no Pronto-Socorro de Cirurgia Plástica, foram jovens do sexo masculino entre 21 e 30 anos, vítimas de agressão física.



Devido ao grande número de pacientes com sequelas decorrentes de lesões por violência doméstica, sendo em face à região mais comumente atingida, as instituições de saúde e a polícia, frequentemente entram em contato com tal problema social, sendo que nem todas as vítimas buscam ajuda imediata. Tendo em vista a realidade da violência doméstica, o serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial da Faculdade de Odontologia do Campus de Araçatuba, buscou realizar um correto diagnóstico e um atendimento de forma integral e humanizada. (ARANEGA, 2011)

Aranega (2011), com o intuito de melhor entender do assunto, por meio de uma revisão de literatura visou propor para Faculdade de Odontologia de Araçatuba projeto de extensão que contribua para redução da violência doméstica contra a mulher. Constatou-se que na década de 80, o Brasil tomou mais consciência sobre o problema de violência contra a mulher, consciência esta devida também ao movimento feminista. No entanto, os estudos mostram que ainda é grande o número de mulheres que sofrem violência doméstica e não procuram por nenhum tipo de ajuda. O trabalho concluiu que é possível a conscientização das vítimas quanto à existência de atendimento integral e humanizado que as protege. Já para o atendimento do Serviço de Traumatologia Buco-Maxilo-Facial é necessário palestras e questionários para que a população informe o correto motivo e o diagnóstico e tratamento possam ser realizados de forma rápida e eficaz.

Segundo Santana (2011), trauma é um problema de saúde ignorado que tem início nas estruturas sociais, políticas e econômicas, além de marcar a formação moral das pessoas. Notou-se que a Delegacia de Mulheres teve a maior participação na solicitação de exames de corpo de delito. As lesões em mais de uma região do corpo predominaram, sendo o terço médio a região mais acometida na face, o qual o conjugue foi predominante o agressor.

Silva et al 2014 realizou um estudo transversal obtendo dados secundários coletados nos Serviços de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial do Hospital de Pronto Socorro João XXIII, Hospital Odilon Behrens e Hospital Maria Amélia Lins, em Belo Horizonte, MG. Os dados foram coletados entre janeiro de 2008 e dezembro de 2010, dados referentes a vítimas de trauma de face, tanto de acidente de trânsito quanto violência interpessoal. Um total de 7.063 vítimas de traumatismo

facial foi identificado, sendo 55,1% de violência interpessoal e 44,9% de acidente de trânsito. Constatando que neste período o gênero mais acometido nestes serviços foi o masculino.

Estudo realizado por Silva et al 2015, em Belo Horizonte, utilizou dados do Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial de três hospitais públicos que são referências para tratamento de trauma de face, Hospital Odilon Behrens, Hospital Maria Amélia Lins e Hospital de Pronto Socorro João XXIII. Os dados foram coletados entre janeiro de 2008 e dezembro de 2010, chegando a um total de 3.202 vítimas de lesões de face advindas de violência interpessoal. Os casos foram adicionados ao mapa georeferencial, coletando dados do endereço das vítimas, usando mapas digitais para identificação das localizações quanto às regiões e bairros com o intuito de avaliar se existira uma correlação entre a violência interpessoal e a zona habitacional. Foi observado que a localização da residência das vítimas tem relação com a violência interpessoal, uma vez que estas áreas com alto índice de violência apresentam indicadores sócio demográficos desfavoráveis. Estas áreas deveriam receber investimentos sociais, financeiros, novas políticas de segurança e maior atenção quanto à saúde.

O estudo realizado por Camargo (2012) teve por objetivo estabelecer dados sobre fraturas de parassínfese tratadas cirurgicamente, como eficácia e técnica utilizada. Para análise foi utilizado um relato de caso, paciente do sexo feminino, 21 anos, vítima de agressão física pelo ex-marido, a mesma recebeu o atendimento no serviço de emergência do Real Hospital Português, na cidade de Recife. Ao atendimento do serviço de Cirurgia Buco-maxilo-facial, por meio de atendimento clínico e exames complementares, constatou fratura de mandíbula em região de parassínfese. A cirurgia para redução da fratura foi realizada 48h após o trauma. Concluiu que o tratamento deve ter por objetivo a preservação da função, para favorecer a qualidade de vida do paciente, portanto um papel importante do cirurgião buco-maxilo-facial estar sempre atento as opções e indicações terapêuticas para melhor conforto do paciente.

Camargo (2012) descreve em seu estudo que tem ocorrido uma mudança no Brasil em relação à etiologia do trauma facial, mostrando que acidentes automobilísticos ainda é a principal causa. No entanto, está ocorrendo um aumento

significativo na incidência de violência interpessoal, levando a principal causa do trauma de face.

### **3.2 Violência Contra Mulher**

Segundo Silva et al 2011, em seu estudo transversal retrospectivo, obteve dados de pacientes vítimas de trauma de face atendidos no Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucimaxilofacial do Hospital Municipal Odilon Behrens, entre primeiro de janeiro a 31 de dezembro de 2007. Neste período um total de 1.759 vítimas foram atendidas, sendo 484 decorrentes de violência interpessoal, nos quais 186 (38,2%) eram mulheres. Silva concluiu em seu trabalho que a sociedade brasileira não segue corretamente as leis segundo os direitos humanos, constatado no alto índice de violência interpessoal.

Um estudo realizado por Heise & Garcia-Moreno (2002), descreve a definição de violência do parceiro íntimo e violência sexual:

- Violência do parceiro íntimo: comportamento dentro uma relação íntima que causa dano físico, sexual ou psicológico, incluindo atos de agressão física, coerção sexual, abuso psicológico e comportamentos controladores.
- Violência sexual: qualquer ato sexual, tentativas de obter um ato sexual, comentários ou insinuações sexuais não desejados, atos de tráfico ou dirigidos contra a sexualidade de uma pessoa usando coerção, por qualquer pessoa, independente de sua relação com a vítima, em qualquer contexto, porém não limitado à penetração da vulva ou ânus com o pênis, outra parte do corpo ou objeto – contudo, a definição de estupro pode variar em vários países.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) 2005, a violência realizada pelo cônjuge, tem início na adolescência, e nos primeiros anos da união, sendo esta violência física, sexual e emocional. A violência pelo parceiro íntimo pode ocorrer também da mulher contra o homem e em relações com o mesmo sexo.

O Congresso Nacional no dia 07 de agosto de 2006 criou e sancionou a Lei Nº 11.340, por meio desta, decretou formas de coibir e prevenir a violência doméstica e familiar contra mulheres de acordo com os termos do § 8º do artigo 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 ratificados pela República Federativa do Brasil. O artigo 5º menciona que configura violência doméstica e familiar contra a mulher qualquer ação que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico. A Lei Nº 11.340 é uma homenagem ao caso de nº 12.051/OEA, de Maria da Penha Maia Fernandes, uma brasileira farmacêutica, que no ano de 1983 sofreu severas agressões por seu marido, o qual a tentou matar por duas ocasiões, a primeira por um tiro de espingarda e a segunda por eletrocussão. Maria conseguiu sair de casa por ordem judicial, e iniciou os processos para condenação de seu agressor, que por meio de contato com duas ONGS, levaram seu caso para a Comissão Interamericana de Direitos Humanos da Organização dos Estados Americanos, em 1998. No ano 2001 o Estado Brasileiro foi condenado por esta Comissão, por negligencia, omissão e tolerância em relação à vítima de agressão doméstica. O processo penal do agressor de Maria da Penha foi então finalizado no ano de 2002, a vítima recebeu indenização pela falha do Estado para com ela e novas políticas para prevenção e punição foram adotadas. (MIRANDA, 2010)

Dados encontrados no PNAD/88, Pesquisa Nacional de Amostra Domiciliar, do IBGE de 1988, mostraram que para a mulher o local de maior perigo é o seu próprio lar, estes dados atualizados em 1995 apontaram que cerca de 39% das mulheres assassinadas com autor desconhecido, haviam ocorrido por familiares. Neste estudo com objetivo de fazer uma revisão bibliográfica sobre violência entre os anos de 1991 e 2005, mostra que a Delegacia da Mulher mostrou ser o primeiro grande recurso contra a violência pelo parceiro íntimo, conjugal, especialmente contra a mulher. No entanto, muitos dos casos não são relatados, uma vez que a violência física é seguida de perto pela violência psicológica, tais como ameaça (SACRAMENTO, 2006).

O comportamento violento pode ser prevenido e evitado, na visão da saúde pública que dá grande enfoque na prevenção, além do enfoque na ação coletiva, o qual foi provado que ações coletivas, com o auxílio de vários setores como educação, serviço social, dentre outros, solucionam de melhor forma o que seria

resolvido somente no setor da saúde. A violência é abordada pela saúde pública tomando por base métodos científicos, são eles: examinar dados sobre os aspectos da violência; descobrir os motivos pela qual a violência é realizada; desenvolver métodos de prevenção; determinar o custo e a eficácia dos métodos desenvolvidos (KRUG E DAHLBERG, 2007).

Tomando por base o Estudo Brasileiro de Violência Doméstica contra a Criança e o Adolescente, Miranda (2010) realizou um estudo com o objetivo de ponderar a prevalência de violência física doméstica contra mulher realizada pelo parceiro, em uma comunidade urbana de baixa renda, além de estimar o impacto desta violência na saúde, trabalho e vida familiar da mulher. Objetivou também identificar os fatores que impedem a mulher agredida de buscar por ajuda, fatores que levam mulheres separadas devido a agressão a retornarem ao relacionamento, e identificar os locais que mulheres separadas procuram por ajuda. O impacto gerado pela violência conjugal na saúde, trabalho e na vida, afetam a capacidade da mulher para buscar por uma ajuda efetiva, evidências do estudo mostraram a necessidade de maior disponibilidade de órgãos de assistência às vítimas de violência doméstica.

Faltam ainda muitos estudos neste tema de grande complexidade, afim de melhor avaliar as ações governamentais, os custos do estado para reparar os danos causados pela violência conjugal, além de dados para se definir uma melhor estratégia de intervenção e prevenção (MIRANDA, 2010).

As pesquisas realizadas pela OMS em 2012 mostram que a violência sexual e a praticada pelo conjugue tem efeitos negativos sobre as famílias e a sociedade, levando os indivíduos afetados a um pior desenvolvimento educacional e econômico, prejudicando também seu vínculo com a sociedade e com a família devido ao trauma. Uma tabela com os fatores de risco para violência praticada pelo parceiro e para violência sexual foi elaborada, a qual lista como fatores de risco:

#### Nível individual

- Demografia: baixa renda; baixo nível de escolaridade; juventude; estado civil; desemprego; grávidas.
- Exposição a maus tratos infantis: abuso sexual; violência intraparental; abuso físico.

- Transtornos mentais: personalidade antissocial; depressão.
- Uso de substâncias: uso nocivo de álcool; uso lícito de drogas.
- Aceitação da violência.
- Histórico de prática de abuso.

#### Nível Relacional

- Disparidade educacional.
- Infidelidade.
- Qualidade da relação: discórdia; duração do casamento.

#### Nível Comunitário

- Aceitação dos papéis tradicionais de gênero.
- Características da vizinhança: alta proporção de pobreza; alta proporção de desemprego; alta proporção de analfabetismo masculino; aceitação da violência; alta proporção de domicílios usando punição corporal.
- Sanções comunitárias fracas.

#### Nível Social

- Regulamentação do divórcio pelo governo.
- Ausência de legislação sobre a violência praticada pelo parceiro íntimo no âmbito do casamento.
- Lei protetora do casamento.
- Normas de gênero tradicionais e normas sociais que toleram a violência.

O conjunto de consequências sobre a vítima de agressão tem sido chamado de Síndrome da mulher espancada, a identificação de fatores de risco para casos de agressão doméstica foi realizada por Francisco Zapata-Giraldo (2013) através da análise com dados obtidos da vigilância epidemiológica para violência do parceiro íntimo em Quíndio no ano de 2009. Foi realizado um estudo descritivo com dados transversais baseados nos dados do sistema de vigilância epidemiológica para violência doméstica em 2009, estudo realizado no departamento de Quíndio, na Colômbia. Analisaram 1906 notificações relatadas por meio de formulários de notificações para denunciar agressão física, verbal, psicológica, sexual ou econômica. Dentre os resultados, os tipos mais frequentes de agressão, é violência sexual, física e múltipla, num total de 535 casos. São necessários mais estudos para se avaliar melhor a incidência de agressões por parceiros íntimos em Quíndio, a

violência na cidade é marcada por agressões a mulheres jovens, com ensino superior, agressão do tipo física.

O Ministério da Saúde do Brasil (2014) cita violência física como uma situação em que a pessoa agredida esteja em relação de poder com a outra pessoa, ocasionando esta causar ou tentar causar dano de natureza não acidental, no uso de força física ou por armas, causando ou não lesões no outro, além das ameaças. Dentre algumas formas de agressão física, são elas: socos; mordidas; estrangulamento; tapas; empurrões; obrigar o outro a ingerir algo; tirar de casa; abandonar em lugar desconhecido; omitir cuidados e proteção em algumas situações como doença e grávidas (COELHO, SILVA e LINDNER, 2014).

Estima-se que a violência doméstica seja o mecanismo mais comum de lesão entre as mulheres, sendo responsável por um índice maior de lesões do que os acidentes com veículos motorizados, (BELLAL, 2015).

De acordo com Weil (2016), de 10% a 69% das mulheres em países de todo o mundo relatam já terem sido vítimas de agressão física pelo parceiro íntimo. Alguns estudos apontam para que todas as mulheres atendidas em serviços de saúde devem ser triadas com suspeita de agressão física pelo parceiro, uma vez que muitos dos casos de violência não são diagnosticados por serem escondidos pelas vítimas.

Segundo Weil (2016), o modo como é realizado o questionamento sobre a agressão é de suma importância, o profissional deve transparecer segurança e conforto para o paciente, não demonstrando hesitação e nem julgamento, evitando palavras como agressão e vítima. Pacientes são mais propensos a delatarem a violência em situações de privacidade, quando confidencialidade é garantida e quando poucas questões são levantadas. Uma meta análise de estudos qualitativos identificou algumas expectativas de mulheres em relação à violência pelo parceiro íntimo, seriam elas:

- Profissionais de saúde compassivos e não julgadores;
- Confirmação de que a violência não é merecida;
- Audição de feedback de apoio;
- Garantia de confiabilidade;
- Respeito pelas decisões do paciente;

Uma revisão sistemática dentro do tema, pesquisas curtas para clínicos praticantes, selecionou perguntas para o uso no atendimento ao paciente:

- Você se sente seguro em seu relacionamento?
- Você já esteve em um relacionamento onde você estava ameaçado, machucado ou com medo?
- Seus amigos estão conscientes de ter sido ferido?
- Você tem um lugar seguro para ir e os recursos que você precisa em uma emergência?

Com o intuito de avaliar a prevalência nacional e tendências da violência doméstica entre pacientes traumáticos, Bellal (2015) realizou uma análise retrospectiva de 6 anos, entre os anos de 2007 e 2012, com dados coletados do *National Trauma Data Bank*, mantidos pelo *American College of Surgeons*. A principal busca por resultados foi avaliar violência doméstica em pacientes traumáticos, e a segunda busca foi por violência doméstica em pacientes no geral. Observou-se que dos pacientes adultos que sofreram violência doméstica, os pacientes do sexo feminino são mais propensos a sofrer agressão pelo parceiro íntimo do que outro tipo de trauma. Sendo necessário medidas preventivas, campanhas educacionais, além de estratégias de triagem em centros de saúde para ajudarem a combater esta epidemia silenciosa.

### **3.3 Trauma de Face em mulheres**

Atualmente, de acordo com Adeodato (2015), o foco da violência continua sendo gerado no âmbito familiar, independentemente da posição social da mulher. A chance de a mulher ser agredida pelo pai, ex-marido, ou atual companheiro é, inúmeras vezes, maior do que o de sofrer alguma violência por estranhos. A violência contra a mulher é um problema da sociedade e, principalmente, de saúde pública, independente de raça/etnia, religião, idade e grau de escolaridade.

A violência conjugal é expressa de várias formas: abusos psicológicos, maus tratos físicos, abusos sexuais e outros. Mulheres e homens são atingidos nas



relações, porém, em razão da especificidade de gênero, de forma diferenciada. Em situações de violência conjugal, as mulheres costumam ser agredidas pelo homem com crueldade e gravidade maior do que os homens são atingidos por elas (LAMOGLIA e MINAYO, 2009).

Vieira (2013) descreveu em seu trabalho diversas pesquisas realizadas por artigos, dentre elas a realizada em Araçatuba. O autor Dossi (2006) realizou um estudo epidemiológico, entre os anos de 2001 e 2005, na Delegacia de Defesa da Mulher, foram analisados 1.844 prontuários, nos quais as agressões físicas foram provocadas por pessoa com quem a vítima mantém ou manteve relacionamento familiar, ocorridas em qualquer ambiente.

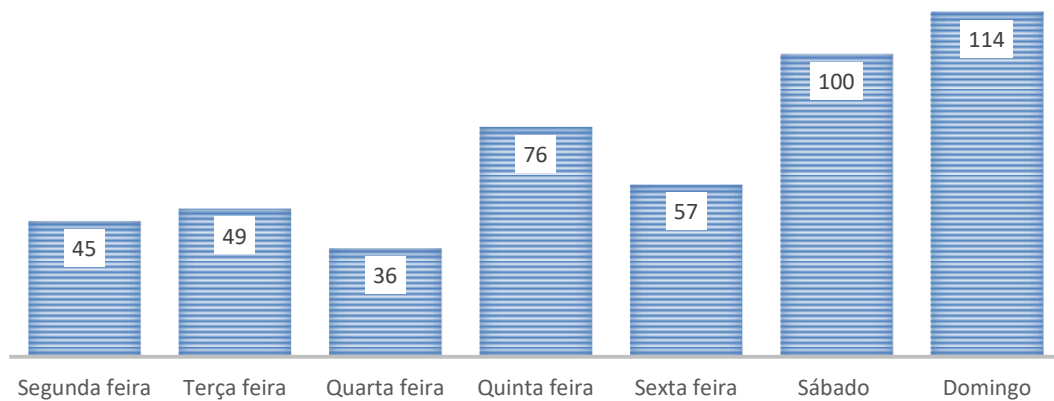
Os traumas estão entre as principais causas de morte e morbidade no mundo (KRUG, 2000, p.524). Dentre os diversos tipos, o trauma de face se destaca por sua peculiar relevância, uma vez que apresenta repercussões emocionais, funcionais e possibilidade de deformidades permanentes (BISSON, 1997, p.498).

Os traumas de face representam 8,7% dos atendimentos emergenciais (ONG, 1997 p.360). A grande quantidade de lesões na face se deve à enorme exposição e à pouca proteção da região, levando, frequentemente, à traumas graves (MACKENZIE, 2000, p.114)

De acordo com Silva et al (2011), nos episódios de violência doméstica, muitas vezes, os traumas maxilofaciais são causados por socos e tapas. Nesse tipo de violência, a intenção pode ser a de não deixar marcas ou cicatrizes importantes do ponto de vista físico, mas subjugar e fragilizar emocionalmente as vítimas. Como a classificação das causas de trauma maxilofacial nos hospitais é baseada no relato da vítima, é possível que muitos casos registrados como queda foi, na verdade, eventos de violência doméstica ou outras formas de violência contra a mulher. Nesses casos, não é incomum que o agressor acompanhe a vítima durante o atendimento, na tentativa de intimidar a mulher, impedindo que ela revele a verdadeira causa do trauma. Um aspecto importante nesses casos é que os profissionais de saúde envolvidos no atendimento estejam capacitados não apenas a tratar o trauma, mas também a acolher essa vítima, inclusive orientando sobre a efetivação de uma denúncia e notificação da violência.

No perfil traçado das agressões no hospital público de Belo Horizonte, SILVA et al (2011) constata que as agressões ocorrem com maior frequência nos finais de semana como demonstra o gráfico 1 abaixo.

Gráfico 1: Período da semana que ocorrem as agressões



Fonte: SILVA et al (2011). Modificado

SILVA et al (2011) em seu estudo aponta que das 477 agressões físicas relatadas em um hospital público em Belo Horizonte, 38,99% ocorreram no sexo feminino, sendo que 80,50% ocorreram no período noturno, conforme mostra o gráfico 2 e 3.

Gráfico 2: Gênero agressões sofridas

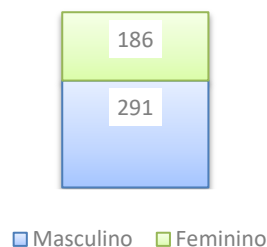
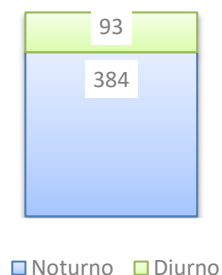


Gráfico 3: Período do dia que ocorreram as agressões físicas



Fonte: SILVA et al(2011). Modificado

Lamoglia e 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.

O combate à violência contra a mulher exige a integração de inúmeros fatores políticos, legais e, principalmente, culturais para que a violência seja desnaturalizada pela sociedade. Com essa intenção, foi promulgada em 24 de novembro de 2003 a Lei 10.778, que obriga os serviços de saúde públicos ou privados a notificar casos suspeitos ou confirmados de violência de qualquer natureza contra a mulher. De acordo com essa lei, todas as pessoas físicas e entidades públicas ou privadas estão obrigadas a notificar tais casos, ou seja, os profissionais de saúde em geral (médicos, cirurgiões-dentistas, enfermeiros, auxiliares) e também os estabelecimentos que prestarem atendimento às vítimas (postos e centros de saúde, institutos de medicina legal, clínicas, hospitais). A penalidade para quem descumprir a referida norma está evidente no artigo: “Art. 5º A inobservância das obrigações estabelecidas nesta Lei constitui infração da legislação referente à saúde pública, sem prejuízo das sanções penais cabíveis” (SALIBA, 2007 p.475).

Contudo, essa lei não esclarece ao profissional a forma adequada de fazer essas notificações, fato que pode contribuir para a omissão e, conseqüentemente, para a ineficácia do instrumento legal (SALIBA, 2007 p.475).

### **3.4 Relação profissional de saúde com a vítima**

Sancionada pelo Presidente da República a Lei 10.788 decretada pelo Congresso Nacional, no dia 24 de novembro de 2003, a qual estabeleceu a notificação compulsória, no território nacional, no caso de violência contra a mulher, tendo a mesma recebido atendimento em unidades de saúde sejam estas públicas ou privadas. No artigo 5º, cita que a não notificação compulsória, irá constituir em infração de legislação referente a saúde pública, sem prejuízo das sanções penais cabíveis (SALIBA, 2007 p.475).

De acordo com a dissertação de Dossi (2006), o artigo 66 do Decreto lei 3.688 de 1941, declarou ser crime o profissional de saúde omitir e não comunicar algum crime que tenha tomado conhecimento durante seu trabalho. Já em 2003, a Lei 10.778 veio para firmar que tanto os serviços públicos de saúde quanto os privados, tem a obrigação de notificar casos que foram confirmados ou não de violência contra a mulher. O descumprimento de tal lei acarreta a penalidade de acordo com o Art. 5º, A inobservância das obrigações estabelecidas nesta Lei constitui infração da legislação referente à saúde pública, sem prejuízo das sanções penais cabíveis.

Algumas situações de agressão estão dentro do âmbito de notificação compulsória no caso de agressão física, são elas, Estatuto do Idoso, Estatuto da Criança e violência contra a mulher. Saliba (2007) relata que segundo os artigos 19 e 57 da Lei 10.741/03, é de responsabilidade do profissional de saúde e instituições notificarem casos de abuso que tomarem conhecimento. A notificação é instrumento poderoso no combate a violência doméstica, que auxilia no combate a violência no núcleo familiar e permite o conhecimento sobre tal fato, esta claro que é necessário conscientizar e dar treinamento para que os profissionais saibam lidar com tal situação e agir de forma correta.

Segundo OMS (2012), os profissionais da área de saúde estão em uma posição favorável para identificar e apoiar as vítimas de violência doméstica, podendo intervir para que a violência não tenha um efeito deletério na mulher, nas crianças e impedir agressões futuras. Pesquisas mostram ainda que estas mulheres vítimas de violência anseiam por ajuda, principalmente do profissional o qual prestou

atendimento, ajuda esta não para resolver o problema, mas sim para ganharem forças e tomarem suas decisões. No entanto estes profissionais apresentam em geral, dificuldade para questionar as pacientes e mais que isto não possui tempo nem formação, além de não quererem se envolver em processos jurídicos.

O código de ética Odontológico de 2012 cita dentre os deveres fundamentais dos inscritos, que o não cumprimento de zelar pela saúde e pela dignidade do paciente é considerado uma infração ética de acordo com o Artigo 9°. Visto que o cirurgião dentista é o profissional com maior chance de detectar sinais de agressão física doméstica, devido à face ser um local com alto índice de lesões provocadas por violência.

Serviços de sentinela foram implantados para serem responsáveis pela notificação de casos de violência em virtude da Lei 10.778, que tornou obrigatório a notificação do profissional de saúde seja ele do setor privado ou público. Tais serviços de sentinela foram iniciados com o objetivo de melhor obter dados dos pacientes vítimas de violência, obtendo informações mais detalhadas e importantes, que auxiliarão no desenvolvimento de formas de prevenção e resolução. (VIEIRA, 2013).

Grande parte dos estudos aponta a violência como um problema social que acomete toda a sociedade, prejudicando crianças, adolescentes, mulheres, homens, idosos. Esta tem provocado à morte, mutilações, danos físicos e psicológicos, gerando despesas para o estado, ações estas sendo provocadas por indivíduos ou grupos de agressores. Nos anos 2000, o Brasil instituiu algumas leis e estatutos visando à proteção das vítimas enquadradas nos grupos de risco, são elas, Estatuto da criança e do adolescente, Estatuto do Idoso, Lei Maria da Penha e o mais recente Lei da palmada. Em 2011 houve a reformulação da lista de doenças de notificação compulsória, a qual o Ministério da Saúde estabeleceu que qualquer dano a integridade física, mental, violência doméstica, violência sexual, entre outras violências, passam a ser agravos para notificação obrigatória pelos profissionais de saúde (SALIBA, GARBIN, GARBIN e DOSSI, 2007).

A ficha de notificação compulsória (anexo I) é composta por questões para identificação e detalhamento da ocorrência, sendo esta, uma ferramenta da vigilância epidemiológica na área de saúde. A ficha tem por objetivo iniciar as

providencias cabíveis e legais quanto a notificação, possibilitar um sistema de informações fidedignas e verificar se o atendimento as vítimas esta nas rotinas institucionais.

Sendo assim percebe-se que os profissionais da saúde possui uma responsabilidade grande na sociedade, principalmente em cumprir corretamente o seu papel. A notificação compulsória é uma ferramenta que auxiliará os profissionais no cumprimento do seu dever com a sociedade e principalmente com a vida humana. Pois a violência sempre esteve presente na humanidade, porém este não é um motivo para aceita-la como uma condição inevitável.

#### 4. DISCUSSÃO

De acordo com as informações dispostas no referencial teórico, a violência urbana se mostra cada vez mais crescente, o que tem forçado os especialistas na área de traumatologia adotar técnicas mais seguras e eficientes para o atendimento vítima de trauma. No caso do trauma de face, os que não recebem atendimento adequado, podem evoluir para sequelas funcionais e estéticas.

Segundo Bisson, Shepherd e Dhutia (1997), trauma de face tem caráter multidisciplinar, visto que pode envolver vários profissionais de especialidades distintas. Este tipo de trauma pode levar a consequências não somente funcionais, mas também emocionais. Aranega (2011) relata que trauma de face repercute esteticamente na vida da vítima, sendo a face o local mais individualizado de cada pessoa.

Macedo et al (2008) encontrou em sua pesquisa que 38,8% dos traumas de face são decorrentes de agressão física, sendo este tipo de agressão a principal causa do trauma sofrido em pacientes entre 11 e 50 anos. Relatou ainda que estudos atuais mostram uma participação em ascendência da agressão física como fator do trauma de face.

Santana (2011) afirma que trauma é um problema de saúde ignorado que tem início nas estruturas sociais, políticas e econômicas, além de marcar a formação moral das pessoas. Um estudo foi realizado coletando dados dos meses de janeiro abril e dezembro de 2005 e 2006, além de janeiro e abril de 2007, de mulheres vítimas de lesões corporais e de face, que realizaram perícia médico-legal no Instituto Médico Legal, do Município de Recife/PE, Brasil. Tal trabalho trata-se de um estudo quantitativo e analítico, com desempenho do tipo transversal, devido a causa e efeito foram analisados simultaneamente. As lesões em mais de uma região do corpo predominaram, sendo o terço médio a região mais acometida na face. O conjugue foi predominante o agressor. Concluindo que são necessárias mais políticas públicas para o combate à violência contra a mulher.

Camargo (2012) descreve em seu estudo que tem ocorrido uma mudança no Brasil em relação à etiologia do trauma facial, mostrando que acidentes

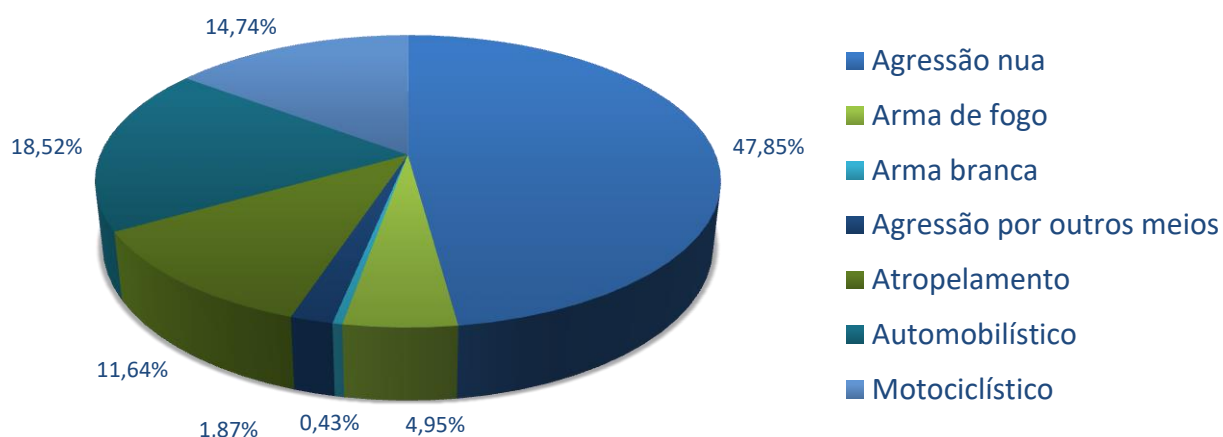
automobilísticos ainda é a principal causa. No entanto, está ocorrendo um aumento significativo na incidência de violência interpessoal, levando a principal causa do trauma de face.

Muitos trabalhos demonstram que o gênero mais acometido pelas fraturas maxilo facias é o masculino. Contudo, nas últimas três décadas têm-se observado um aumento deste tipo de trauma em mulheres, em virtude do aumento da participação das mesmas em atividades que antes eram predominantemente masculinas. (MACEDO et al, 2008; MOTTA, 2009; ANDA, 2001, DUBE 2002 e GARCIA-MORENO C et al., 2005)

SILVA et al (2011) realizou um estudo entre 1º janeiro e 31 de dezembro de 2007, na cidade Belo Horizonte, obtendo uma amostra de 1.759 vítimas de traumatismo maxilofacial decorrente de violência urbana. Esta pesquisa mostra que a idade de prevalência das agressões é entre 21 e 34 anos.

No gráfico 4, SILVA et al (2014) mostra que 47,85% das agressões ocorreram como “agressão nua”, ou seja, agressões (soco, tapa e chute) entre dois indivíduos sem utilizar outro instrumento.

Gráfico 4: Tipos de agressões sofridas



Fonte: SILVA et al (2014). Modificação

Ao analisar estes resultados por sexo, observa-se que Silva (2014) levantou dados interessantes sobre tipos de violência. Considerando somente os tipos de



agressão física (Agressão nua, Arma de fogo, Arma branca e Agressão por outros meios), a agressão nua possui 93,45% dos casos em mulheres enquanto que para os homens há uma redução neste percentual: 83,83%.

Vieira (2013) descreveu em seu trabalho diversas pesquisas realizadas por artigos, dentre elas a realizada pelo autor Dossi (2006) em Araçatuba. Esta pesquisa realizou um estudo epidemiológico, entre os anos de 2001 e 2005, na Delegacia de Defesa da Mulher, foram analisados 1844 prontuários, nos quais as agressões físicas foram provocadas por pessoa com quem a vítima mantém ou manteve relacionamento familiar, ocorridas em qualquer ambiente. Obteve-se a relação autor-vítima, ocorreram na maioria entre casais. Nos casos de violência conjugal observou-se que a maior parte ocorreu em âmbito residencial; nestes casos agressores eram ex-marido/conjuge/namorado e atuais companheiros. Em relação ao agressor notou-se que o uso da bebida alcoólica esteve presente em alguns casos durante o ato da agressão. A maioria das lesões era leve e localizava-se, principalmente, na cabeça e nos membros superiores, sendo as equimoses e as escoriações mais frequentes. A procura ao atendimento médico pelas mulheres foi de 11,3% quando acometidas por lesões leves e 88,2 % por lesões graves.

Dados colhidos por Santana, (2011), no qual descreveu que lesões corporais e de face em mulheres submetidas ao exame de corpo de delito no Instituto Médico Legal – PE, entre os anos de 2005 a 2007, mostram que o número de casos reduziu mais no primeiro ano do que no segundo ano.

Violência contra parceiro íntimo, segundo Heise & Garcia-Moreno (2002), ocorre pela forma de agir dentro de um relacionamento que pode causar dano físico, psicológico e/ou sexual, incluindo agressão física. O Ministério da Saúde do Brasil (2014) cita violência física como uma situação em que a pessoa agredida esteja em relação de poder com a outra pessoa, ocasionando esta causar ou tentar causar dano de natureza não acidental, no uso de força física ou por armas, causando ou não lesões no outro, além das ameaças.

Segundo Aranega (2011), um provável motivo para os poucos trabalhos encontrados na literatura descrevendo o trauma de face sofrido por mulheres vítimas de agressão física, ocorrido muitas vezes pelo parceiro íntimo, é devido a dificuldade de se relacionar o trauma bucomaxilofacial com a agressão doméstica, uma vez que

é frequente a omissão da mulher, não relatando o real motivo dos ferimentos e procurando por atendimento alguns dias após o ocorrido, para esconder do profissional de saúde a causa das lesões.

Tomando por base o Estudo Brasileiro de Violência Doméstica contra a Criança e o Adolescente, Miranda (2010) realizou um levantamento com o objetivo de ponderar a prevalência de violência física doméstica contra mulher realizada pelo parceiro. Objetivou também identificar os fatores que impedem a mulher agredida de buscar por ajuda, fatores que levam mulheres separadas devido a agressão a retornarem ao relacionamento, e identificar os locais que mulheres separadas procuram por ajuda. Os dados deste estudo do tipo corte transversal foram de 2002 a 2003, no bairro Jardim Santo Eldorado, na cidade de Embu, São Paulo. De um total de 1545 domicílios visitados, 996 foram selecionados por terem pelo menos uma mulher de 15 a 49 anos mãe de pelo menos um menor de idade. Deste total restaram 784 mulheres no fim da pesquisa, destas 204 relataram algum tipo de violência conjugal física. De 49 mulheres vítimas de algum tipo de violência que julgaram necessidade de atendimento médico, mas não o receberam, 17 relataram vergonha de falar sobre o caso, 16 mudaram de ideia, 5 tiveram medo do marido, 3 tiveram medo de comprometer o marido e 1 o marido não permitiu sua ida ao médico. Dentre 45 mulheres vitimas de agressão com duas ou mais separações, somente 2 foram permanentes, as alegações para o regresso foram fator sentimental, fator maternal e desamparo. O impacto gerado pela violência conjugal na saúde, trabalho e na vida, afetam a capacidade da mulher para buscar por uma ajuda efetiva, evidencias do estudo mostraram a necessidade de maior disponibilidade de órgãos de assistência às vítimas de violência doméstica. Faltam ainda muitos estudos neste tema de grande complexidade, afim de melhor avaliar as ações governamentais, os custos do estado para reparar os danos causados pela violência conjugal, além de dados para se definir uma melhor estratégia de intervenção e prevenção.

Chiaperini (2008), em seu estudo, relata que as pesquisas apontam que os maiores riscos de agressão física para as mulheres, são por parte de pessoas próximas. Camargo (2012) cita o trabalho de Silva et al. publicado em 2003, que no século XX, ocorreu um aumento no número de casos de agressão física sofrido por

mulheres com traumatismo em face, chegando a um total de 43% dos casos nos anos 90.

De acordo com as pesquisas correlacionadas no referencial teórico, nota-se que a agressão física por parte do homem tem alto índice na face, uma correlação a ser uma parte do corpo feminino que está diretamente ligado a vaidade, sendo o rosto de grande importância para o comportamento psicossocial feminino, o que leva as mulheres a se defenderem com os membros superiores, mostrando então o porque de ser a segunda região mais acometida no corpo feminino

Estudo realizado na cidade de Araçatuba mostra que o local de preferência para as agressões domésticas, foi à região da cabeça e membros superiores, relatando também os membros superiores serem o segundo local devido a serem utilizados para a defesa da vítima (DOSSI, 2006).

Em seu trabalho Dossi (2006), descreve que o grande problema da violência doméstica é sua naturalização quanto à sociedade, devido a evidências mostrarem que sofrer violência doméstica se tornou algo comum. A violência doméstica não ocorre de forma exclusiva em uma determinada faixa etária, classe social ou população, no entanto, tende a ter uma frequência maior em um determinado grupo da sociedade. A cooperação entre alguns setores da sociedade, como educação, serviço social, política e a justiça, são de grande importância para resolução da violência doméstica.

Serviços de sentinela foram implantados para serem responsáveis pela notificação de casos de violência em virtude da Lei 10.778, que tornou obrigatório a notificação do profissional de saúde seja ele do setor privado ou público. Tais serviços de sentinela foram iniciados com o objetivo de melhor obter dados dos pacientes vítimas de violência, obtendo informações mais detalhadas e importantes, que auxiliarão no desenvolvimento de formas de prevenção e resolução. Com intuito de identificar a prevalência e a fatores associados à sobreposição dos diferentes tipos de violência contra mulher notificada em serviços de sentinela, este estudo foi feito de maneira transversal, os dados colhidos foram de mulheres vítimas de violência, na cidade de Fortaleza, Ceará, no período de 2006 a 2008. Um total de 960 casos foi obtido, sendo que 21 fichas foram descartadas, restando 939. Dentre estas fichas, foram identificados que 73,9% dos casos era sobreposição de violência

contra a mulher, violência física obteve um total de 74,9% dos casos. Tendo em vista que este estudo coletou dados de sentinelas, não pode se generalizar os dados obtidos para toda a população. Contudo, tal estudo ajudou para implementação de ações para controlar melhor a violência doméstica, buscando melhorar o atendimento e melhor encaminhamento das vítimas que procuram por atendimento em unidades de saúde (VIEIRA, 2013).

Com o intuito de avaliar a prevalência nacional e tendências da violência doméstica entre pacientes traumáticos, Bellal (2015) realizou uma análise retrospectiva de 6 anos, entre os anos de 2007 e 2012, com dados coletados do *National Trauma Data Bank*, mantidos pelo *American College of Surgeons*. Para o estudo a violência doméstica foi dividida em três tópicos, abuso infantil, violência pelo parceiro íntimo e abuso de idosos. A principal busca por resultados foi avaliar violência doméstica em pacientes traumáticos, e a segunda busca foi por violência doméstica em pacientes no geral. Um total de 2.910.122 pacientes foram incluídos na pesquisa, deste total 16.575 pacientes eram vítimas de violência doméstica. Num total de 5.503 pacientes adultos que sofreram agressão, 3.467 eram do sexo feminino. Observou-se que dos pacientes adultos que sofreram violência doméstica, os pacientes do sexo feminino são mais propensos a sofrer agressão pelo parceiro íntimo do que outro tipo de trauma. Sendo necessárias medidas preventivas, campanhas educacionais, além de estratégias de triagem em centros de saúde para ajudarem a combater esta epidemia silenciosa.

Segundo dados da OMS o trauma é de grande importância para sociedade, uma vez que esta entre as principais causas de morte e morbidade no mundo, estimativas apontam que 16 mil pessoas vão a óbito por dia devido a algum tipo de trauma. Sendo o trauma de face responsável por 8,7% dos atendimentos em setores de emergência. Estes dados ainda apontam para que lesões na cabeça e na face representem um total de 50% das mortes traumáticas.

Mulheres vítimas de violência doméstica podem apresentar transtornos psiquiátricos como dependência de substâncias e abuso, depressão que pode levar ou não ao suicídio, tudo isto decorrente do estresse pós-trauma. (MIRANDA et al, 2010).

Por fim de acordo com Miranda et al (2010), grande parte das vítimas de agressão são jovens, fracas ou doentes, não sendo capazes de se defenderem, já outras, não relatam a agressão por pressão social. Segundo as pesquisas, a violência pode ser reduzida e evitada, uma vez que outros problemas de saúde pública foram solucionados, como complicações à gravidez, doenças contagiosas, água contaminada.

Mesmo não buscando ativamente pelos serviços de saúde após a agressão, limitando-se a este ato nos casos mais graves, as vítimas consideram de extrema importância o envolvimento do profissional com o caso e gostariam de receber um tratamento mais humano quando optassem pela busca.

Para uma atuação eficaz e cuidadosa do Serviço de Traumatologia Buco-Maxilo-Facial, é necessário que, inicialmente, se estabeleça efetivamente uma provável correlação existente entre os traumas bucomaxilofaciais e a violência doméstica, realizando uma análise cuidadosa da casuística do serviço, bem como instituindo palestras e questionamentos à população a fim de obter dados e informações fidedignas que possam subsidiar diagnósticos, planejamento de ações e serviços.

A notificação compulsória é uma ferramenta que auxiliará os profissionais no cumprimento do seu dever com a sociedade e principalmente com a vida humana. Pois a violência sempre esteve presente na humanidade, porém este não é um motivo para aceita-la como uma condição inevitável.

## 5. CONCLUSÃO

A violência interpessoal e os acidentes de trânsito foram os principais fatores etiológicos dos traumas faciais, sendo responsáveis pela maioria dos casos tratados cirurgicamente nos hospitais estudados na discussão deste trabalho. Quando os dados são tratados separadamente por gênero, a violência interpessoal é mais frequente em mulheres.

A violência doméstica física ocorre mais durante a noite, em casa, aos finais de semana, por motivos banais. Foi cometida e sofrida por pessoas com características semelhantes, ou seja, adultas jovens, com baixa escolaridade, que exercem ocupações pouco qualificadas ou não remuneradas.

Os dados atualizados sobre violência doméstica feminina e o trauma buco-maxilo-facial foram de difícil acesso. Notou-se que as vítimas procuram por atendimento alguns dias após o incidente, com a intenção de esconder o verdadeiro histórico do trauma, o que tem levado a uma parte das mulheres que são vítimas de agressão, a terem sequelas físicas definitivas decorrentes a agressão sofrida.

Os dentistas têm a obrigação de notificar os casos de violência doméstica pelo parceiro íntimo que tomam conhecimento durante o atendimento, o descumprimento desta obrigação pode leva-lo à responder legal e eticamente pela omissão.

Sendo assim percebe-se que os dentistas possuem uma grande responsabilidade na sociedade, principalmente com a vida humana. Pois a violência sempre esteve presente na humanidade, porém este não é um motivo para aceita-la como uma condição inevitável.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

\_\_\_\_\_. LEI MARIA DA PENHA. Lei N.º11.340, de 7 de Agosto de 2006.

ADEODATO, V. G.; CARVALHO, R. R.; VERÔNICA RIQUET DE SIQUEIRA, V. R.; SOUZA, F. G. M. **Quality of life and depression in women abused by their partners**. Rev. Saúde Pública; 39(1):108- 13, 2005.

ANDA RF et al. **Abused boys, battered mothers, and male involvement in teen pregnancy**. Pediatrics, 107(2):e19. 2001

ARANEGA, A. M. et al. **Etiologia e incidência de traumas faciais relacionados a violência doméstica a mulher**. Revista LEVS/Unesp-Marília, 1983-2192 - Edição 5 – Maio/2010.

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.

BELLAL, J., et al. **Prevalence of Domestic Violence Among Trauma Patients**. JAMA Surg.2015;150(12):1177-1183.doi:10.1001/jamasurg.2015.2386 Published online September 9, 2015.

BISSON JI, SHEPHERD JP, DHUTIA M. **Psychological sequelae of facial trauma**. J Trauma. 1997;43(3):496-500

BISSON, J.I.; SHEPHERD, J.P.; DHUTIA, M. Psychological sequelae of facial trauma. J Trauma;43(3):496–500, 1997.

CAMARGO I. B., et al. **Fratura parassinfisária em Mulher Vítima de Violência Doméstica: Relato de Caso**. Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac., Camaragibe v.12, n.1, p. 9-16, jan./março. 2012.

CHIAPERINI A., et al. **Correlações presentes entre danos bucomaxilofaciais e lesões corporais em mulheres: uma revisão de literatura**. Saúde, Ética & Justiça. 2008;13(2):72-8.

COELHO, SILVA e LINDNER. **Violência: Definições E Tipologias Atenção A Homens E Mulheres Em Situação De Violência Por Parceiros Íntimos Florianópolis/SC**. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Curso Atenção a Homens e Mulheres em Situação de Violência por Parceiros Íntimos - Modalidade a Distância. UFSC 2014

DAFFNER, R. H. **Imaging of Facial Trauma**. Curr. Probl Diag Radiol, jul/ago 1997.

Dossi AP. **Violência doméstica: o que se espera do profissional de saúde?**.  
Mestrado UNESP – 2006

DUBE SR et al. **Exposure to abuse, neglect, and household dysfunction among adults who witnessed intimate partner violence as children: implications for health and social services**. Violence and Victims, 17(1):3–17.2002

GARCIA-MORENO C et al. (2005). **WHO Multi-Country study on women's health and domestic violence against women**. Geneva, World Health Organization.

HEISE L, GARCIA-MORENO C. **Violence by intimate partners**. World report on violence and health, pp. 87–121. Geneva, World Health Organization. 2002

Krug EG et al., eds. World report on violence and health, pp. 87–121. Geneva, World Health Organization. 2000

KRUG, E.G.; SHARMA, G.K.; LOZANO, R. **The global burden of injuries**. Am J Public Health; 90(4):523-6, 2000.

KRUG, EG e DAHLBERG LL. **Violência: um problema global de saúde pública**.  
Ciência & Saúde Coletiva, 11(Sup): 1163-1178, 2007

LAMOGLIA, C. V. A.; MINAYO, M. C. S. **Violência conjugal, um problema social e de saúde pública: estudo em uma delegacia do interior do Estado do Rio de Janeiro**. Ciências e Saúde Coletiva 14(2):594-604, 2009.

MACEDO et al. **Perfil Epidemiológico do trauma de face dos pacientes Atendidos no Pronto Socorro de um Hospital Público**. Perfil Epidemiológico do Trauma de Face Rev. Col. Bras. Cir. ISSN 0100-6991. 2008.

MACKENZIE, E.J. **Epidemiology of injuries: current trends and future challenges**. Epidemiol Rev; 22(1):112-9, 2000.

MIRANDA M. P. M., PAULA C. S., BORDIN I. A.. **Violência conjugal física contra a mulher na vida: prevalência e impacto imediato na saúde, trabalho e família**.  
Rev Panam Salud Publica. 2010;27(4):300–8.

MOTA V. I., AGUIAR E. G. e DUTRA C. E. A. **Levantamento Sobre os Atendimentos de Trauma Facial Realizado em Hospital de Pronto Socorro**.  
Revista Traumatologia. RGO, 49 (4): 187-190, out/nov/dez., 2001



OMS - Organização Mundial da Saúde. **Prevenção da violência sexual e da violência pelo parceiro íntimo contra a mulher Ação e produção de evidência.** Dados em Publicação para Catalogação na Biblioteca da OPAS. 2012

OMS Organização Mundial da Saúde. **Cuidados de Saúde Primários Agora Mais Que Nunca.** Publicado pela Organização Mundial da Saúde em 2008 sob o título The World Health Report 2008: Primary Health Care Now More Than Ever Organização Mundial da Saúde 2008

ONG, T.K.; DUDLEY, M. **Craniofacial trauma presenting at an adult accident and emergency department with an emphasis on soft tissue injuries.** Injury; 30(5):357-63,1997.

ONU. **Violência contra a mulher custa US\$ 1,5 trilhão ao mundo, alerta ONU no Dia Laranja.** Atualizado em 25/05/2017. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/violencia-contra-a-mulher-custa-us-15-trilhao-ao-mundo-alerta-onu-no-dia-laranja/>. Acesso em 30 de maio de 2017.

REUBEN, A.D.; WATT-SMITH, S.R.; DOBSON, D.; GOLDING, S.J. **A comparative study of evaluation of radiographs, CT and 3D reformatted CT in facial trauma: what is the role of 3D?** The British Journal of Radiology, v. 78, n.1, p. 198-201, 2005.

SACRAMENTO L.T., REZENDE M.M.. **Violência: lembrando alguns conceitos.** Aletheia, n.24, p.95-104, jul./dez. 2006.

SALIBA O., et al. **Responsibility of health providers in domestic violence reporting.** Rev Saúde Pública 2007;41(3):472-7.

SALIBA, O.; GARBIN, C.A.S.; GARBIN, A. J. I.; DOSSI, A. P. **Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica.** Rev Saúde Pública;41(3):472-7, 2007.

SANTANA J. L. B., et al. **Lesões corporais e faciais em mulheres submetidas a exame de corpo de delito em Recife/PE, Brasil.** Odontol. Clín.-Cient., Recife, 10 (2) 133-136, abr./jun., 2011.

Silva et al. **Maxillofacial Injuries as Markers of Interpersonal Violence in Belo Horizonte-Brazil: Analysis of the Socio-Spatial Vulnerability of the Location of Victim's Residences.** PLoS ONE 10(8): 0134577.doi:10.1371/journal.pone.0134577.2015

Silva et al. **Perfil dos traumas maxilofaciais em vítimas de violência interpessoal: uma análise retrospectiva dos casos registrados em um hospital**

**público de Belo Horizonte (MG).** Caderno Saúde Colet., 2011, Rio de Janeiro, 19 (1): 33-40 2011;

Silva et al. **Traumatismos maxilofaciais como marcadores de violência urbana: uma análise comparativa entre gêneros.** DOI: 10.1590/1413-81232014191.2059. Ciência & Saúde Coletiva, 19(1):127-136, 2014.

VIEIRA L J E S, et al. **Fatores associados à sobreposição de tipos de violência contra a mulher notificada em serviços sentinela.** Rev. Latino-Am. Enfermagem, 21(4), jul-ago. 2013.

ZAPATA-GIRALDO F.. **Violência de pareja en el Departamento del Quindío,** Colombia. Rev. vol.15 saúde pública n.2 Mar./Apr Bogotá. 2013.

# ANEXO I

## Ficha notificação violência doméstica



ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO GONÇALO

FICHA ÚNICA DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA DE MAUS TRATOS E OUTRAS VIOLÊNCIAS

República Federativa do Brasil  
Ministério da Saúde

SINAN  
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

Nº

FICHA DE NOTIFICAÇÃO / INVESTIGAÇÃO INDIVIDUAL VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS

**Definição de caso:** Suspeita ou confirmação de violência. Considera-se violência como o uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (OMS, 2002).

**Atenção:** Em casos de suspeita ou confirmação de violência contra crianças e adolescentes, a notificação deve ser obrigatória e dirigida aos Conselhos Tutelares e/ou autoridades competentes (Juizado da Infância e Juventude e/ou Ministério Público da localidade), de acordo com o art. 13 da Lei no 8.069/1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente. Também são considerados de notificação compulsória todos os casos de violência contra a mulher (Decreto-Lei no 5.099 de 03/06/2004, Lei no 10.778/2003) e maus tratos contra a pessoa idosa (artigo 19 da Lei no 10.741/2003).

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação *		2 Individual *		
	2 Agravado(a) <b>VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS</b>		Código(CID10) Y09	3 Data da Notificação	
	4 UF	5 Município de notificação	Código (IBGE) *		
Notificação Individual	6 Unidade notificadora		Código (CNES) *	7 Data da ocorrência da violência	
	8 Nome da suposta vítima			9 Data de Nascimento	
	10 (ou) Idade 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11 Sexo M - Masculino F - Feminino 1 - Ignorado	12 Gestante 1 - 1º trimestre 2 - 2º trimestre 3 - 3º trimestre 4 - Idade gestacional ignorada 5 - Não 6 - Não se aplica 7 - Ignorado	13 Raça/Cor 1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 6 - Ignorado	
14 Escolaridade 0 - Analfabeto 1 - 1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2 - 4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3 - 5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 2º grau) 4 - Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5 - Ensino médio incompleto (antigo colégio ou 2º grau) 6 - Ensino médio completo (antigo colégio ou 2º grau) 7 - Educação superior incompleta 8 - Educação superior completa 9 - Ignorado 10 - Não se aplica					
14.1 Frequenta a escola? 1 - Sim 2 - Não 3 - Ignorado		14.2 Caso a resposta seja sim: 1 - Pública - Municipal - Nome da Unidade: _____ 2 - Pública - Estadual - Nome da Unidade: _____ 3 - Privada - Nome da Unidade: _____			
15 Número do Cartão do SUS/NIS *		16 Nome da Mãe			
Dados de Residência	17 UF	18 Município da Residência	Código (IBGE) *	19 Distrito *	
	20 Bairro		21 Logradouro (rua, avenida...)		
	22 Número		23 Complemento (apto...casa...)		
	24 Geo campo 1 *		25 Geo campo 2 *		
	26 Ponto de Referência		27 CEP		
	28 (DDD) Telefone		29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 4 - Ignorado	30 País (se residente fora do Brasil)	
<b>Dados Complementares</b>					
Dados da Pessoa Atendida	31 Ocupação				
	32 Situação Conjugal / Estado Civil 1 - Solteiro 2 - Casado/união consensual 3 - Viúvo 4 - Separado 5 - Não se aplica 6 - Ignorado		33 Relações Sexuais 1 - Só homens 2 - Só mulheres 3 - Com homens e mulheres 4 - Não se aplica 5 - Ignorado		
	34 Possui algum tipo de deficiência/transorno? 1 - Sim 2 - Não 3 - Ignorado		35 Se sim, qual tipo de deficiência/transorno? Física <input type="checkbox"/> Visual <input type="checkbox"/> Mental <input type="checkbox"/> Auditiva <input type="checkbox"/> Transorno mental <input type="checkbox"/> Transorno de comportamento <input type="checkbox"/> Outras deficiências/transornos <input type="checkbox"/> Síndromes _____		
Dados da Ocorrência	36 UF	37 Município da Residência	Código (IBGE) *	38 Distrito *	
	39 Bairro		40 Logradouro (rua, avenida...)		
	41 Número		42 Complemento (apto...casa...)		
	43 Geo campo 3 *		44 Geo campo 4 *		
	45 Ponto de Referência		46 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 4 - Ignorado	47 Hora da Ocorrência (00:00 - 23:59 horas)	
	48 Local de ocorrência 01 - Residência 02 - Habitação coletiva 03 - Escola 04 - Local de prática esportiva 05 - Bar ou similar 06 - Via pública 07 - Comércio/serviços 08 - Indústria/laboratório 09 - Outros 10 - Via pública 11 - Ignorado		49 Ocorreu outras vezes? 1 - Sim 2 - Não 3 - Ignorado		
		50 A lesão foi autoprovocada? 1 - Sim 2 - Não 3 - Ignorado			

Violência doméstica, Sexual e/ou outras violências

Sinan NET

SVS 2009

\* Preenchimento não obrigatório

Parceira:



Oficina do Saber



DESENVOLVIMENTO & CIDADANIA  
PETROBRAS

PATROCÍNIO  
PETROBRAS



Tipologia da violência	51 Tipo de violência 1- Sim 2- Não 9- Ignorado			52 Meio de agressão 1- Sim 2- Não 9- Ignorado		
	<input type="checkbox"/> Física	<input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos	<input type="checkbox"/> Intervenção legal	<input type="checkbox"/> Força corporal/ espancamento	<input type="checkbox"/> Obj. perfuro-cortante	<input type="checkbox"/> Arma de fogo
Violência Sexual	53 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado			54 Se ocorreu penetração, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado		
	<input type="checkbox"/> Assédio sexual	<input type="checkbox"/> Atentado violento ao pudor	<input type="checkbox"/> Exploração sexual	<input type="checkbox"/> Oral	<input type="checkbox"/> Anal	<input type="checkbox"/> Vaginal
Consequências da violência	55 Procedimento realizado 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado			56 Consequências da ocorrência detectadas no momento da notificação 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado		
	<input type="checkbox"/> Profilaxia DST	<input type="checkbox"/> Profilaxia Hepatite B	<input type="checkbox"/> Coleta de sêmen	<input type="checkbox"/> Aborto de emergência	<input type="checkbox"/> DST	<input type="checkbox"/> Estresse pós-traumático
Lesão	57 Natureza da lesão (considerar somente o diagnóstico principal)					
	01 - Contusão	04 - Fratura	07 - Traumatismo crânio-encefálico	10 - Queimadura	<input type="checkbox"/>	
Dados do provável autor da agressão	58 Parte do corpo atingida (considerar somente o diagnóstico principal)					
	01 - Cabeça/face	04 - Coluna/medula	07 - Quadril/pelve	10 - Órgãos genitais/ânus	<input type="checkbox"/>	
Evolução e encaminhamento	59 Número de envolvidos 1- Um <input type="checkbox"/> 2- Dois ou mais <input type="checkbox"/> 9- Ignorado			60 Vínculo / grau de parentesco com a pessoa atendida 1- Sim 2- Não 9- Ignorado		
	61 Sexo do provável autor da agressão 1- Masculino <input type="checkbox"/> 2- Feminino <input type="checkbox"/> 3- Ambos os sexos <input type="checkbox"/> 9- Ignorado			62 Suspeita de uso de álcool 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 9- Ignorado <input type="checkbox"/>		
Informações complementares e observações	63 Encaminhamento no setor saúde 1 - Encaminhamento ambulatorial 2 - Internação hospitalar 8 - Não se aplica 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>					
	64 Encaminhamento da pessoa atendida para outros setores 1- Sim 2- Não 9- Ignorado					
Notificação	65 Encaminhamento para outros setores					
	<input type="checkbox"/> Conselho Tutelar (Criança/Adolescente)	<input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento à Mulher DEAM	<input type="checkbox"/> Centro de Referência da Mulher			
66 Classificação final 1- Confirmado <input type="checkbox"/> 2- Descartado <input type="checkbox"/> 3- Provável <input type="checkbox"/> 8- Inconclusivo <input type="checkbox"/>			68 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/>			
Nome do acompanhante		Vínculo/grau de parentesco		(DDD) Telefone		
67 Circunstância da lesão CID 10 - Cap XX <input type="checkbox"/>						
69 Evolução do caso 1- Alta <input type="checkbox"/> 2- Evasão / Fuga <input type="checkbox"/> 3- Óbito por Violência <input type="checkbox"/> 4- Óbito por outras causas <input type="checkbox"/> 9- Ignorado <input type="checkbox"/>						
70 Se óbito por violência, data <input type="checkbox"/>						
71 Data de encerramento <input type="checkbox"/>						
<b>Informações complementares e observações</b>						
Observações Adicionais:						
Disque-Saúde 0800 61 1997						
TELEFONES ÚTEIS Central de Atendimento à Mulher 180						
Disque-Denúncia - Combate ao Abuso e Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes 100						
Município/Unidade de Saúde				Cód. da Unid. de Saúde/CNES		
Nome		Função		Assinatura		
Violência doméstica, sexual e/ou outras violências						
SINAN NET						
SVS 10/07/2008						