

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO EGAS MONIZ

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

ABORDAGEM DO MÉDICO-DENTISTA NOS CASOS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A MULHER

Trabalho submetido por
Carolina Carvalho dos Santos Sá
para a obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

Junho 2023

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO EGAS MONIZ

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

ABORDAGEM DO MÉDICO-DENTISTA NOS CASOS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A MULHER

Trabalho submetido por
Carolina Carvalho dos Santos Sá
para a obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

Trabalho orientado por
Prof. Doutor Eduardo Barros Fernandes

Junho 2023

DEDICATÓRIA

Dedico esta tese aos meus amados pais Carla e Flávio, cujo amor e apoio incondicionais foram essenciais para a minha vitória nesta jornada acadêmica. Aos meus queridos irmãos João e Flávio, cuja presença sempre trouxe alegria e incentivo. À minha amada avó Carlinda, que partiu este ano deixando uma imensa saudade, mas o amor e sabedoria continuam a me guiar em todos os momentos, e a todos que me auxiliaram ao longo desta trajetória, acredito firmemente que sonhos compartilhados se tornam realidade. Serei eternamente grata por todo o apoio, amor e força que recebo diariamente. Esta conquista é fruto não só meu, mas de todos nossos esforços. A vocês, todo o meu amor e gratidão. E principalmente, a Deus, por me abençoar, acolher e me dar forças para sonhar e voar cada vez mais alto.

AGRADECIMENTOS

Inicialmente agradeço ao meu orientador Professor Doutor Eduardo Barros Fernandes, que desde o princípio se fez presente com o seu apoio e disponibilidade, além do contributo e compreensão durante o processo de elaboração deste trabalho final de obtenção de grau de mestrado, o meu sincero agradecimento e admiração pelo seu profissionalismo e sua humanidade.

A todos os professores do Instituto Universitário Egas Moniz, que ao longo deste percurso tiveram o seu contributo no meu aprendizado e crescimento académico, profissional e pessoal.

A minha família que sempre me deu o suporte necessário para que eu tivesse uma caminhada de sucesso, conseguiste conquistar meus objetivos e coragem para sempre ir atrás dos meus sonhos, a eles o meu sincero e cheio de amor, muito obrigada, jamais conseguiria sem vocês.

Ao meu namorado, Mateus, que acompanhou minhas lutas, se fez presente me dando forças, me incentivando e ajudando durante todo esse processo, muito obrigada.

As minhas amigas e amigos que estão no Brasil, que mesmo de longe, sempre me apoiaram e vibraram a cada vitória.

As minhas companheiras diárias, Rafaela, Laura, Ana, Carolina, Andrea, Andressa, Adriana e Karlla, obrigada pelo companheirismo, ensinamento e amizade, dentro e fora da Universidade, vocês, com certeza, fizeram esta caminhada ser mais leve e divertida.

E, muito obrigada, principalmente a Deus, pela grande bênção na minha vida que foi esta oportunidade e por cuidar de mim durante todo este trajeto vitorioso.

RESUMO

A violência doméstica direcionada à mulher é um acontecimento universal que prejudica mulheres de diferentes origens sociais, culturais e econômicas. Esse tipo de agressão é amplamente reconhecido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como uma séria questão de saúde pública e tem impacto direto não apenas na vítima, mas também em sua família e na comunidade.

É de extrema importância o conhecimento sobre a violência no âmbito doméstico e o seu ciclo, permitindo uma maior conscientização sobre os padrões de abuso, além dos impactos encontrados na saúde da vítima, que podem ser físicos, emocionais e psicológicos.

Diante desse fenômeno e da constatação de que muitas das lesões estão localizadas na região da cabeça e pescoço, ressalta-se a importância do médico-dentista na detecção de indícios de violência doméstica. É crucial que estes profissionais saibam efetuar uma correta anamnese, identificar as lesões e realizar um registo clínico detalhado e preciso com todas as informações relevantes. Dessa forma, é evidente que os médicos-dentistas desempenham uma função fundamental para detecção, prevenção e atendimento às vítimas.

Além disso, é de extrema importância o conhecimento das leis específicas sobre violência doméstica sendo essencial para que os profissionais possam agir em conformidade com os protocolos apropriados e oferecer suporte necessário às vítimas.

A resposta e prevenção à violência doméstica são fundamentais para proteger as vítimas, responsabilizar os agressores e criar uma sociedade mais segura e igualitária.

O objetivo desta tese é ressaltar a abordagem do médico-dentista na identificação, notificação e o direcionamento adequado dos casos de violência, contribuindo para promoção da saúde e combate a essa forma de violência na sociedade portuguesa.

Palavras-chave: Violência Doméstica, Saúde Pública, Traumatismo Maxilofacial
Legislação.

ABSTRACT

Domestic violence directed at women is a universal event that harms women from different social, cultural, and economic backgrounds. This type of aggression is widely recognized by the World Health Organization (WHO) as a serious public health issue and has a direct impact not only on the victim, but also on his family and community.

Knowledge about domestic violence and its cycle is extremely important, allowing for greater awareness of abuse patterns, in addition to the impacts found on the victim's health, which can be physical, emotional, and psychological.

Faced with this phenomenon and the finding that many of the injuries are located in the head and neck region, the importance of the dentist in detecting signs of domestic violence is highlighted. It is crucial that these professionals know how to carry out a correct anamnesis, identify the lesions and carry out a detailed and accurate clinical record with all relevant information. Thus, it is evident that dentists play a fundamental role in the detection, prevention, and care of victims.

In addition, knowledge of the specific laws on domestic violence is extremely important, which is essential for professionals to act in accordance with the appropriate protocols and provide the necessary support to victims.

Responding to and preventing domestic violence is critical to protecting victims, holding perpetrators accountable, and creating a safer, more equal society.

The objective of this thesis is to highlight the approach of the dentist in identifying, notifying, and appropriately directing cases of violence, contributing to health promotion and combating this form of violence in Portuguese society.

Keywords: Domestic Violence, Public Health, Maxillofacial Trauma, Legislation.

ÍNDICE GERAL

I.	INTRODUÇÃO	13
II.	DESENVOLVIMENTO.....	15
1.	Conceito de violência.....	15
1.1.	Conceito de violência doméstica.....	16
1.2.	Conceito de violência contra a mulher	19
1.3.	Ciclo de violência.....	21
1.4.	Perfil do agressor e da Vítima.....	24
2.	Consequência para a saúde.....	28
2.1.	Traumas na face	29
2.2.	Prevalência das lesões Oro faciais	31
2.3.	Classificação internacional das doenças.....	32
2.4.	Características das lesões Oro faciais mais prevalentes	36
3.	Legislação portuguesa nos casos de violência doméstica	50
3.1.	Código penal	50
3.2.	Reporte de Casos.....	52
3.3.	Direito da Vítima.....	53
4.	O papel do médico-dentista.....	56
4.1.	Sinais de Violência Doméstica na Consulta de Medicina Dentária	57
4.2.	Diretrizes para Atuação do Médico-Dentista.....	59
4.2.1.	Rastrear.....	62
4.2.2.	Detetar e avaliar	63
4.2.3.	Hipótese de diagnóstico.....	64
4.2.4.	Registar.....	64
4.2.5.	Atuar	65
4.2.6.	Sinalizar	66
4.3.	Notificação dos Casos de Violência Doméstica	66
4.4.	Motivos para Não Denúncia pelos Profissionais de Saúde	68
5.	Resposta e prevenção a violência contra a mulher.....	69
III.	CONCLUSÃO	73
IV.	BIBLIOGRAFIA.....	75
ANEXOS		

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Esquema do ciclo da violência	22
Figura 2 - Hematoma (retirado de Andreasen et al., 2019).....	36
Figura 3 - Edema peri-orbitário (retirado de Vera, 2007).....	37
Figura 4 - Lesão no lábio inferior (Retirado de Andreasen et al., 2019)	38
Figura 5 - Concussão dentária (Retirado de Andreasen et al.,2000)	39
Figura 6 - Subluxação dentária (Retirado de Andreasen et al.,2000).	40
Figura 7 - Luxação extrusiva (Retirado de Andreasen et al.,2000).....	40
Figura 8 - Luxação lateral (Retirado de Andreasen et al.,2000)	41
Figura 9 - Luxação intrusiva (Retirado de Andreasen et al.,2000).....	41
Figura 10 - Avulsão dentária (Retirado de Andreasen et al.,2000).	42
Figura 11 - Fratura em Esmalte	43
Figura 12 - Fratura de esmalte e dentina (retirado de Andreasen et al., 2000)	44
Figura 13 - Fratura em esmalte e dentina com exposição pulpar (retirado de Andreasen et al., 2000).....	44
Figura 14 - Fratura corono-radicular (retirado de Andreasen et al., 2000)	45
Figura 15 - Fratura radicular (retirado de Andreasen et al., 2000)	45
Figura 16 - Fratura do osso nasal (retirado de Vera, 2007)	47
Figura 17 - Em Acesso cirúrgico para visualização dos cotos fraturados, bem como das trepanações na zona neutra para instalação da pinça de redução (retirado de Camargo et al., 2012).....	48
Figura 18 - Reposicionamento da fratura através de placas modeladas e posicionadas nas áreas de tensão e compressão, mantendo a redução previamente obtida com o auxílio da pinça (Retirado de Camargo et al., 2012)	48
Figura 19 - Fratura zigomática (retirado de Vera, 2007)	49
Figura 20 – Dados estatísticos dos números de denúncias de violência doméstica dos últimos 4 anos” (Retirado de CIG, 2021).....	52
Figura 21 - Estatísticas da Violência contra a Mulher (APAV, 2022)	53
Figura 22 - Funções Mínimas para atuação dos profissionais de saúde em situações de detecção de violência (adaptado de Hegarty et al., 2020).....	61
Figura 23 - Três Protocolos de Atuação dos Profissionais de Saúde (adaptado de DGS, 2022)	65

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Categorias da Violência (Dahlberg & Krug, 2007).....	16
Tabela 2 - Tipologia da Violência e seus exemplos (adaptado de APAV, 2012; WHO, 2021)	18
Tabela 3 - Classificação, definição e código das Lesões dentárias (Adaptado de Mortality and morbidity statistics, 2023).....	33
Tabela 4 - Classificação, definição e código das Lesões dos Tecidos Periodontais (Adaptado de Mortality and morbidity statistics, 2023)	34
Tabela 5 - Classificação, definição e código das Lesões dos Tecidos Gengivais ou Mucosa Oral (Adaptado de Mortality and morbidity statistics, 2023)	34
Tabela 6 - Classificação, definição e código das Fraturas do crânio ou Ossos faciais (Adaptado de Mortality and morbidity statistics, 2023)	35
Tabela 7 - Legislação Portuguesa (Adaptado de Dias, 2000).....	51

Lista de Abreviaturas

APAV – Associação Portuguesa de Apoio a Vítima

CEDAW - Convenção das Nações Unidas sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres

CIG - Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género

CZM - Complexo Zigomático-Maxilar

DRE – Diário da República Eletrónico

MD – Médico-Dentista

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PNPVCV – Programa Nacional de Prevenção da Violência no Ciclo de Vida

RASI – Relatório Anual de Segurança Interna

RCVA - Registro Clínico de Violência em Adultos

RHP - Hospital Real Português

RSE - Registo de Saúde Eletrónico

VCM – Violência Contra a Mulher

VD – Violência doméstica

VDCM – Violência doméstica contra a mulher

% - Percentagem

I. INTRODUÇÃO

Durante toda a trajetória da espécie humana, a violência tem sido presente no comportamento humano, sendo interpretada de diversas maneiras pelas diferentes civilizações (Perdigão et al., 2016). Em virtude de ser um fenômeno multifacetado e complexo, a mesma tem repercussões em todas as esferas da sociedade (Tartari & Rezende, 2006).

A violência dirigida à mulher abrange uma vasta gama de agressões físicas, psicológicas, sexuais e patrimoniais, sendo popularmente referida como feminicídio (Meneghel & Portella, 2017). Durante as últimas duas décadas, houve um notável crescimento, no setor da saúde, a investigação sobre violência, especialmente a análise da violência doméstica contra pessoas do sexo feminino (Coelho et al., 2014).

Ressalta-se que a violência no contexto doméstico, é definida por um comportamento ou ação ameaçadora entre pessoas de uma mesma família, sendo percebida como um desafio a nível de saúde pública em escala global. Esse tipo de agressão pode ser psicológico, físico ou emocional e pode ocorrer entre adultos íntimos, membros familiares ou específicos de gênero (Lund et al., 2020; World Health Organization, 2021).

Segundo APAV (2022) foram contabilizadas um total de 27.827 vítimas diretas de crime. Os dados revelaram que o maior número de vítimas que procuraram a APAV foram mulheres, totalizando 11.410 casos (77,7%), evidenciando que as mulheres são o principal alvo em termos de vitimização.

Na identificação das vítimas de violência doméstica, os traumas na face são importantes indicadores, pois os mesmos constam em aproximadamente 65% a 95% dos casos, em conjunto as nódoas negras, danos térmicos a pele e ferimentos causados por mordidas. Essas lesões alertam para a suspeita de uma possível agressão, necessitando de investigação (Gabriel & Reis, 2022a).

Pode-se deduzir que devido a proeminência do rosto, a possibilidade de atingi-lo com as mãos ou algum outro instrumento, e sua vulnerabilidade, acabam tornando-o um alvo fácil para o agressor. Por vezes a representatividade de um indivíduo é através da face e

seu significado figurativo na vida social. Além de retratar o indivíduo e reproduzir suas expressões e sentimentos, fazendo com que as lesões nessa área sejam uma marca distintiva difícil de esconder com a roupa (Castro et al., 2017).

Esta região necessita de uma atenção especial durante o trabalho de investigação, pois as estruturas presentes são de grande importância em termos das funções vitais, de respiração, mastigação, deglutição e voz (Castro et al., 2017) .

Os serviços de saúde fazem parte da jornada da maioria das vítimas de violência doméstica. Entretanto, esses serviços muitas vezes não avaliam o ataque ou a violência em si, mas sim as lesões ou danos causados por eles. Sendo o foco hegemônico de um modelo de cuidado precisamente cartesiano e exclusivamente biológico, as lesões representam um problema particular no campo da saúde (De Lucena et al., 2016).

De maneira gradual vem a aumentar a necessidade de os médicos dentistas possuírem uma maior formação neste tema, de forma a não existir um risco associado à notificação da ocorrência do crime, visto que apenas a formação como médicos-dentistas pode apresenta-se limitada neste sentido e para uma maior abordagem do tema, faz-se necessário a especialização na área forense (Coulthard et al., 2020).

Portanto, é fundamental estruturar os meios de atendimento a essas vítimas para que sejam implementados e eficazes, a fim de diminuir o número de agressões contra as mulheres por meio da conscientização social (Lund et al., 2020).

Este trabalho de conclusão de curso tem como objetivo realizar uma revisão narrativa referente a abordagem dos médicos-dentistas face à violência doméstica. Sendo feito através da identificação de lesões oro faciais, abordagem clínica, conhecimento da legislação portuguesa e registo clínico da violência. Além disso, alertar para a importância do contributo do médico-dentista (MD) na identificação destas ocorrências e a forma apropriada de executar suas responsabilidades nestes casos.

II. DESENVOLVIMENTO

1. Conceito de violência

O conceito de “violência” tem sido discutido e categorizado de maneira distinta por variadas disciplinas e organizações. Portanto, à medida que as sociedades evoluíram, este conceito se revelou dinâmico e sujeito a perspectivas divergentes, sem alcançar um consenso unânime (Direção-Geral de Saúde, 2014).

A intensificação das ciências sociais e humanas no aprofundamento e desenvolvimento desta questão foi somente na década de 1970, desde então passou a ser uma das questões mais discutidas e atuais na mídia e no diálogo informal (Casimiro, 2018).

Portanto, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), A violência é caracterizada como a utilização intencional da força ou do poder, seja de maneira efetiva ou por meio de ameaças, direcionada a si mesmo, a outras pessoas, a um grupo ou a uma comunidade, resultando ou tendo potencial para resultar em lesões, morte, danos psicológicos, deficiências no desenvolvimento ou privação (Por et al., 2002).

A OMS foi chamada pela Assembleia Mundial da Saúde para elaborar uma tipificação de violência que possa identificar e relacionar suas diferentes formas. A classificação inicial divide a violência em três categorias: violência autodirigida, violência interpessoal e violência coletiva. A violência autodirigida refere-se a atos de violência cometidos contra si mesmo, enquanto a violência interpessoal envolve aquela cometida por uma pessoa ou um pequeno conjunto de indivíduos. Já a violência coletiva é perpetrada por grandes entidades, como governantes, organizações políticas, e facções terroristas (Dahlberg & Krug, 2007).

Dentro destas categorias existem subdivisões de carácter mais detalhados sobre a violência: (Dahlberg & Krug, 2007).

- 1) Violência autoinfligida: é dividida em comportamento suicida que inclui idealização suicida e agressão autoinfligida que são comportamentos como a automutilação e outras formas de violência praticadas contra si mesmo (Dahlberg & Krug, 2007).

- 2) Na violência interpessoal, existem dois subtipos principais: violência doméstica e conjugal, que ocorre principalmente entre familiares ou parceiros íntimos dentro de casa; e violência comunitária, que acontece entre indivíduos não aparentados, geralmente fora de casa (Dahlberg & Krug, 2007).
- 3) Já a violência coletiva: compromete-se com um plano de ação social específico e é dividida em três: violência social, que engloba crimes de intolerância cometidos por um conjunto de indivíduos organizados e atos com característica terrorista; violência política, se refere à guerras e a conflitos violentos com dependência mútua, violência por parte do governo e atos similares perpetrados por grandes grupos; e a violência econômica, que inclui ataques realizados por grupos com fins lucrativos, como ataques visando interromper o funcionamento econômico (Dahlberg & Krug, 2007).

Tabela 1 - Categorias da Violência (Dahlberg & Krug, 2007)

Categorias de violência	Subcategorias
Violência autoinfligida	Comportamento suicida, agressão autoinfligida, ideação suicida, automutilação
Violência interpessoal	Violência doméstica e conjugal, violência comunitária
Violência coletiva	Violência social (crimes de ódio, atos de terrorismo), violência política (guerras e conflitos violentos relacionados, violência estatal), violência econômica (ataques com fins lucrativos)

1.1. Conceito de violência doméstica

A prática da violência doméstica não é um fenômeno recente ou limitado às famílias modernas. Em sociedades tradicionais por exemplo, o sistema patriarcal concedia ao

patriarca autoridade e controle absoluto sobre as mulheres. Com o objetivo de assegurar a estabilidade familiar (Dias, 2000).

Portanto, este é um problema que pode ser encontrado em todas as camadas sociais, não fazendo distinção de idade, gênero, status econômico, social ou político, manifestando-se em qualquer local (ONU, 2003).

É importante ressaltar que a violência intrafamiliar se refere à realização de atos criminosos no contexto de família, independente de adoção, consanguíneo, sintonia, simpatia ou simples relações íntimas, não se limitando apenas as pessoas que estão ou viveram em uma relação conjugal oficial.

Ressalta-se também o significado de VD, segundo a APAV: “qualquer conduta ou omissão de natureza criminal, reiterada e/ou intensa ou não, que inflija sofrimentos físicos, sexuais, psicológicos ou econômicos, de modo direto ou indireto, a qualquer pessoa que resida habitualmente no mesmo espaço doméstico ou, não residindo, seja cônjuge ou ex-cônjuge, companheiro/a ou ex-companheiro/a, namorado/a ou ex-namorado/a, ou progenitor de descendente comum, ou que esteja/tenha estado em situação análoga, ou que seja ascendente ou descendente, por consanguinidade, adoção ou afinidade” (Apav, 2020).

Sendo assim, a violência pode assumir várias formas dentro deste conceito, incluindo:

1. Emocional: consiste em sentimento de medo ou sensação de inutilidade quando a vítima é ameaçada, humilhada, insultada, atacada por animais de estimação ou danificada em bens pessoais.
2. Social: significa controlar a vida social da vítima e limitar o contato com familiares, amigos e com a sociedade.
3. Físico: refletido em contato físico agressivo pelo parceiro ou incapacidade de acesso a cuidados médicos ou medicamentos.
4. Sexual: leva a contato sexual indesejado coagido, recusa ao uso de preservativos ou proibição do uso de anticoncepcionais.
5. Financeiro: envolve monitorar os gastos do parceiro e extorsão.

6. Assédio/Perseguição: intimidar e/ou controlar os movimentos de um parceiro estando ou não na habitação. (APAV, 2012; WHO, 2021).

Tabela 2 - Tipologia da Violência e seus exemplos (adaptado de APAV, 2012; WHO, 2021)

Tipos de violência	Exemplos da violência
1) Emocional/Psicológica	→ Ameaças, constrangimento, humilhação, manipular, isolamento da vítima, exploração, chantagem, entre outros.
2) Social	→ Acusar a mulher de traição, críticas mentirosas, expor a vida íntima, rebaixar a mulher seja com xingamentos, reprimir como a mesma se veste, entre outros.
3) Físico	→ Espancamento, atirar objetos, morder, apertar, estrangulamento ou sufocamento, lesões com objetos cortantes ou perfurantes, ferimentos causados por queimaduras ou armas de fogo, tortura, entre outros.
4) Sexual	→ Estupro, obrigar a mulher a realizar atos sexuais sem a sua vontade, impedir métodos contraceptivos, entre outros.
5) Financeiro	→ Controlar o dinheiro, furto, destruição de documentos pessoais, causar danos nos objetos de forma proposital, privar bens, valores e recursos económicos, entre outros.
6) Assédio/Perseguição	→ Impedir a mulher de sair, controlar os passos, vigilância constante, entre outros.

Destaca-se que as manifestações de violência física estão categorizadas com base em sua gravidade. Sendo divididos em duas categorias: 1) "ato moderado": Estão inclusas ameaças que não envolvam abuso sexual ou utilização de armas, ataques a animais ou

bens pessoais, portanto, sendo a violência física sem o uso de instrumentos pontiagudos, cortantes ou que provoquem lesões. 2) "ato severo": Estão inclusas manifestações de violência física graves que causam lesões, com efeitos temporários, ameaças com a utilização de armamento, cicatrizes, sequelas permanentes e queimaduras (Chiaperini et al., 2008).

Conclui-se, portanto, que a violência doméstica é, na maioria das vezes, um ciclo silencioso de abuso físico, emocional e verbal em que as vítimas se sentem constrangidas em procurar ajuda ou relatar a situação a terceiros, deixando a vítima a sentir-se impotente e preso à está realidade (APAV, 2012; WHO, 2021).

1.2. Conceito de violência contra a mulher

A agressão física e sexual, bem como a VD, afetam as mulheres de maneira injusta e representam uma negação de seus direitos essenciais, além da sua integridade, igualdade e acesso à justiça. Esses tipos de violência não prejudicam apenas as vítimas diretas, mas também suas famílias, amigos e a sociedade em geral (Agência dos Direitos Fundamentais da União Europeia, 2014).

A violência doméstica contra a mulher é uma ocorrência global que afeta distintas camadas sociais, variadas culturas, etnias e religiões, que a partir dos anos 90, foi reconhecido como um desafio perante a saúde pública. De acordo com a OMS, avalia-se que 30% das mulheres no continente americano tenham sofrido violência física ou sexual praticada por seus parceiros (OPAS/OMS, 2015, citado por Martins et al., 2021). Essa forma de violência é caracterizada ocorrer no âmbito familiar e ser perpetrada por cônjuges ou ex-cônjuges (Martins et al., 2021).

Existem várias definições sobre está questão, a Organização das Nações Unidas (ONU) descreve está violência como: "qualquer ato de violência baseada em gênero que resulte, ou seja suscetível de resultar em danos ou sofrimento físico, sexual ou mental às mulheres, incluindo ameaças de tais atos, coerção ou privação arbitrária de liberdade, seja ocorrendo na vida pública ou privada" (Opas, 2013).

Já de acordo com a Convenção do Conselho da Europa (2011): “A violência contra as mulheres é uma manifestação das relações de poder historicamente desiguais entre mulheres e homens que levou à dominação e discriminação das mulheres pelos homens, privando assim as mulheres do seu pleno progresso; e será condenada todas as formas de violência contra as mulheres e a violência doméstica.”

A violência de gênero contra o público feminino está a aumentar em todo o mundo e diversos fatores contribuem para esse cenário, incluindo o elevado do tempo de contato durante a pandemia, o consumo de bebidas alcoólicas pelos parceiros e a instabilidade financeira dos casais (Lund et al. 2020; OMS, 2020).

As consequências da VCM manifestam-se como problemas biológicos, psicológicos e sociais que dificultam a vivência da plena igualdade entre indivíduos e justiça social. A perseverança e a diversidade de representações da violência contra a mulher ao longo dos séculos chamam atenção para a relevância histórica desta temática e como essa prática intervém nos processos de vida, adoecimento e morte das pessoas afetadas (De Lucena et al., 2016).

Nas últimas décadas, o público em geral e os órgãos internacionais, incluindo o Comitê das Nações Unidas para a Eliminação da Discriminação contra as Mulheres e o Conselho da Europa, desempenham um trabalho para gerar visibilidade à amplitude e a característica da VCM. Vários Estados-Membros da União Europeia também tomaram iniciativas nesse sentido. As informações do estudo da Agência dos Direitos Fundamentais da União Europeia (FRA) demonstram que a VCM é uma prática recorrente e amplamente disseminada dos direitos fundamentais, que impacta e compromete a existência de muitas mulheres na União Europeia (Agência dos Direitos Fundamentais da União Europeia, 2014).

Contudo, sendo esta violência considerada um desrespeito aos direitos humanos e uma manifestação de desigualdade de gênero. Qualquer forma de agressão que acarrete ou possa acarretar prejuízo ou angústia física, sexual, psicológica, financeira ou social para as mulheres, é inaceitável (Council of Europe, 2011).

1.3. Ciclo de violência

As vítimas de VD não experimentam uma ameaça de maneira inesperada e iminente à sua segurança ou vida, ao contrário da maioria das vítimas de crimes. A VD é caracterizada por ser contínua e geralmente mantida em segredo por longos períodos. Conhecer o funcionamento e as repercussões da VD é fundamental para prestar um apoio mais adequado às vítimas e promover sua colaboração com o sistema jurídico (De Lucena et al., 2016).

A ideia de um ciclo de violência é relevante para entender a VD, este ciclo progride por meio de múltiplas fases que se reproduzem de forma cíclica. Para provocar o início de uma tensão ou briga pode ser qualquer incidente, independente da amplitude, sendo geralmente associado por coações ou intimidações psicológicas, culminando em atos de agressão física e/ou sexual (Guerra, 2020).

Segundo esse modelo, a VD é caracterizada por ciclos crescentes de intensidade e frequência ao longo do tempo. Após a crise, comumente ocorre um período de calmaria dos atos de violência, ou seja, o agressor minimiza suas ações, justifica seu comportamento e até assume a culpa. No entanto, a violência retorna, e esses momentos de "lua-de-mel" são breves e geralmente desaparecem com o passar dos dias. Com isso, a constante repetição desse ciclo, acarreta na tendência da vítima de se avaliar como incompetente em sua vida conjugal e começa a atribuir a si mesma a culpa pelos atos violentos que ela sofre (Manita et al., 2009).

O ciclo da violência conjugal pode ser resumido em dois momentos: o ciclo da violência em si, que consiste em três estágios: aumento da tensão, ataque violento e apaziguamento. É um processo em que as condutas agressivas apresentam uma propensão a piorar em regularidade, gravidade, e periculosidade a medida que o tempo passa (Manita et al., 2009).

De acordo com a Comissão de Cidadania e Igualdade de Gênero (2009), como regra geral, apresentam-se e são descritos em três fases (figura 1):

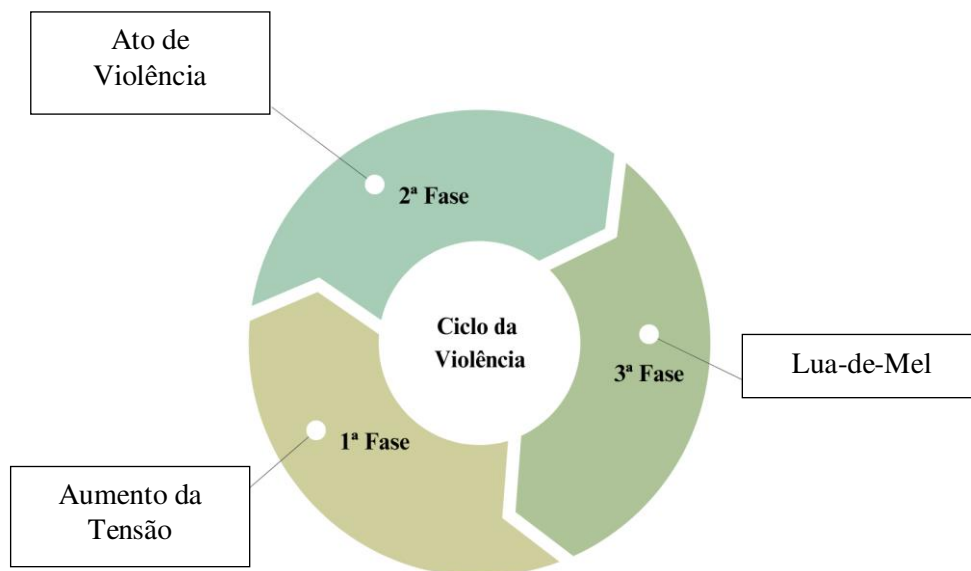


Figura 1 - Esquema do ciclo da violência

1. Fase do “Aumento da Tensão”:

Ocorre em todas as relações íntimas e incluem eventos de atrito, desentendimento ou discussão entre os parceiros. Em uma relação não violenta, a sequência crescente da tensão é interrompida em algum momento através uso praticas de novos acordos ou resolução dos conflitos de forma não violenta, o que é conhecido como "ritual de interrupção". Já em relações com tendências abusivas, o agressor não recorre a esse tipo de estratégia e, devido à sua necessidade de exercer domínio e controle sobre a vítima, ele explora todas as circunstâncias do dia a dia, buscando gerar um aumento progressivo da tensão e estabelecendo um ambiente permeado por insegurança e medo para à vítima.

Esse crescimento da tensão pode originar, frequentemente, em brigas, ultrapassando a primeira etapa em direção a uma ação violenta. Adicionalmente, a tensão pode ser amplificada devido ao uso de álcool ou substâncias entorpecentes pelo parceiro violento. Esse é um processo insidioso e gradual que pode durar anos e aumentar tanto em frequência quanto em intensidade, levando à segunda fase do ciclo da violência.

2. Fase do “Ataque” ou “Episodio de Violência”:

Geralmente tem início com uma linguagem ofensiva, que pode evoluir de maneira

veloz para violência física e outras agressões. Comumente as vítimas não respondem de forma ativa por medo de piorar a situação, e acabam tentando apenas se defender das ameaças mais violentas, na expectativa do agressor se acalmar e parar.

Infelizmente, em alguns casos, as agressões são tão intensas que as vítimas precisam recorrer aos cuidados médicos. Existem agressores que permitem que a vítima receba estes atendimentos, mas fazem isso com o objetivo de manipulá-las, coagi-las ou intimidá-las para que não falem sobre o ocorrido. Outros, no entanto, recusam o suporte médico à vítima ou as deixam desassistidas até que as condições cheguem a um nível crítico.

É durante essa fase que o agressor costuma buscar desculpas ou atenuantes para suas ações, muitas vezes atribuindo a culpa à vítima ("foi ela que me provocou") ou a fatores externos ("foi o álcool", "não estava em mim"). Essas racionalizações ajudam o agressor a justificar seu comportamento, tornando-o mais aceitável em sua própria mente, apesar de ser claramente inaceitável e prejudicial para a vítima.

3. Fase do “Apaziguamento” / “Lua-de-Mel”:

Após a conduta agressiva, o agressor geralmente manifesta arrependimento e promete não ser violento novamente. Para fortalecer e expressar seu arrependimento, o agressor pode comporta-se com atenção e afeto positivo, estimulando a vítima a confiar que isso foi uma exceção ou que não irá se repetir e que haverá mudanças. A vítima, busca recuperar a sensação de “vida normal”, especialmente porque este momento pode ser uma fase de "enamoramento".

A flutuação da postura do agressor apresenta-se como um dos principais impedimentos para ruptura por parte da vítima, a mesma deposita toda a confiança de que ainda se faz presente o amor no relacionamento e crer na modificação do comportamento do seu parceiro. A perspectiva de transformação é fortalecida pelo desejo da vítima de estabelecer uma relação prospera e pela percepção de atributos positivos em seu parceiro.

Com a crescente e recorrente violência, a vítima reconhece a perda do controle sobre

as condições vividas e invalidam as explicações que antes permitiam entender ou desculpar o comportamento do agressor. Por fim, a vítima experimenta o "ciclo da violência" com medo, esperança e amor. A primeira fase desse ciclo é a mais longa, enquanto a mais pequena é a final, que pode desaparecer completamente nas ocasiões de violência constante. Na maioria dos casos, resistir ou responder agressivamente ao agressor só aumenta a violência em vez de suspendê-la (Comissão de Cidadania e Igualdade de Gênero, 2009).

Com o passar do tempo, a vítima fica pode apresenta-se sem o controle e a confiança em si mesma, virando "refém" do ciclo de violência dentro da sua própria casa. A rutura com o agressor não garante o fim da violência e pode até aumentar a iminência de agressão corporal grave, tentativa de homicídio ou morte (Manita et al., 2009).

Resumindo, o ciclo da violência começa de forma insidiosa e se intensifica com o tempo. A violência psicológica é muitas vezes utilizada pelo agressor antes de recorrer à violência física, com o objetivo de diminuir a autoestima da vítima. À medida que as agressões continuam, a vítima pode sentir-se cada vez mais desamparada e isolada, o que pode dificultar ainda mais a busca de ajuda e a saída do relacionamento abusivo. Portanto, é importante oferecer um ambiente seguro e de apoio para que as vítimas possam se sentir encorajadas a buscar ajuda precocemente e romper esse ciclo de violência. Ressalta-se que é fundamental reconhecer a violência psicológica e a sua relação com a violência física para prevenir e interromper o ciclo da violência (De Lucena et al., 2016).

1.4. Perfil do agressor e da Vítima

A compreensão dos traços do agressor e dos elementos que estão relacionados à violência é fundamental para que os especialistas da área da saúde e os civis possam embasar a implementação de estratégias efetivas de intervenção. Apesar dos agressores não constituírem um grupo homogêneo, é possível identificar atributos sociodemográficos habituais que se apresentam persistentemente vinculados à violência doméstica (Gedrat et al., 2020a).

De acordo com o Relatório Anual da APAV (2022), foram registrados um total de

83.322 atendimentos. Dentre esses atendimentos, 21.588 (77,7%) foram de vítimas de violência doméstica, sendo que 14.688 dessas vítimas eram mulheres. É comum que as relações entre autor e vítima de violência doméstica sendo caracterizada pela presença de laços afetivos ou históricos entre as partes envolvidas, sendo estes: relação conjugal 14,5% (nº2.152), da relação entre companheiros 9,4% (nº1.391), ex-companheiros 8,3% (nº1.225), ex-namorados 3,5% (nº519), ex-cônjuges 3,3% (nº494) e entre namorados/as 2% (nº296). As relações de proximidade e intimidade constituíram 41% (nº6.077) do total de vínculos.

O comportamento violento dos homens e sua maior exposição a situações de risco podem ser explicados, em grande parte, pelo modelo social dominante que valoriza características como soberania, valentia, honra, dominação, força e invulnerabilidade. A socialização masculina baseada nesses valores pode estar diretamente relacionada à violência (Souza et al., 2017).

Segundo o autor Jorge Corsi (2005), existem cinco hipóteses principais que busca compreender a violência perpetrada pelos homens contra as mulheres através de diversas tentativas de explicação, são elas:

- 1) A Hipótese, civilizacional, defende que a agressão contra as mulheres está fundamentada nos princípios patriarcais que privilegiam e legitimam a preservação de uma estrutura social e familiar violenta. Em outras palavras, essa teoria indica que a violência contra as mulheres é consequência da cultura machista que valoriza a dominação masculina (Victor et al., 2013).
- 2) A segunda hipótese, estrutural, sustenta que as origens da violência estão enraizadas nas disparidades sociais que geram hostilidade nas pessoas. Ou seja, supõe-se que a VCM é um sintoma de um conjunto social desigual, onde alguns indivíduos são privados de recursos e oportunidades, o que pode gerar tensão e violência (Victor et al., 2013).
- 3) A terceira hipótese, a psicopatológica, argumenta que a conduta agressiva é resultado das alterações na personalidade da pessoa que o pratica, portanto, estaria associado à falta de controle impulsivo, à psicopatia ou ao consumo excessivo de álcool e/ou substâncias entorpecentes. Sugere que a VCM é um

problema de saúde mental, ou seja, os agressores podem apresentar distúrbios psicológicos que os levam a cometer violência (Victor et al., 2013).

- 4) A quarta hipótese, integracionista, enfoca os estilos de relacionamento estabelecidos na conexão dos parceiros, seja no âmbito da comunicação, do afetivo ou do comportamental. Essa hipótese sugere que a VCM é um desafio do relacionamento, onde o comportamento violento é resultado de uma interação problemática entre o agressor e a vítima (Victor et al., 2013).
- 5) A quinta hipótese, a perspectiva jurídica, embora não estabelecida como uma argumentação da violência, aborda um aspecto de normas e punições daqueles que a praticam, explorando a extensão da prisão, denúncia e condenação criminal dos agressores. Em outras palavras, essa perspectiva se concentra na punição destes e na prevenção da VCM por meio de medidas legais (Victor et al., 2013).

Portanto, é de extrema importância incentivar a realização de pesquisas que possam descrever de forma detalhada o traço dos agressores e os aspectos relacionados a esse tipo de violência. Esses dados podem fornecer informações cruciais para o combate deste fenômeno, que podem ser implementadas nas redes de atendimento e enfrentamento da violência. O objetivo é promover uma abordagem mais efetiva e direcionada para lidar com essa questão social que tem consequências devastadoras para as vítimas e para a sociedade em geral (Gedrat et al., 2020b).

A inclusão da noção de gênero como uma esfera permite desvendar as persistentes disparidades entre homens e mulheres. A identidade de gênero é vista como um elemento constituinte das relações sociais e uma classificação essencial para retratar as dinâmicas de dominação, questionando a concepção de que as representações predominantes são intrínsecas e indiscutíveis. Reconhecer o gênero como uma construção sócio-histórica, politicamente construída do conceito de "sexo" permite compreender em uma perspectiva que abrange tanto a cultura quanto a ideologia (Okabe & Fonseca, 2009).

Compreender as percepções coletivas das mulheres vítimas de VD tornou-se uma questão importante e essencial para entender como esse conhecimento, compartilhado

por esse grupo específico, influencia e molda sua realidade prática e cotidiana. É fundamental reconhecer essas mulheres como sujeitos sociais que são afetados pelas características culturais de gênero, sendo este uma construção social e histórica que tem colocado os homens em uma posição de dominação sobre as mulheres (Da Fonseca et al., 2012).

Ao explorar essa interação, são encontradas diversas implicações ligadas ao fenômeno da violência doméstica. Infelizmente, a maioria das vítimas permanece presa em relacionamentos baseados em dependência financeira e emocional, o que muitas vezes resulta em ciclos recorrentes de violência. Em grande parte dos casos, o agressor é o próprio parceiro, e a violência ocorre dentro da residência (Da Fonseca et al., 2012) .

A APAV (2022) prestou apoio a 14.688 mulheres vítimas de violência, que apresentam as seguintes características:

- Idade média de 40 anos;
- Possuem ensino superior;
- Mantêm uma relação íntima com o agressor.

Quando relacionado ao tipo de vitimização, quase metade (49,1%; n°7.203) das mulheres sofreu violência contínua, durante um período entre 2 e 3 anos (n°1.124; 15,6%). O local mais comum onde ocorreram os crimes e outras formas de violência (49,1%; n°6.786) foi na residência comum entre a vítima e o agressor, na moradia da vítima (15,1%; n°2.092) e de lugares públicos (9,7%; n°1.342). Mantendo-se o padrão encontrado nos anos anteriores, tem havido um aumento no número de pessoas atingidas (APAV, 2022).

Ao ser vítima de violência, é comum a mulher direcionar grande parte da sua atenção e energia para avaliar o estado emocional do agressor, que geralmente é o seu parceiro. Isso ocorre porque a vítima tende a tentar entender e prever quando o agressor pode voltar a ser violento. Infelizmente, essa situação violenta tem um impacto negativo no bem-estar psicológico da vítima, e pode comprometer as capacidades de parentalidade normativas da vítima, gerando dificuldades em relação à criação dos filhos e manutenção do bem-estar familiar (Freitas et al., 2015).

É fundamental destacar que as mulheres envolvidas no ciclo da violência podem desenvolver uma visão distorcida da realidade. Essas mulheres vivem entre momentos de felicidade e tristeza, mantendo a violência em seus relacionamentos na esperança de vivenciarem momentos gratificantes. A confusão emocional nesses relacionamentos é evidente, já que a violência é uma presença constante (Okabe & Fonseca, 2009).

Portanto, as mulheres que estão nesta situação muitas vezes se sentem impotentes e amedrontadas pela dificuldade de serem escutadas e valorizadas. Suas reações são influenciadas pela relação com o parceiro, sendo que as manifestações mais comuns são passividade, vergonha, frustração, culpa e sofrimento, com a decepção sendo a mais frequente. Elas habitualmente simbolizam o relacionamento perfeito em seus sonhos e esperam que o agressor mude, mas são frequentemente desapontadas pela realidade. A esperança e decepção persistem no relacionamento (Da Fonseca et al., 2012).

2. Consequência para a saúde

A violência contra as mulheres se caracteriza por causar danos ao bem-estar físico e psicológico das vítimas. Assim como, está ligada à ideia tradicional da obediência presente nas relações de gênero, onde o sexo masculino é dominante e o feminino considerado inferior. Em decorrência disto, as mulheres sofrem prejuízos sociais, são reprimidas e experimentam abalos psicológicos (Silva et al., 2015).

As mulheres que sofrem violência enfrentam diversos desafios que comprometem a sua qualidade de vida, entre eles, incluem-se agressões físicas, pressão psicológica, sobrecarga de tarefas e a negação de direitos em relação à vida, corpo e vontades. Estas formas de opressão impactam negativamente a vida das mulheres, dificultando o pleno exercício da sua autonomia e bem-estar (Silva et al., 2015).

As agressões podem ter diversas consequências físicas e psicológicas. Lesões como hematomas, escoriações, luxações e lacerações podem ser causadas pela violência, juntamente com desconfortos corporais, problemas de peso, síndromes psicológicas, crises gástricas e ulcerativas, decorrentes de processos inflamatórios e imunológicos gerados pela violência. Além disso, as sequelas dessas agressões podem incluir mutilações, lesões ósseas, problemas relacionados à sexualidade e problemas

obstétricos. Todas essas consequências afetam negativamente a saúde das mulheres agredidas (Cidreira, 2017).

Por isso, é fundamental que no setor da saúde, que os profissionais estejam presentes em estabelecimentos que atendem mulheres vítimas de violência. No entanto, todos os trabalhadores em contacto com as vítimas devem estar atentos às consequências da violência, inclusive as psicológicas e emocionais, para que as mulheres recebam os cuidados necessários e a violência seja combatida (Lourenço & Costa, 2020).

Os serviços oferecidos às vítimas devem ser realizados por uma equipe multidisciplinar, que considere a interação de diversos tipos de sintomas e fatores envolvidos no caso, incluindo fatores emocionais, econômicos, sociais e culturais. Além disso, é imprescindível que as intervenções sejam direcionadas tanto para prevenir as consequências que podem acometer a mulher quanto para aliviar os sintomas e promover a qualidade de vida das vítimas. Dessa forma, é possível garantir que as necessidades sociais e de saúde sejam atendidas adequadamente e que as mulheres recebam o cuidado e suporte necessário para superar a violência sofrida (Lourenço & Costa, 2020).

Ressalta-se que os profissionais e serviços de saúde devem identificar, controlar e prevenir a violência contra mulheres, já que muitas vezes são os primeiros locais procurados por vítimas de agressão (Silva et al., 2015).

2.1. Traumas na face

O trauma facial é uma condição que engloba diversas perturbações de etiologia, natureza e extensão variadas, as quais são ocasionadas de forma abrupta por uma força física e podem afetar diferentes segmentos do corpo (Gabriel & Reis, 2022b) Sendo considerado uma das principais causas de óbito e doenças em nível mundial. (Marcondes et al., 2010.).

Entre as diversas categorias de ferimentos, o trauma craniofacial se sobressai devido à sua notável importância, pois pode gerar diversas ramificações funcionais, psicológicas e estéticas, incluindo a chance de ocorrer sequelas duradouras. É importante salientar

que a gravidade do trauma de face pode ser influenciada pela localização da lesão, bem como pela extensão e intensidade do impacto, destacando a necessidade de uma anamnese minuciosa e planejamento adequado da abordagem terapêutica para minimizar possíveis sequelas (Marcondes et al., 2010).

A região da cabeça é a área do corpo humano que sofre a maior frequência de traumatismos. Sendo a face uma região pouco protegida e usualmente exposta, o que a torna uma das áreas mais comprometidas em casos de agressão. Os traumas na região facial podem ser compostos tanto por lesões em tecidos moles quanto por fraturas ósseas (Chiaperini et al., 2008).

A vulnerabilidade dessa região pode ser explicada pela sua proeminência anatômica e pela sua importância funcional e estética (Chiaperini et al., 2008). Assim, como se trata de uma região suscetível a graves lesões, ressalta-se que a zona da face é atingida sem dificuldade, já que está situada no alcance dos membros superiores do agressor (Gabriel & Reis, 2022).

Essas agressões podem deixar sequelas físicas como cicatrizes, perda de dentes e problemas de mastigação (Chaves et al., 2018). As lesões como contusões, fraturas e queimaduras são comuns nesta região, muitas vezes causadas por agressões físicas diretas, como socos e pontapés, ou com o uso de ferramentas cortantes e armamento (Gleice et al., 2022).

Quando ocorre uma agressão e consequentemente uma fratura óssea, a prioridade mais significativa é a identificação e/ou avaliação do risco de vida associado a esta e as outras lesões, de modo a garantir um tratamento adequado e minimizar possíveis complicações (Chiaperini et al., 2008).

Diante do exposto, é possível constatar que os traumas em face são importantes indicadores de violência doméstica, estando presentes em uma grande percentagem dos casos (Gabriel & Reis, 2022b). Além disso, evidencia a necessidade de se enfatizar a prevenção de tais agressões e a importância de um tratamento adequado para minimizar possíveis sequelas físicas e emocionais. Torna-se imprescindível que profissionais da saúde, em especial os médicos-dentistas, estejam capacitados para identificar e intervir

em casos de violência intrafamiliar, visando à promoção da saúde e à garantia da dignidade da vítima (Chiaperini et al., 2008).

2.2. Prevalência das lesões Oro faciais

Os estudos analisados constataram que os traumas na região bucomaxilofacial foram significativos, principalmente devido à exposição e pouca proteção da cabeça, especialmente no terço médio da face, tornando essa área vulnerável a agressões (Gleice et al., 2022).

A alta prevalência das lesões em tecido mole, tais como hematoma, equimose, escoriações e edema, pode ser explicada pelo tipo de instrumento utilizado na agressão, que é classificado como contundente, podendo ser arma branca, de fogo ou até mesmo as próprias mãos do agressor. Algumas lesões podem ocasionar traumas mais graves, como fraturas nos ossos da face, principalmente nas regiões zigomática, frontal, orbitária e mandibular. Isso não apenas compromete a harmonia e estética facial, mas também a funcionalidade do sistema estomatognático, uma vez que as lesões maxilomandibulares causadas por agressões físicas podem resultar em fragmentação múltipla dos ossos, além de fraturas e/ou perda de dentes (Gleice et al., 2022).

São frequentes os casos de laceração da mucosa labial na região intrabucal, muitas vezes acompanhada de luxação dentária, avulsão e fratura coronária. Os elementos dentários comumente afetados por traumas dentário e alveolares são: na arcada superior, incisivo central e incisivo lateral, na arcada inferior, o incisivo central, porém as vezes os caninos superiores também podem ser afetados, mas com menor frequência em comparação aos dentes mencionados anteriormente (Gabriel & Reis, 2022).

Ao avaliar as estatísticas relacionadas às mulheres que sofrem violência do tipo interpessoal, constatou-se uma incidência mais elevada de ferimentos em tecidos moles na cavidade bucal (67,3%), lesões em tecidos periodontais (19,9%), ósseos (9,3%) e dentários duros (3,8%). Havendo uma predominância de luxações (25%) e lacerações (20,8%). Ao examinar os tecidos duros, as fraturas em esmalte dental (50,6%) são mais comuns do que as fraturas na coroa com envolvendo tecido dentinário e/ou pulpar (38,2%) e as radiculares (11,2%). Quanto à classificação do dano maxilomandibular, as

lesões de menor intensidade (59,4%) foram mais frequentes do que as demais (Pires et al., 2012).

Já segundo (Castro et al., 2017). Foram registradas lesões tanto extra quanto intraorais nos estudos analisados, sendo que as primeiras afetaram diversas áreas da cabeça, face e pescoço, com destaque para a região orbital (17,14%) e frontal (12,51%). As lesões mais frequentes em tecido mole foram equimoses (28,85%) e abrasões (25,6%). Já as lesões intraorais, especialmente as dento-alveolares, foram pouco comuns nos estudos revisados.

Sendo assim, pode-se concluir que a grande maioria dos casos de violência pode resultar em prejuízos ao sistema estomatognático com lesões predominantes em tecidos moles de intensidade leve (Pires et al., 2012).

2.3. Classificação internacional das doenças

A Classificação Internacional de Doenças (CID) facilita a comunicação e o compartilhamento de informações padronizadas mundialmente entre especialistas na área de saúde. Essa classificação abrange aproximadamente 17 mil códigos exclusivos para lesões, enfermidades e causas de óbito, possibilitando a codificação de mais de 1,6 milhões de quadros clínicos (OPAS, 2022).

A “CID-11” é a última versão disponibilizada pela OMS, ela é inteiramente digitalizada, online e com ferramentas linguísticas multifuncionais, reduzindo as chances de erros. Ela foi compilada e atualizada com informações provenientes de mais de 90 países, contando com o envolvimento, sem precedentes, de prestadores de serviços de saúde. Isso permitiu a evolução de um sistema imposto aos médicos para um banco de dados de classificação clínica e terminologia verdadeiramente capacitada, atendendo a uma ampla gama de usos para registo clínicos e relatórios estatísticos na área da saúde (OPAS, 2022)

Tabela 3 - Classificação, definição e código das Lesões dentárias (Adaptado de Mortality and morbidity statistics, 2023)

Lesões dentárias (Tecidos Duros e Polpa)		
Lesão	Definição	Código
Trinca de esmalte	Uma fratura incompleta (rachadura) do esmalte sem perda de substância dentária.	NA0D.00
Fratura Dentária em Esmalte	Fratura com perda de substância dentária confinada ao esmalte.	NA0D.01
Fratura não complicada	Fratura dentária que resulta em perda de substância dentária limitada ao esmalte e à dentina, sem envolver a polpa.	NA0D.02
Fratura complicada da coroa	Uma fratura envolvendo esmalte e dentina, com exposição pulpar.	NA0D.03
Fratura não complicada da raiz e da coroa dentária	Uma fratura envolvendo esmalte, dentina e cimento, mas sem expor a polpa.	NA0D.04
Fratura complicada da raiz e da coroa dentária	Uma fratura envolvendo esmalte, dentina e cimento, e expondo a polpa.	NA0D.05
Fratura da raiz	Uma fratura envolvendo dentina, cimento e polpa.	NA0D.06

Tabela 4 - Classificação, definição e código das Lesões dos Tecidos Periodontais (Adaptado de Mortality and morbidity statistics, 2023)

Lesões dos Tecidos Periodontais		
Lesão	Definição	Código
Concussão	Uma lesão nas estruturas de suporte dentárias sem afrouxamento anormal ou deslocamento do dente.	NA0D.10
Subluxação	Uma lesão nas estruturas de suporte dentária com afrouxamento anormal, mas sem deslocamento do dente	NA0D.11
Luxação extrusiva	Luxação periférica, avulsão parcial.	NA0D.12
Luxação lateral	Deslocamento do dente em uma direção diferente da axial	NA0D.13
Luxação intrusiva	Deslocamento do dente para o osso alveolar.	NA0D.14
Avulsão Dentária	Deslocamento completo do dente para fora de seu alvéolo.	NA0D.15

Tabela 5 - Classificação, definição e código das Lesões dos Tecidos Gengivais ou Mucosa Oral (Adaptado de Mortality and morbidity statistics, 2023)

Lesões dos Tecidos Gengivais ou Mucosa Oral		
Lesão	Definição	Código
Lesão superficial do lábio ou cavidade oral	Presença de lesão existem nos lábios e boca	NA00.4
Abrasão da mucosa oral	Ferida superficial, pode ser produzida por fricção da mucosa com superfície hemorrágica	NA00.4 + XJ652
Contusão da mucosa oral	Traumatismo realizado por objeto rombo, causando hemorragia submucosa	NA00.4 + XJ9NV

Tabela 6 - Classificação, definição e código das Fraturas do crânio ou Ossos faciais (Adaptado de Mortality and morbidity statistics, 2023)

Fratura do Crânio ou Ossos Faciais		
Lesão	Definição	Código
Fratura orbital	Uma fratura na zona orbital	NA02.2
Fratura dos ossos nasais	Fratura dos ossos na zona nasal	NA02.3
Fratura da maxila	Fratura na zona maxilar	NA02.4
Fratura zigomática	Uma fratura envolvendo a zona zigomática da face	NA02.5
Fratura da mandíbula	Fratura da zona mandibular da face	NA02.7
Fratura do processo condilar da mandíbula	As fraturas do processo condilar são definidas como fraturas que correm acima ou depois de uma linha confinada pela linha de entalhe sigmoide e pela linha de entalhe massetérica.	NA02.70
Fratura do processo subcondilar da mandíbula	Fratura localizada no processo subcondilar da mandibula	NA02.71
Fratura do processo coronóide da mandíbula	Fratura localizada no processo coronóide da mandibula	NA02.72
Fratura do ramo da mandíbula	Fratura presente no ramo da mandibula	NA02.73
Fratura do ângulo da mandíbula	Fratura na zona do ângulo da mandibula	NA02.74
Fratura da margem alveolar da mandíbula	Fratura localizada na zona da margem alveolar da mandibula	NA02.75
Fratura da sínfise da mandíbula	Fratura presente na sínfise da mandibula	NA02.76

2.4. Características das lesões Oro faciais mais prevalentes

Na área da medicina dentária, o traumatismo na região oro facial é uma condição visível, cujas consequências físicas podem ser diagnosticadas clinicamente pelo MD. Apesar da importância dessa condição, a consequência bucal que tem como fator causal a violência física é pouco abordada no dia a dia destes profissionais. Dessa forma, torna-se importante uma análise mais aprofundada sobre os traumas bucomaxilofaciais por violência para facilitar a identificação por parte dos profissionais do possível fator etiológico do trauma em mulheres (Chaves et al., 2018).

A agressão na região da face pode ter graves consequências, uma vez que essa área é considerada como a parte do corpo humano mais exposta e visível. Lesões nesta região podem causar danos físicos que variam de leves a graves, como por exemplo:(Chaves et al., 2018)

- Hematoma:

O hematoma (figura 2) é uma condição em que o sangue se acumula no interstício dos tecidos, geralmente como resultado de danos na parede vascular. A aparência da pele pode variar em diferentes colorações desde o tom avermelhado, arroxeadado, azulado, esverdeado, castanho e amarelo, conforme a tonalidade inicial da pele, bem como do tempo de sua ocorrência e evolução, geralmente sintomática e possuem elevações na zona afetada. É importante observar que essa condição pode ser causada por vários fatores (Kumar et al., 2010).



Figura 2 - Hematoma (retirado de Andreasen et al., 2019)

- Equimose:

O extravasamento de sangue dos vasos sanguíneos, que se rompem e causam uma coloração arroxeada na pele. Esta condição é geralmente causada por traumas, efeitos colaterais de medicamentos ou contusões. Ela ocorre quando os vasos sanguíneos superficiais do corpo são danificados. As equimoses são geralmente assintomáticas, sem dor ou inchaço, e desaparecem com o tempo (Bazon, 2019).

- Edema:

O edema (figura 3) é uma condição conhecida popularmente como inchaço. Quando o inchaço ocorre no rosto, ou em parte dele, é chamado de edema facial. Essa condição é caracterizada pelo acúmulo de líquido no tecido subcutâneo do rosto e pode ter várias causas. Os sintomas do edema facial incluem retenção de líquido e uma aparência brilhante da pele. É importante lembrar que essa condição pode ser um sinal de outras condições subjacentes (Bazon, 2019).



Figura 3 - Edema peri-orbitário (retirado de Vera, 2007)

- Escoriações:

As escoriações são lesões superficiais que ocorrem na camada mais externa da pele. Podem ser causadas por cortes ou arranhões leves, aparentemente inofensivas. Para

minimizar o risco de infecção, é recomendada a lavagem abundante com soro fisiológico (Vieira et al., 2007).

- Lesões traumáticas nos tecidos moles, mucosa labial:

A presença da cobertura labial, protegendo a dentição, pode representar um elemento que influencia na incidência de traumas na região do lábio (figura 4), gengiva e mucosa oral. Se essas lesões não forem tratadas de forma adequada, podem causar sequelas estéticas e funcionais significativas para a doente (Oliveira et al., 2017).

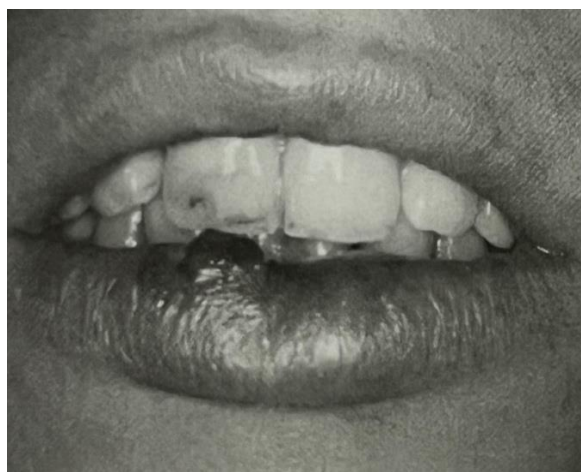


Figura 4 - Lesão no lábio inferior (Retirado de Andreasen et al., 2019)

As lesões traumáticas nos tecidos moles são caracterizadas por danos que podem ocorrer por diferentes mecanismos, como impactos, atritos e cortes. Essas lesões são classificadas em três tipos principais: contusão, abrasão e laceração (Figueiró et al., 2017).

A contusão é uma lesão mecânica resultante de um impacto na região afetada, podendo causar hemorragia e edema sob a pele ou mucosa não lacerada. Já a abrasão ocorre quando há uma grande fricção dos tecidos, resultando na remoção de uma camada superficial da pele ou mucosa, que pode ser chamada de ulceração nesse caso. A laceração, por sua vez, é caracterizada por um corte no tecido (Figueiro et al., 2017).

- Lesões aos tecidos dentários de sustentação:

As lesões que afetam os tecidos dentários de sustentação, conhecidas como luxações, são um conjunto de lesões que ocorrem quando o elemento dentário se desloca de sua localização inicial após passar por um evento de trauma. Essas luxações são subdivididas em diferentes tipos, como concussão, subluxação, luxação extrusiva, luxação lateral, luxação intrusiva e avulsão (Silva et al., 2021).

A concussão (figura 5) é uma lesão que afeta os tecidos de sustentação dental, mas não causa mobilidade ou posicionamento anormal. É comum haver dor ao realizar testes de percussão e sensibilidade. Radiograficamente, não há alterações e o dente permanece na posição normal dentro do alvéolo dentário (Barros et al., 2020).



Figura 5 - Concussão dentária (Retirado de Andreasen et al.,2000)

A subluxação (figura 6) é uma lesão em que ocorre a rutura parcial de algumas fibras do ligamento periodontal, sem deslocamento do dente de sua posição original. O dente apresenta sensibilidade ao toque ou à percussão, aumento da mobilidade e pequeno sangramento pelo sulco gengival. Radiograficamente, não há alterações detetáveis (Silva et al., 2021).



Figura 6 - Subluxação dentária (Retirado de Andreasen et al.,2000).

A luxação extrusiva (figura 7) é caracterizada pelo deslocamento parcial do dente para fora de sua posição original no alvéolo. As fibras do ligamento periodontal sofrem danos de diferentes intensidades, dependendo do grau de extrusão do dente. Na avaliação clínica, é possível notar a aparência alongada do dente, juntamente com mobilidade excessiva e sangramento pelo sulco gengival. Radiograficamente, pode ser identificado um espaço vazio apical no alvéolo (Silva et al., 2021).



Figura 7 - Luxação extrusiva (Retirado de Andreasen et al.,2000)

A luxação lateral (figura 8) é uma condição em que o dente é deslocado para uma direção específica no alvéolo, podendo ser vestibular, palatino/lingual, mesial ou distal,

e pode vir acompanhado de fratura do processo alveolar. Clinicamente, o dente apresenta-se sem mobilidade e geralmente está aderido ao osso, emitindo um som metálico e sensibilidade à percussão. Inicialmente, o teste de sensibilidade é negativo. Radiograficamente, o deslocamento do dente é evidente, com partes apicais ou laterais do alvéolo vazias, e o aumento do espaço do ligamento periodontal (Barros et al., 2020).



Figura 8 - Luxação lateral (Retirado de Andreasen et al.,2000)

Luxação intrusiva (figura 9) é um tipo de deslocamento dental que ocorre em direção ao interior do alvéolo. Clinicamente, o dente afetado não apresenta mobilidade, mas produz um som metálico quando percutido e geralmente tem um teste de sensibilidade negativo. Radiograficamente, pode ser observado um deslocamento apical do dente afetado, bem como o desaparecimento do espaço do ligamento periodontal em uma área específica ou em toda a raiz (Barros et al., 2020).



Figura 9 - Luxação intrusiva (Retirado de Andreasen et al.,2000)

A avulsão (figura 10) ocorre quando o dente é completamente deslocado para fora do alvéolo. Durante a avaliação visual, é possível observar que o alvéolo pode estar preenchido por um coágulo ou completamente vazio. Entre as diferentes formas de traumatismo dentário, a avulsão é considerada a mais prejudicial aos tecidos de sustentação, causando danos à raiz do dente, como a ruptura do ligamento periodontal, lesão cementaria localizada e até mesmo necrose pulpar (Barros et al., 2020; Silva et al., 2021).



Figura 10 - Avulsão dentária (Retirado de Andreasen et al., 2000).

- Traumatismo aos tecidos dentários duros:

As fraturas da coroa são amplamente prevalentes entre as lesões traumáticas que afetam os dentes e seus tecidos adjacentes, com maior incidência em dentes anteriores permanentes. Nesse contexto, as fraturas que envolvem apenas o esmalte ou o esmalte e dentina são as mais frequentemente observadas (Silva et al., 2021).

Fratura de esmalte incompleta é conhecida como trinca de esmalte. Essa lesão não é tão grave quanto outras fraturas dentárias (Silva et al., 2021). A análise visual revela uma linha vertical ou horizontal, indicativa de uma fratura incompleta. No exame clínico, o teste de sensibilidade pulpar é positivo, sem dor à percussão ou palpação e apresenta mobilidade normal. Radiograficamente, não são identificadas anormalidades (Barros et al., 2020).

Fratura de esmalte (figura 11) é caracterizada pela perda, de maneira parcial, da estrutura do esmalte dental, podendo ser identificada visualmente através da linha de fratura no remanescente dentário. A análise clínica revela a sua apresentação com mobilidade normal, teste de sensibilidade pulpar positivo e ausência de dor à percussão ou palpação. Radiograficamente, a perda de esmalte maneira ligeira pode ser visualizada (Barros et al., 2020).



Figura 11 - Fratura em Esmalte

A fratura de esmalte e dentina (figura 12) é caracterizada pela perda de tecido dentário, com a ausência de exposição da polpa. Clinicamente, é possível observar a perda de esmalte e dentina através da linha de fratura apresentada, mobilidade dentária normal, ausência de sensibilidade à percussão e resposta positiva aos testes de vitalidade da polpa (Silva et al., 2021).



Figura 12 - Fratura de esmalte e dentina (retirado de Andreasen et al., 2000)

A fratura envolvendo esmalte e dentina com exposição pulpar (figura 13) é uma lesão que ocorre quando a estrutura do dente é danificada, expondo a polpa dentária. Clinicamente, pode apresentar mobilidade dentária normal e ausência de sensibilidade à percussão. Entretanto, a polpa exposta pode ser sensível aos estímulos presentes na cavidade oral e pode haver sangramento pulpar (Silva et al., 2021).

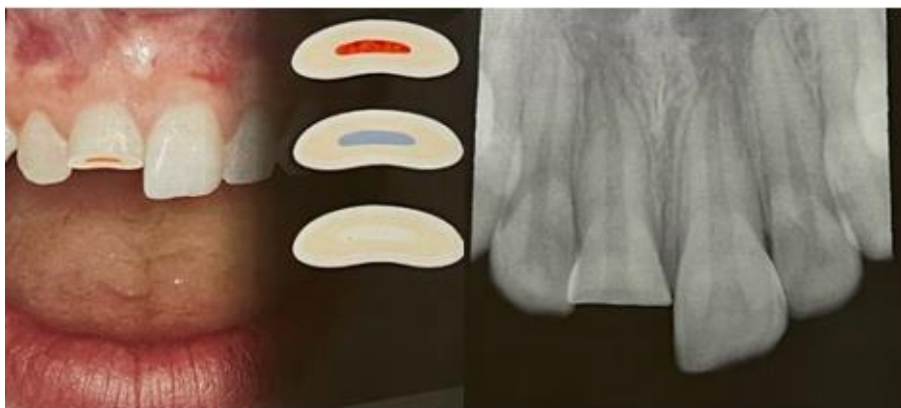


Figura 13 - Fratura em esmalte e dentina com exposição pulpar (retirado de Andreasen et al., 2000)

A fratura Corono-radicular (figura 14) é caracterizada por envolver esmalte, dentina e cimento. Clinicamente, o fragmento coronário apresenta mobilidade e é doloroso à percussão, sendo comum que a fratura se estenda abaixo da margem gengival (Barros et al., 2020). O teste de vitalidade da polpa para o fragmento apical, deve apresentar resposta positiva. Além disso, o exame radiográfico é relevante para verificar a presença

e posição das linhas de fraturas na porção radicular (Silva et al., 2021).



Figura 14 - Fratura corono-radicular (retirado de Andreasen et al., 2000)

As fraturas radiculares (figura 15) são lesões que envolvem dentina, cemento e polpa, podendo ocorrer em diferentes posições ao longo da raiz, como terço cervical, médio ou apical. (Silva et al., 2021). O dente pode ser deslocado em diferentes graus e apresenta-se ligeiramente fora do lugar, muitas vezes com sangramento gengival e dor quando toca-se no dente afetado. O teste de sensibilidade é geralmente negativo de imediato e pode ocorrer uma mudança temporária ou permanente da coloração da coroa do dente. Por meio de radiografia, é possível identificar uma linha radiolúcida no sentido horizontal ou diagonal que divide a raiz do dente em um ou mais fragmentos (Barros et al., 2020).



Figura 15 - Fratura radicular (retirado de Andreasen et al., 2000)

- Fratura nos Ossos da Face

Os traumas maxilofaciais são frequentemente causados por violência interpessoal, especialmente na região facial. Em casos graves de violência doméstica, as lesões mais comuns são, segundo Oliveira et al. (2008, citado por Gabriel & Reis, 2022), fraturas nos ossos nasais (50%), mandíbula (47,1%) e complexo zigomático (42,6%). Estruturas mais proeminentes anatomicamente, como estas, são, portanto, mais suscetíveis a danos.

→ Ossos Nasais

Uma das principais causas de fratura nasal é a agressão física. Caso haja suspeita de fratura, é essencial obter uma história completa do trauma, pois o entendimento sobre o modo da lesão e o momento do incidente podem auxiliar na previsão de um tipo específico de fratura. Essas lesões podem ser divididas em duas categorias principais, dependendo da direção do impacto: lesões laterais e lesões frontais (Oliveira et al., 2021).

O diagnóstico de fraturas nasais é normalmente feito com base nos sinais e sintomas apresentados, tais como sangramento nasal (epistaxe), obstrução das vias aéreas superiores, mudanças estéticas, inchaço, dor e perda do olfato (anosmia) ou redução do olfato (hiposmia). Além disso, o desvio do septo nasal, hematoma no septo e sensação de crepitação óssea também são indicativos. Em casos mais graves, pode ser necessário realizar testes clínicos, como o teste do halo, para verificar a presença de rinoliquorreia (vazamento de líquido cefalorraquidiano) e, em seguida, confirmar o diagnóstico com exames específicos. A radiografia pósterio anterior de Waters e a radiografia de perfil de ossos próprios do nariz (Figura 16) são exames úteis para o diagnóstico, mas a tomografia computadorizada é mais indicada quando há suspeita de fraturas associadas, pois obtém-se maior precisão (Zenatti et al., 2022).



Figura 16 - Fratura do osso nasal (retirado de Vera, 2007)

→ Fratura Mandibular

A mandíbula é o único osso da face que possui mobilidade, enquanto os outros são parte do esqueleto fixo da face. A localização e o padrão de fratura na mandíbula são determinados pela força e direção da lesão. Além disso, outros fatores, como idade, presença ou ausência de dentes, patologias e características do agente causador, podem afetar o resultado da lesão. Em muitos casos, há mais de uma fratura, sendo estas em diferentes regiões da mandíbula, em média 50% dos casos apresentam múltiplas fraturas. As combinações mais comuns são ângulo e corpo contralateral, ângulo bilateral, corpo bilateral e côndilo e corpo contralateral (Camargo et al., 2012).

As fraturas mandibulares podem ser identificadas pelos sinais e sintomas que apresentam, como: dor, piora da dor ao mastigar, falar e até mesmo respirar, a alteração na oclusão dentária, a assimetria facial, retro posicionamento mandibular, mobilidade óssea no local da fratura, crepitação e a hiperatividade das glândulas salivares (Camargo et al., 2012).

Segundo o relato de caso descrito por Camargo et al. (2012), uma mulher negra, com 21 anos de idade, parcialmente desdentada, sofreu agressão física por meio de violência doméstica, sendo espancada pelo ex-marido. A paciente foi prontamente atendida no serviço de emergência do Hospital Real Português (RHP) na cidade de Recife/Brasil, apresentando trauma facial. O seu estado geral era regular, sem grandes

comprometimentos em outros órgãos.

O serviço de plantão de cirurgia Buco-Maxilo-Facial do RHP foi chamado para avaliar o caso, a paciente que se queixava de dores intensas na mandíbula ao falar. Depois de uma avaliação completa, não foi observada nenhuma deformidade facial clinicamente, mas foi notada uma alteração de oclusão durante o exame intraoral. Com base em exames clínicos, laboratoriais e tomográficos com cortes coronais, sagitais e reconstruções tridimensionais, foi constatado que havia uma fratura linear na região parassinfisária do lado direito da mandíbula. (figura 17 e 18).



Figura 17 - Em Acesso cirúrgico para visualização dos cotos fraturados, bem como das trepanações na zona neutra para instalação da pinça de redução (retirado de Camargo et al., 2012)



Figura 18 - Reposicionamento da fratura através de placas modeladas e posicionadas nas áreas de tensão e compressão, mantendo a redução previamente obtida com o auxílio da pinça (Retirado de Camargo et al., 2012)

Os estudos mais recentes têm evidenciado um aumento na incidência de violência interpessoal, o que sugere que essa seja a principal causa de traumas faciais. Portanto, faz-se necessário que os profissionais que atuam nesta área estejam familiarizados com

o correto diagnóstico, opções e indicações terapêuticas (Camargo et al., 2012).

→ Complexo Zigomático

As fraturas no Complexo Zigomático-Maxilar (CZM) são consideradas uma das fraturas faciais mais comuns devido à projeção dos ossos nessa região. Elas representam aproximadamente 25% de todas as fraturas faciais e geralmente são resultado de acidentes industriais, lesões esportivas e confrontos interpessoais (Figura 19). O zigoma desempenha um papel crucial na estrutura, função e estética do terço médio do rosto e da órbita (Rodrigues et al., 2022).

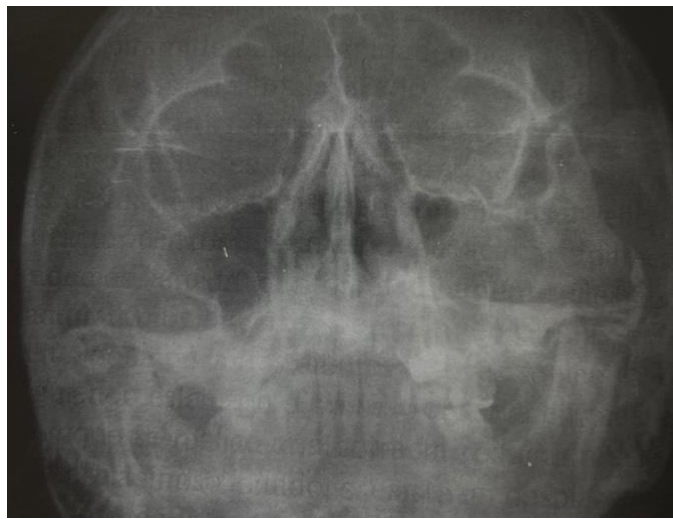


Figura 19 - Fratura zigomática (retirado de Vera, 2007)

As fraturas no CZM podem levar a complicações funcionais, como trismo (dificuldade de abrir a boca), diplopia (visão dupla) e sensações anormais, como parestesia, na pálpebra inferior, bochecha, nariz e lábio. Além disso, essas fraturas podem resultar em deformidades estéticas, como achatamento do zigoma, aumento do terço médio da face e desalinhamento do globo ocular. Outros sintomas comuns incluem equimoses periorbitárias (manchas roxas ao redor dos olhos), hemorragia subconjuntival, diminuição da sensibilidade na distribuição do nervo infraorbitário e alterações palpáveis na borda superior ou inferior da órbita. É importante realizar uma avaliação intra-oral minuciosa, especialmente em pacientes com edema grave, uma vez que a palpação pode ser dificultada nesses casos (Rodrigues et al., 2022).

O diagnóstico das fraturas no CZM deve ser complementado por exames oftalmológicos, para avaliar a função motora e nervosa do olho, a fim de detetar de forma mais rápida possíveis lesões óticas (Rodrigues et al., 2022).

3. Legislação portuguesa nos casos de violência doméstica

Nos dias atuais, há diversos países que possuem legislações específicas para combater a violência doméstica, incluindo Portugal, onde a violência no contexto familiar é considerada crime desde 1982 (Azevedo et al., 2011).

Essa medida representou uma conquista significativa, considerando que, ao longo de milênios, as práticas violentas contra mulheres no âmbito familiar eram toleradas e até mesmo consideradas fora da jurisdição do direito e do Estado. O sistema jurídico reconhecia apenas a intervenção legítima do Estado nas questões familiares quando estavam envolvidos direitos patrimoniais relacionados às relações familiares. Portanto, é notável a evolução na proteção dos direitos humanos e na promoção da igualdade de gênero em relação à violência doméstica (Azevedo et al., 2011).

A violência doméstica é considerada um crime público, permitindo que qualquer cidadão que testemunhe ou tome conhecimento de uma situação de violência doméstica possa denunciá-la. Essa medida tem como objetivo evitar que as vítimas desistam ou se retratem das acusações. No entanto, as vítimas têm a possibilidade de suspender temporariamente o processo por até 6 meses e, portanto, decidir posteriormente sobre o prosseguimento do processo judicial (Ferreira, 2021).

3.1. Código penal

Os decretos mencionados abaixo foram responsáveis por ampliar as possibilidades de aplicação das medidas de coação, principalmente através do uso de meios técnicos de controle à distância, bem como pela introdução do caráter de urgência na aplicação dessas estratégias. Portanto, esta abordagem foi considerada fundamental para as mulheres, assegurando uma proteção mais eficaz nas relações íntimas, tendo em vista

que muitas delas apresentam denúncia formal do agressor buscando alcançar, de imediato, um patamar de segurança. Portanto, ao atender a uma letra da lei mais coerente com a proteção das vítimas, esses decretos representaram um avanço significativo na batalha contra a violência doméstica (Azevedo et al., 2011).

A lei portuguesa de n.º 112/2009 (2009), publicada no diário da república eletrónico (DRE), tem como objetivo: “a presente lei estabelece o regime jurídico aplicável à prevenção da violência doméstica e à protecção e assistência das suas vítimas”.

O Decreto-Lei n.º 48/95 (1995), no artigo 152.º, define a violência doméstica como qualquer tipo de maus-tratos físicos ou psicológicos, incluindo privação de liberdade, ofensas sexuais, ou impedimento de acesso aos recursos económicos e patrimoniais próprios ou comuns. Isso se aplica a várias situações, como cônjuges, ex-cônjuges, pessoas com quem o agente teve ou tem uma relação amorosa, progenitores de descendentes comuns em primeiro grau, pessoas particularmente vulneráveis e menores. A pena para esse crime pode variar de um a dez anos de prisão, dependendo das circunstâncias. Em casos mais graves, como ofensa à integridade física grave ou morte, a pena pode chegar a até dez anos de prisão. Além disso, podem ser aplicadas penas acessórias, como a proibição de contato com a vítima e a obrigação de frequentar programas específicos de prevenção da violência doméstica.

Tabela 7 - Legislação Portuguesa (Adaptado de Dias, 2000)

Legislação portuguesa	
Código Penal	• Artigo n.º 152 – Violência doméstica • Artigo n.º 153 - Dos crimes contra a liberdade pessoal (Ameaça) • Artigo n.º 158 - Dos crimes contra a liberdade pessoal (Sequestro) • Artigo n.º 200 - Proibição de permanência, de ausência e de contactos

Os Artigos de n.º 153, 158 e 200 do Código Penal, embora não estejam exclusivamente relacionados ao crime de violência doméstica, são dispositivos legais que podem ser utilizados nesse âmbito. O Artigo n.º 153 se aplica aos crimes contra a liberdade pessoal, especificamente ameaças, enquanto o Artigo n.º 158 aborda o crime de sequestro. O Artigo n.º 200, por sua vez, pode ser utilizado para ordenar o

afastamento do agressor da residência, o que geralmente é necessário para garantir a segurança da vítima. Já o artigo de n.º 152 está todo voltado para a violência doméstica (Dias, 2000).

3.2. Reporte de Casos

A Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género (CIG) coloca à disposição dados oficiais que abrangem os últimos quatro anos das ocorrências de violência doméstica em Portugal (Coelho, 2023).

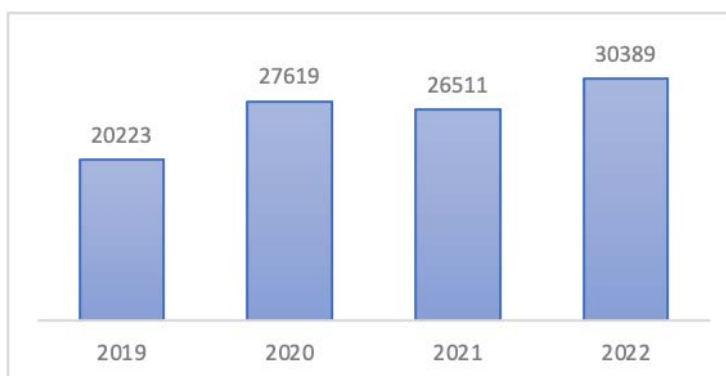


Figura 20 – Dados estatísticos dos números de denúncias de violência doméstica dos últimos 4 anos”
(Retirado de CIG, 2021)

Já de acordo com o relatório anual da APAV (2022), o objetivo principal deste relatório estatístico é analisar as informações obtidas das ocorrências de violência doméstica contra a mulher. Os resultados apresentados referem-se, aos últimos cinco anos, a todo o território nacional português e englobam os serviços de proximidade da APAV.

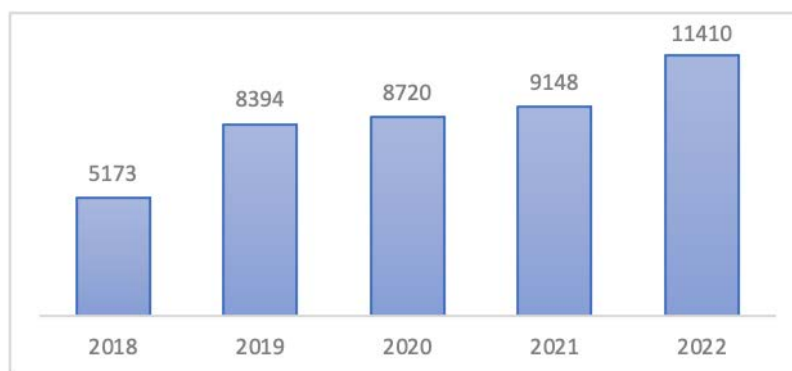


Figura 21 - Estatísticas da Violência contra a Mulher (APAV, 2022)

O reporte da violência é extremamente relevante, pois funciona como uma ferramenta poderosa para elevar o entendimento sobre este problema, e identificar suas características específicas em diferentes zonas do país (Almeida & Sotero, 2017).

Através deste reporte, é possível desenvolver estratégias eficazes de prevenção e combate à violência. Além disso, a notificação é necessária para garantir a proteção dos direitos das vítimas e promover a justiça e a equidade social (Almeida & Sotero, 2017).

3.3. Direito da Vítima

A Lei de n.º 61/91, foi criada como objetivo da proteção adequada às vítimas de violência, o que representou um avanço significativo no tratamento autônomo das vítimas. Posteriormente a isto, a Assembleia da República emitiu a resolução n.º 31/99, que propôs a regulamentação e execução das medidas previstas na referida lei (Dias, 2000).

Em 2021, foi aprovada uma portaria conjunta dos Ministros da Presidência e Administração Interna e Justiça, que define os modelos para comprovar o estatuto de vítima, vítima especialmente vulnerável e vítima de violência doméstica. Esses instrumentos foram criados como resultado de um trabalho multissetorial coordenado pelo Governo, por intermédio da área governativa da cidadania e da igualdade, em conformidade à Resolução de Conselho de Ministros de n.º 139/2019, de 19 de agosto, que prevê novas medidas para prevenção e combate a violência contra mulheres e a

violência no âmbito doméstico (Governo de Portugal ,2021).

A portaria aprovada apresenta três modelos de estatuto de vítima, variando de acordo com a natureza do delito sofrido: estatuto de vítima, estatuto de vítima especialmente vulnerável, incluindo especificidades para vítimas de crimes como violência doméstica, tráfico de pessoas e terrorismo, e o estatuto de vítima de violência doméstica em situações excepcionais, atribuído pela Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género. Através dos sistemas informáticos das autoridades e órgãos de polícia responsáveis pela atribuição, cada vítima receberá o estatuto correspondente à particularidade do seu caso.

Espera-se que esses modelos permitam que as vítimas compreendam melhor e tenham acesso seus direitos, bem como sejam mais capacitadas e protegidas (Governo de Portuga, 2021).

A Lei n.º 112/2009, medida em que estabelece um conjunto de direitos e medidas de proteção às vítimas de violência doméstica. Dentre as suas disposições, destacam-se: (Violência Doméstica direitos das vítimas,2009).

- 1) **Direito a informação:** A informação é fundamental para que a vítima possa participar adequadamente do processo e exercer seus direitos. Essas informações devem ser transmitidas de maneira clara e compreensível para a vítima. Além disso, a vítima de crime tem o direito de ser informada sobre seus direitos e o andamento do processo, exceto em situações em que o segredo de justiça o impeça. A autoridade responsável deve fornecer essas informações em cada fase do processo e o Ministério Público desempenha um papel especialmente importante nesse sentido (infovítimas, 2020).
- 2) **Direito de receber comprovativo de denúncia:** A vítima que formalizar uma denúncia ou queixa tem o direito a receber de maneira imediata, sem precisar de solicitação, um certificado de registo da denúncia. Este documento confirma a apresentação da denúncia e inclui uma descrição dos fatos essenciais do crime, como o tipo de ato sofrido, a data e local da ocorrência e os danos causados. Caso a vítima não tenha proficiência na língua portuguesa, ela tem o direito de

receber o certificado em sua língua ou em outra que possa compreender (infovitimas, 2020).

- 3) **Direito de ter acesso a serviços de apoio a vítima:** A vítima deve usufruir de serviços de apoio gratuitos e confidenciais em todas as fases do processo criminal, desde antes até depois do ocorrido. É garantido à vítima o direito de aceder a serviços de apoio, mesmo que não tenha formalizado a denúncia do crime (infovitimas, 2020).
- 4) **Direito a mediação:** A lei permite resolver alguns crimes menores através de mediação entre a vítima e o agressor, desde que este reconheça a prática do crime. O Ministério Público pode encaminhar o caso para mediação na fase de inquérito. O processo é gratuito, confidencial e voluntário, e tem como objetivo permitir a comunicação entre as partes com a ajuda de um mediador imparcial. Se chegarem a um acordo, o processo é arquivado; caso contrário, prossegue (infovitimas, 2020).
- 5) **Direito a compensação pela participação no processo e ao reembolso de despesas:** A vítima que testemunha no processo tem direito a ser compensada pelo tempo gasto e despesas feitas. A compensação pode ser solicitada por escrito usando um formulário disponível nos tribunais (infovitimas, 2020).
- 6) **Direito a indemnização:** Direto a ser indemnizada pelos danos sofridos em decorrência de um crime, sendo o autor do crime responsável por essa compensação. Em situações em que a vítima enfrenta dificuldades financeiras ou não pode receber a compensação do autor do crime, o Estado pode adiantar uma indemnização (infovitimas, 2020).
- 7) **Direito a proteção:** As vítimas e seus familiares possuem o direito de serem protegidos contra qualquer forma de intimidação, retaliação e continuação das atividades criminosas. Devem ser protegidos de ameaças à vida, integridade física, bem-estar emocional e dignidade durante o depoimento. Quando houver risco de ameaças graves ou perturbação intencional da segurança e privacidade, as autoridades devem garantir um nível adequado de proteção, sendo eles:

medidas de proteção, não contacto com o suspeito, privacidade, proteção a vítima e outras testemunhas em casos excepcionais (infovitimas, 2020).

Sendo assim, o tratamento das vítimas de violência requer um atendimento completo e humanizado, tendo em vista a necessidade de lidar com o impacto psicológico e físico. É fundamental fornecer um acompanhamento de duração estendida e o suporte de organizações governamentais e não governamentais para aprimorar a condição atual (Nascimento et al., 2022).

4. O papel do médico-dentista

O papel do médico dentista na detecção e no encaminhamento de casos de violência doméstica contra a mulher tem sido cada vez mais reconhecido. Devido as regiões da cabeça e pescoço serem frequentemente afetadas nestes casos, os médicos-dentistas encontram-se em uma posição privilegiada para detetar e identificar os sinais de violência nessas áreas. Uma vez que este profissional pode ser um dos primeiros a ter contato com a vítima, sobretudo nos serviços de atenção primária em saúde (Pires et al., 2023)

De maneira geral, compreende-se que a população nutre uma confiança e empatia pelo profissional da medicina-dentária, embora possa existir alguma apreensão relacionada aos procedimentos desta área. Contudo, a existência dessa confiança pode oferecer uma oportunidade para que esses profissionais sejam um dos primeiros a identificar e intervir em casos de violência doméstica (Ellis et al., 2019; Hegarty et al., 2020).

Para oferecer um atendimento adequado às mulheres, é importante que os médicos-dentistas tenham uma compreensão aprofundada das questões socioculturais que geram desigualdade de gênero e inferiorizam as mulheres. Desta forma, eles serão capazes de identificar a VCM como uma possível causa das injúrias que elas apresentam, além de ouvi-las e compreender a dimensão da violência sofrida (Soares et al., 2022).

Ressalta-se a importância que os MD tenham conhecimento do ciclo da violência doméstica contra a mulher, pois este tipo de agressão segue um padrão que deve ser observado. Como as mulheres, mesmo em situações de violência, tendem a procurar aos

serviços de saúde, é preciso, portanto, que os profissionais da saúde sejam capacitados para reconhecer os sinais e oferecer suporte adequado às vítimas, a fim de garantir sua segurança e bem-estar (Silva, 2019).

Diversos autores manifestaram a preocupação com a falta de profissionais treinados para avaliar as lesões maxilo-faciais e dentais. Locais como, hospitais, emergências, delegacias e institutos de perícia, deveriam estar preparados para realizar o atendimento a estas vítimas. Sugere-se a capacitação dos médicos-dentistas para atuarem em programas criados ou incorporados às instituições de referência no atendimento a essas mulheres (Soares et al., 2022).

A formação do cirurgião-dentista deve estar em consonância com as demandas sociais atuais. É essencial que os currículos de graduação abordem conteúdos relacionados aos principais problemas de saúde enfrentados pela população, como é o caso da violência intrafamiliar. Desse modo, os futuros profissionais estarão preparados para lidar com essa questão sensível e atuar de forma adequada junto às vítimas (Seraphim et al., 2014).

4.1. Sinais de Violência Doméstica na Consulta de Medicina Dentária

O médico-dentista faz parte e tem grande papel na equipa de medicina dentária, sendo fundamental a responsabilidade de compreender e reconhecer os diferentes sinais de abuso e negligência que podem ser apresentados pelos pacientes durante as consultas (Foster, 2019).

Embora a ocorrência de abuso doméstico possa variar amplamente de um caso para outro, sem seguir um padrão único ou apresentar sempre os mesmos sinais, é importante que sejam conhecidos e observados alguns indicadores que podem sugerir a existência de abuso. Portanto, é essencial estar atento a esses sinais (Foster, 2019).

Inicialmente faz-se necessário uma correta anamnese, de acordo com Colombo (Silva, 2019) os sintomas psicossomáticos devem ser observados durante a anamnese e estes podem indicar estresse pós-traumático, um transtorno psiquiátrico comum após violência, além de alterações psicológicas, como crises de pânico, medo, ansiedade,

depressão, entre outros. Todos estes fatores podem ser observados durante a consulta (Silva, 2019).

Analisa-se também o comportamento dos pacientes, como vestir roupas inadequadas para o clima, estar acompanhado a consultas sem motivo aparente e reações injustificadas a tratamentos odontológicos, estes podem sugerir a presença de violência doméstica (Foster, 2019).

Uma avaliação da cabeça e pescoço durante um exame odontológico pode ajudar na identificação dos sinais de agressão. As lesões mais comuns no crânio decorrentes de acidentes envolvem ossos como o parietal, occipital, frontal, nasal e a mandíbula anterior (queixo). É importante levar em consideração se as fraturas encontradas estão de acordo com a história clínica do paciente, sua idade, atividades e profissão (Ellis et al., 2019).

Os MD tendem a desempenhar um papel importante na identificação dos sinais presentes em pacientes que sofrem violência domiciliar, que podem não ser detetados por outras pessoas. Como estes profissionais examinam a cabeça, o pescoço e a boca, podem identificar lesões nestas regiões (Foster, 2019). Tais lesões podem incluir dentes ou mandíbula fraturados, avulsão dentária, lesões faciais, traumas na língua e nos lábios (Ramesh et al., 2011).

As vítimas também podem ser forçadas a ingerir líquidos, objetos quentes ou corrosivos que provocam queimaduras, úlceras ou cicatrizes na parte posterior do palato duro ou na mucosa jugal (Ellis et al., 2019). Portanto, é importante que o MD realize um exame rotineiro nas suas pacientes para detetar possíveis sinais o mais rápido possível (Ramesh et al., 2011).

Para auxiliar os médicos-dentistas na identificação dos sinais de violência doméstica, os profissionais podem contar com o uso de biomarcadores, uma ferramenta valiosa para a identificação de sinais biológicos que indicam a presença de funções orgânicas. Esses biomarcadores podem ser utilizados como indicadores de normalidade, patologias existentes ou até mesmo para avaliar a resposta a um determinado fármaco (Strimbu & Tavel, 2010).

Na área da medicina dentária, os biomarcadores orais são utilizados para auxiliar na

deteção de possíveis situações de violência doméstica, tais como lascas ou fraturas nas estruturas dentárias ou na cavidade oral. Esses sinais podem ser inconsistentes com os antecedentes pessoais do paciente e podem indicar suspeitas de atos violentos (Ellis et al., 2019).

Os sinais apresentados acima revelam a seriedade do problema e evidenciam a importância da habilidade dos médicos-dentistas em identificar tais casos. Considerando que o profissional tem papel fundamental em oferecer um atendimento integral e humanizado, diagnosticar, orientar, registrar, preencher corretamente os prontuários e encaminhar as pacientes para serviços especializados de assistência, além do tratamento das lesões presentes (Silva, 2019).

Portanto, é dever do MD ter um conhecimento aprofundado para identificar as formas de abuso violência e, assim, estar preparado para ajudar e proteger os pacientes que possam estar em situação de risco. Somente através de um comprometimento contínuo com a compreensão e reconhecimento desses sinais é possível garantir que os pacientes recebam a assistência e o cuidado necessários em caso de suspeita de violência (Foster, 2019).

4.2. Diretrizes para Atuação do Médico-Dentista

Existe uma tendência de encarar a violência doméstica como uma questão jurídica e legal. No entanto, como visto anteriormente, é fundamental reestruturar e mudar esta mentalidade, com o intuito de educar os profissionais e a população, para entender que a denúncia de casos de violência é responsabilidade de todos. Para identificar as situações de risco, os profissionais da saúde, em particular, estão em uma posição privilegiada, uma vez que têm uma relação próxima com seus pacientes (Ellis et al., 2019; Hegarty et al., 2020).

Na área da medicina dentária, é comum que muitos pacientes compareçam às consultas de rotina em intervalos semestrais ou anuais, ou até mesmo com frequência mensal durante tratamentos específicos. Essa rotina de visitas possibilita que os MD monitorem a saúde bucal dos pacientes de forma mais regular. Além disso, também pode ser uma oportunidade para que seja identificado sinais de agressão ou abuso, caso

haja suspeitas nesse sentido. O monitoramento frequente dos pacientes pode ser uma ferramenta importante na detecção precoce (Ellis et al., 2019; Perdigão et al., 2016).

Para realizar o atendimento de vítimas com suspeita de violência doméstica, é importante seguir algumas diretrizes. Em primeiro lugar, o médico-dentista não precisa ter receio de perguntar diretamente sobre a violência, pois muitas vítimas estão dispostas a falar sobre o assunto quando questionadas. É importante realizar esta conversa em particular, separando a vítima de qualquer pessoa que a acompanhe, onde o profissional deve observar a linguagem falada e não-falada da vítima, posicionar-se de maneira empática a fim de facilitar a comunicação e permitir que ela expresse seus sentimentos (Perdigão et al., 2016).

É importante seguir uma progressão lógica de questionamentos, começando com questões mais abrangentes e indiretas e avançando para perguntas mais específicas e diretas. A abordagem do tema da violência deve ser introduzida com cautela e de maneira franca, enfatizando que não há desculpa ou justificativa para tal comportamento. A linguagem empregada deve ser adequada ao paciente, levando em consideração sua idade, estágio de desenvolvimento e nível de compreensão (Perdigão et al., 2016).

Nas ocasiões que podem ser possíveis obter mais informações sobre a situação por meio de perguntas, os profissionais devem estar cientes de que uma resposta profissional adequada é essencial quando um paciente revela a violência (Foster, 2019).

Perdigão et al. (2016), exemplificou os tipos de perguntas de rastreio, são elas: “Existem conflitos familiares que estejam a preocupá-lo?”; “Tem tido problemas de relacionamento com o companheiro?”; “Sente-se segura na relação?”.

Ressalta-se que não se deve fazer nenhuma promessa a doente sobre o que acontecerá a seguir as respostas dadas por ela e também não se deve responder de maneira excessivamente emocional. Os profissionais devem ser claros e concisos em relação ao que estão a dizer ao indivíduo, ouvir com atenção e respeito, fazer anotações, se possível, e estar atento às suas palavras. A melhor prática é sempre discutir os próximos passos com a paciente e informá-la quais serão as ações a serem tomadas (Foster, 2019).

Faz-se necessário que o médico dentista consiga reconhecer as lesões maxilofaciais e

estabeleça um plano de tratamento de maneira adequada e rápida, visando diminuir a exposição da vítima. Salienta-se que as lesões na região de cabeça e pescoço podem causar alterações no sistema estomatognático, como dificuldade de mastigação e deglutição, debilidade na fala, paralisia facial ou limitação dos movimentos, assimetria facial, hiperatividade das glândulas salivares e crepitação (Pires et al., 2023).

É imprescindível que os profissionais de saúde estejam devidamente preparados para lidar com as solicitações de auxílio provenientes das vítimas de violência, demonstrando prontidão e sensibilidade no atendimento dessas demandas, sem rejeitá-las ou ignorá-las por receio de se envolverem ou piorarem a situação. É fundamental que sigam os protocolos recomendados e busquem orientação e apoio das instituições competentes para oferecer a melhor assistência às vítimas (Perdigão et al., 2016).

A OMS desenvolveu um fluxograma (figura 22) para indicar as "funções mínimas" que os profissionais de saúde devem seguir. De acordo com esse fluxograma, é importante que o profissional esteja constantemente vigilante em relação aos sinais e sintomas. Caso seja identificada qualquer suspeita, além de fornecer o tratamento necessário, é preciso que o profissional anote o que foi observado na história clínica do paciente. Sendo uma abordagem essencial para a detecção e prevenção de maus-tratos. Este processo deve ser realizado sem infringir os direitos e a privacidade do paciente (Ellis et al., 2019; Perdigão et al., 2016).

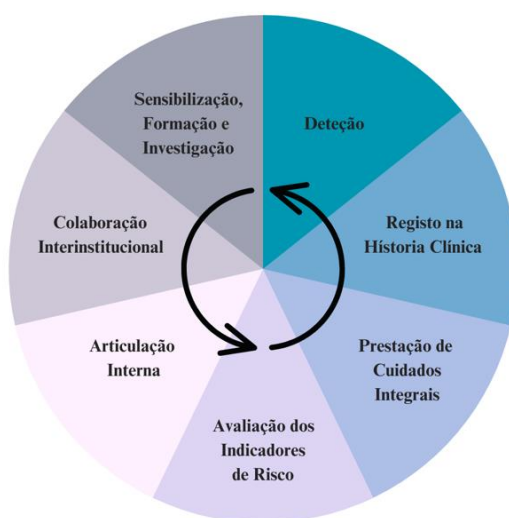


Figura 22 - Funções Mínimas para atuação dos profissionais de saúde em situações de detecção de violência (adaptado de Hegarty et al., 2020)

Portanto, cabe ao MD a responsabilidade de assegurar que seus pacientes se sintam ouvidos, respeitados e seguros, tendo em mente que o profissional está capacitado e treinado para apoiá-los em sua busca por ajuda (Foster, 2019). Além de garantir junto a vítima que será mantida a sua privacidade e a confidencialidade das informações que foram obtidas (Hegarty et al., 2020).

4.2.1. Rastrear

O rastreio da violência não é amplamente aceito pelas entidades científicas devido a preocupações sobre o equilíbrio entre riscos e benefícios. Não há evidências suficientes que comprovem os benefícios de incluir perguntas sobre violência e abuso na história clínica médica, e em algumas situações, agressores manipuladores podem recorrer à vitimização, culpando a vítima. Isso pode levar a que, em vez de abordar a vítima, o agressor seja abordado, colocando a vítima em maior risco (Perdigão et al., 2016; Teixeira et al., 2016).

Portanto, o rastreio da violência deve ser realizado com cuidado e respeitando o tempo da vítima, já que é um processo complexo que muitas vezes ocorre em silêncio e sem indicadores óbvios. A prevenção da violência é extremamente importante e, portanto, se houver algum sinal de alerta, um formulário de rotina cuidadoso deve ser criado para detectar e prevenir precocemente situações de abuso e maus-tratos. É importante lembrar que esse processo deve ser realizado sem infringir os direitos e a privacidade da vítima (O'Doherty et al., 2015; Perdigão et al., 2016).

A DGS fornece orientações para a realização desses rastreios de forma padronizada, garantindo que sigam os parâmetros adequados (Perdigão et al., 2016).

As questões sobre violência devem ser feitas regularmente, com empatia e sem julgamentos morais, em contexto de internamento, intervenção na comunidade ou ambulatorio. Deve-se garantir que o paciente esteja sozinho e seguro. O rastreio deve ser feito na primeira consulta, sempre que necessário, mas nunca colocando a utente em risco. É importante demonstrar preocupação e explicar o motivo das questões para motivar a vítima a denunciar qualquer situação de violência (O'Doherty et al., 2015; Perdigão et al., 2016).

Para obter ajuda sobre este assunto, é possível consultar o manual SARAR - Sinalizar, Apoiar, Registrar, Avaliar, Referenciar, disponível no site do "Sistema Integrado de Informação e Conhecimento".

4.2.2. Detetar e avaliar

Ao realizar o questionário, é importante prestar atenção a possíveis sinais que possam indicar situações de agressão. Esses sinais podem ajudar na avaliação da situação, mas é preciso considerar todos os indicadores em conjunto e não isoladamente (Ellis et al., 2019; Silva, 2019).

Durante a consulta, é importante observar indicadores físicos e comportamentais que possam apontar para a ocorrência de violência. A atitude da vítima, como tristeza e descuido pessoal, juntamente com um discurso de culpabilização, pode ser relevante. Além disso, a atitude do acompanhante também deve ser considerada, como excessiva preocupação ou despreocupação com a vítima, banalização dos fatos, insistência em permanecer na consulta ou comportamentos hostis (O'Doherty et al., 2015; Silva, 2019).

Se vários indicadores de violência doméstica ou abuso forem identificados, deve-se perguntar diretamente e com empatia a paciente se ela está sofrendo esse tipo de violência. Mesmo que a resposta seja negativa, a possibilidade de violência não deve ser descartada (Perdigão et al., 2016).

Ao constatar uma situação de violência doméstica, é de suma importância não culpabilizar a vítima e guiá-la na tomada de decisões apropriadas, alertando-a para os riscos envolvidos e garantindo confidencialidade. O profissional de saúde deve esclarecer o tipo de crime que será relatado às autoridades e evitar criticar a vítima ou impor decisões. Ressalta-se que o profissional não deve prescrever medicamentos após a consulta que possam comprometer a capacidade de reação da vítima, já que a mesma está em perigo iminente (Hegarty et al., 2020; Perdigão et al., 2016).

4.2.3. Hipótese de diagnóstico

Após a avaliação cuidadosa e fundamentada da situação, por meio da realização de exames e preenchimento dos formulários previamente descritos, deve-se proceder com a formulação de uma hipótese diagnóstica. Esse processo é essencial para a tomada de decisão sobre a estratégia a ser seguida no futuro, pois permite identificar com mais precisão a condição de saúde da paciente e determinar o melhor tratamento a ser aplicado (Perdigão et al., 2016).

A elaboração de uma hipótese diagnóstica pode envolver a análise dos resultados dos exames, a observação de sintomas e sinais físicos e a consideração de fatores de risco e antecedentes médicos do paciente. A partir da hipótese diagnóstica, é possível planejar ações específicas para tratar a condição de saúde do paciente, como prescrição de medicamentos, encaminhamento para especialistas ou adoção de medidas preventivas. Portanto, a elaboração de uma hipótese diagnóstica é uma etapa crucial no processo de cuidados de saúde, pois possui o potencial de impactar substancialmente a qualidade de vida do paciente (Perdigão et al., 2016).

Após a avaliação e fundamentação da situação, é de extrema importância verificar se a vítima constata a presença de violência e ratifica-se o entendimento de que estamos diante de um delito. Além disso, é necessário avaliar a existência de provas que possam suportar a acusação. Por fim, é fundamental apurar se a vítima está em situação de perigo iminente ou não (Perdigão et al., 2016).

4.2.4. Registrar

Registrar as ocorrências de violência é crucial não apenas como medida preventiva para evitar novas agressões, mas também como evidência em situações legais em tribunal. Além disso, esses registros podem ser úteis em estudos que visam compreender a relação entre violência e seu impacto na saúde das pessoas (Perdigão et al., 2016).

4.2.5. Atuar

Cada situação de violência doméstica e abuso é única e, portanto, as diretrizes mencionadas anteriormente devem ser adaptadas às características específicas dos envolvidos, levando em consideração a gravidade e as circunstâncias da ocorrência. Isso significa que cada estratégia de intervenção deve ser individualizada e personalizada, a fim de garantir a eficácia e a segurança da vítima e dos envolvidos (Hegarty et al., 2020).

Ao considerar a ação diante de situações de violência doméstica e abuso, existem três protocolos de atuação distintos que devem ser considerados (figura 23). Esses protocolos são baseados nas diferentes categorias de gravidade que a situação pode apresentar, sendo elas: suspeita de violência, risco de violência e perigo iminente. Cada um desses protocolos possui diretrizes específicas que devem ser seguidas pelo profissional de saúde responsável pela avaliação e intervenção na situação em questão. É importante enfatizar que a escolha do protocolo adequado dependerá das características individuais de cada caso e da gravidade da ocorrência (Hegarty et al., 2020).

Protocolo 1 – Suspeita

→ Quando a vítima não reconhece que está em situação de violência. Deve-se auxiliar a vítima a identificar a situação de violência e compreender que se trata de um problema, para permitir uma intervenção efetiva.

Protocolo 2 – Risco

→ Quando a vítima perceber, mas não reconhecer que está em uma situação de violência. Demonstrar para a vítima que ela será apoiada e esteja consciente da sua situação, de modo a iniciar as mudanças necessárias em sua vida que lhe permitam interromper o ciclo da violência.

Protocolo 3 – Perigo

→ Quando a vítima está em risco iminente de vida, de acordo com os indicadores de risco, deve-se garantir sua segurança e a segurança de seus dependentes, em situações de violência grave ocorridas ou com risco de ocorrer.

Figura 23 - Três Protocolos de Atuação dos Profissionais de Saúde (adaptado de DGS, 2022)

4.2.6. Sinalizar

É de crucial relevância assegurar que todos os registos de casos de violência doméstica sejam devidamente comunicados às instâncias competentes, como a Equipa para Prevenção da Violência em Adultos (EPVA) e a Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV). As instituições de suporte também atuam no gerenciamento de casos em que as vítimas necessitam de acompanhamento nos cuidados primários de saúde e nos estabelecimentos hospitalares. Como também, participam em projetos comunitários e garantem a comunicação entre as equipas de saúde envolvidas, estabelecendo mecanismos de colaboração entre as instituições para combater a violência interpessoal. (Despacho no 5656/2017, 2017).

Além disso as instituições de apoio desempenham um papel essencial durante todo o processo de apoio à vítima, tanto na fase de sinalização quanto no encaminhamento da vítima. É vital garantir a precisão das informações transmitidas pelos profissionais. A sinalização e intervenção das instituições requer uma repartição de responsabilidades na elaboração e intervenção da estratégia estabelecida, com boa articulação interna entre todas as partes envolvidas (Perdigão et al., 2016).

4.3. Notificação dos Casos de Violência Doméstica

Registrar os episódios de violência é uma ação vital não apenas para evitar novos ataques, mas também para utilizar tais incidentes como provas em procedimentos judiciais diante do tribunal. Estas notificações podem ser de grande valia em estudos que buscam compreender as implicações da violência na saúde do indivíduo. Ao possibilitar a análise epidemiológica do fenómeno e suas estatísticas, é possível desenvolver políticas públicas destinadas a prevenir o problema (Perdigão et al., 2016; Saliba et al., 2007).

No âmbito da assistência às vítimas de violência doméstica, os profissionais de saúde possuem a obrigação legal e ética de cumprir determinados deveres. É imprescindível que o profissional notifique, utilizando os códigos da CID-11, na ficha de notificação apropriada. Além disso, é fundamental que o MD não se limite a tratar apenas as consequências da agressão, mas atue de forma humanizada e integral. O acolhimento

adequado é essencial para estabelecer um vínculo entre a vítima e o serviço de saúde (Cantanhede et al., 2022).

A fim de permitir um melhor monitoramento e intervenção em casos de violência, a foi criado um sistema de registo para situações de risco de violência em adultos. Esse sistema, conhecido como “Sistema de Intervenção e Vigilância de situações de Violência no domínio da saúde”, visa melhorar A aplicação de estratégias de prevenção e intervenção em contextos de violência, especialmente para vítimas vulneráveis. O objetivo é contribuir para a atualização e harmonização dos dados oficiais relacionados a esse assunto, em conjunto com outras áreas governamentais (DGS, 2022).

Com o propósito de aprimorar a efetividade do monitoramento nacional da implementação da estratégia de prevenção e intervenção em situações de violência ao longo do ciclo de vida, o Programa Nacional de Prevenção da Violência no Ciclo de Vida (PNPVCV) desenvolveu um novo formulário de registo clínico de violência em adultos (RCVA), disponível no Registo de Saúde Eletrónico (RSE) em diversos níveis de atendimento em saúde. Tal iniciativa visa a digitalização dos registos relacionados ao atendimento de casos de violência interpessoal no âmbito da saúde, o RCVA tem como propósito auxiliar na adoção das boas práticas pelos profissionais de saúde, sendo destinado ao registo de qualquer forma de vitimização (suspeita ou confirmação) exercida contra pessoas adultas, independentemente de variáveis individuais. É importante ressaltar que qualquer profissional de saúde com acesso à RSE pode efetuar o registo do RCVA, independentemente da sua área profissional, tipo de cuidados e contextos de intervenção (Machado et al., 2020.).

Após ser devidamente preenchido e submetido, o formulário não poderá ser editado e ficará disponível apenas para consulta no histórico do utente e para impressão. Ressalta-se que não há limite para o número de vezes que um utente pode preencher o formulário (Machado et al., 2020).

É importante que os profissionais de saúde realizem uma adequada deteção e avaliação de situações de violência, a fim de compreender o verdadeiro motivo da consulta e garantir que o diagnóstico clínico seja baseado na situação de vitimização em vez de focar apenas nos sintomas relatados. O passo a passo correto deste registo clínico (anexo 2) promove o registo de dados coerentes e uniformes, permitindo uma melhor

comparabilidade dos dados (Machado et al., 2020).

Face a esta realidade, o médico dentista deve utilizar a notificação como uma ferramenta importante no combate e garantia dos direitos, não estando atento apenas no diagnóstico e tratamento clínico de casos confirmados, mas também em casos suspeitos, enfatizando que a notificação não é uma denúncia. Contudo, é crucial que o profissional informe a vítima sobre a importância da denúncia e dos serviços da rede de proteção social (Silva, 2019).

4.4. Motivos para Não Denúncia pelos Profissionais de Saúde

Os profissionais da área de medicina dentária enfrentam várias barreiras no combate à violência doméstica. Algumas dessas incluem: pacientes sendo acompanhados pelos agressores, falta de treinamento para identificar violência doméstica, falta de tempo para discutir o assunto, suposição de que o paciente não daria seguimento ao encaminhamento, crença de que a violência doméstica não é assunto deles e inexistência de obrigatoriedade de denúncia de abusos. Por outro lado, estudos com mulheres agredidas mostram que outros eventuais obstáculos incluem principalmente a carência de sensibilidade por parte dos profissionais de saúde, a preocupação das mulheres com o sigilo, o constrangimento e a humilhação em revelar relatos pessoais de vitimização (Ramesh et al., 2011).

Segundo Deslandes (citado por Saliba et al., 2007), os profissionais da área da saúde frequentemente minimizam a gravidade da violência doméstica, concentrando-se apenas nas lesões físicas e deixando de lado a prevenção e diagnóstico das causas subjacentes aos danos.

Se os profissionais da medicina dentária quiserem exercer uma função de importância na busca pela melhoria da qualidade de vida desses pacientes e contribuir para a superação dessa epidemia, precisam agir de forma significativa (Ramesh et al., 2011).

5. Resposta e prevenção a violência contra a mulher

Conforme a OMS (citado por Perdigão et al., 2016) as estratégias para prevenção da violência devem ser aplicadas em áreas específicas, levando em consideração as particularidades das regiões, das populações e dos contextos atuais.

No que diz respeito especificamente à violência doméstica, Camargo et al. (2001) (citado por Perdigão et al., 2016) apresentam compromissos e estratégias de prevenção considerando múltiplos níveis de intervenção, são eles:

1. Sociedade:

- Agir na transformação de crenças, tabus e valores culturais que envolvam os papéis de gênero e relações de poder na família;
- Promover novas concepções e modelos de poder mais inclusivos e igualitários
- Incentivar a adoção de atitudes e estratégias que promovam o respeito e a justiça na resolução de conflitos
- Estimular a legitimação dos interesses divergentes e o respeito como parte integrante do processo democrático
- Estimular a tolerância diante das divergências e o reconhecimento destes.

2. Comunidade:

- Fomentar a rejeição social e institucional da violência
- Valorizar o engajamento ativo da comunidade na resolução de forma não-violenta de conflitos
- Promover a capacitação e fortalecimento dos grupos em situação de vulnerabilidade
- Estabelecer metas e valores coletivos para a reversão da violência
- Promover a adesão e o respeito integral à legislação internacional de direitos humano
- Disponibilizar acesso a serviços apropriados e oferecer apoio institucional adequado às vítimas
- Punir os perpetradores e fornecer apoio efetivo às vítimas

3. Família/Indivíduo:

- Fomentar novos modelos que contribuam para romper com a repetição da violência no âmbito familiar;
- Desenvolver habilidades para lidar com conflitos sem violência;
- Encorajar comportamentos de flexibilidade e responsabilidade nas interações interpessoais familiares e afetivas;
- Estimular o aumento da autoestima e o fortalecimento das vítimas.

Considerando a extensão da violência contra as mulheres, o programa pós-Estocolmo da União Europeia na área de justiça e assuntos internos deve assegurar que a violência contra as mulheres seja reconhecida e abordada como uma violação dos direitos fundamentais no âmbito das respostas da União à criminalidade e às vítimas dessa violência. A diretiva da União Europeia relativa às vítimas é aplicável a todas as vítimas da criminalidade e inclui especificamente as vítimas da violência baseada no gênero, juntamente com outras vítimas vulneráveis, fornecendo uma base sólida para a adoção de respostas específicas pelos Estados-Membros, visando atender às necessidades das mulheres vítimas de violência em matéria de apoio à vítima e intervenção da justiça penal (Agência dos Direitos Fundamentais da União Europeia, 2014).

Para desenvolver políticas eficazes de combate à violência contra as mulheres, a União Europeia e os Estados-Membros devem basear-se em dados provenientes das experiências de violência relatadas pelas mulheres. É importante recolher dados sobre essas vivências, além dos dados administrativos e da justiça penal, que geralmente não captam grande parte da violência não relatada. Para isso, a União Europeia e os Estados-Membros devem promover e financiar pesquisas para obter informações sobre a extensão e da onde vem a violência contra as mulheres. Essas pesquisas podem ser realizadas periodicamente para avaliar a evolução ao longo do tempo (Agência dos Direitos Fundamentais da União Europeia, 2014).

Desta forma, o governo português apresentou um plano de ação para a prevenção e o combate à violência contra as mulheres e à violência doméstica (PAVMVD):

1. Prevenção: Eliminar a convivência social com a violência, ampliar a consciência sobre suas consequências e fomentar uma cultura baseada em não violência, direitos humanos, igualitária e com ausência de discriminação.
2. Apoio e proteção: Ampliar e fortalecer a intervenção para apoiar e proteger as vítimas de violência.
3. Intervenção com os agressores: promover uma cultura de responsabilidade e responsabilização junto aos agressores.
4. Capacitação de profissionais e serviços para intervenção: qualificar profissionais e serviços para melhor atender as vítimas de violência.
5. Monitoramento e avaliação das políticas públicas: investigar, monitorar e avaliar as políticas públicas relacionadas ao combate à violência contra as mulheres.
6. Prevenção e combate a práticas nocivas: Desenvolver esforços sólidos e abrangentes para prevenir e combater práticas tradicionais prejudiciais, como a mutilação genital feminina e os casamentos infantis, precoces e forçados (Diário da República, 2018).

Portugal é signatário de importantes instrumentos internacionais que buscam eliminar a discriminação contra as mulheres e promover seus direitos humanos, como a Convenção das Nações Unidas sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres (CEDAW) e a Convenção do Conselho da Europa para a Prevenção e o Combate à Violência contra as Mulheres e à Violência Doméstica (Convenção de Istambul) (Diário da República, 2018).

A CEDAW estabelece de maneira abrangente os direitos das mulheres em todas as esferas da vida, com ênfase na erradicação da discriminação contra as mulheres no exercício de seus direitos civis, culturais, econômicos e políticos sociais. Seu objetivo é alcançar a igualdade real entre homens e mulheres, fundamentada em três princípios fundamentais: não discriminação, responsabilidades dos Estados Partes e igualdade substancial (Diário da República, 2018).

A Recomendação Geral nº 35 do Comitê CEDAW, adotada em julho de 2017, afirma explicitamente que a violência contra as mulheres se constitui como um dos principais obstáculos à plena concretização da igualdade entre homens e mulheres, sendo uma expressão das desigualdades históricas nas relações de poder (Diário da República, 2018).

A Convenção de Istambul exige uma abordagem holística para prevenir e combater a violência contra mulheres e meninas. Ela reconhece que a violência contra as mulheres tem uma natureza estrutural e está intrinsecamente ligada à obrigação dos Estados Partes de garantir a igualdade substancial entre homens e mulheres em todas as esferas da vida. A Convenção abrange desde medidas preventivas até a proteção das vítimas em situação de risco, a punição dos perpetradores e a adoção de políticas integradas. Além disso, destaca o direito de viver livre de violência e a importância do empoderamento das mulheres (Diário da República, 2018).

Com o propósito de combater a violência e proteger as vítimas, os planos de ação visam abordar tanto a vulnerabilidade socioeconômica quanto a promoção de oportunidades de formação e emprego. Essas medidas têm como objetivo principal melhorar o acesso das vítimas aos serviços básicos, tais como saúde, habitação e justiça. Essas ações buscam atender às diversas necessidades das vítimas e proporcionar-lhes um suporte abrangente e eficaz (Duarte et al., 2019).

III. CONCLUSÃO

A violência doméstica perpetrada contra as mulheres é um problema de natureza severa, que afeta uma quantidade expressiva de indivíduos do sexo feminino em escala global. Nesse contexto, é de suma importância enfatizar o papel fundamental desempenhado pelo profissional da medicina dentária na identificação e encaminhamento apropriado das vítimas de violência doméstica.

A partir da revisão narrativa realizada, verificou-se que uma anamnese bem feita e os achados clínicos são essenciais para um correto diagnóstico. Diante disto, observa-se que a preparação dos profissionais de saúde para abordar de maneira efetiva essa problemática ainda se encontra aquém do necessário, o que pode resultar na subnotificação dos casos de violência doméstica.

Contudo, foram identificadas práticas e diretrizes que podem e devem ser adotadas pelo médico-dentista para melhorar a abordagem, identificação e notificação destes casos. Entre elas, destacam-se a capacitação do profissional para identificar sinais de violência, a criação de um ambiente acolhedor e livre de julgamentos para as pacientes e a sensibilização e conscientização dos demais profissionais da equipe de saúde acerca dessa temática revelam-se imprescindíveis, propiciando uma abordagem multidisciplinar completa.

Além disto, a importância da abordagem do médico-dentista não se limita apenas à identificação e notificação dos casos. Também é importante no encaminhamento das vítimas para serviços especializados e na prevenção da violência doméstica por meio de orientação e conscientização dos pacientes.

Destaca-se a relevância do tema abordado em diversos níveis de análise, permitindo que estudantes e futuros profissionais da medicina dentária estejam preparados para reconhecer precocemente as ocorrências de violência doméstica e agir de forma adequada.

Ao estarem capacitados e sensibilizados, os profissionais de saúde podem contribuir significativamente para o combate à violência doméstica, assegurando o acolhimento, o encaminhamento adequado e o suporte necessário às vítimas.

Portanto, é fundamental investir em capacitação e sensibilização, promovendo uma abordagem integrada e humanizada, capaz de promover a saúde, a segurança e a dignidade das mulheres que enfrentam essa forma de violência.

IV. BIBLIOGRAFIA

Agência dos Direitos Fundamentais da União Europeia, F. (2014). Violência contra as mulheres: um inquérito à escala da União Europeia. Síntese dos resultados. *European Union Agency For Fundamental Rights*. <https://doi.org/10.2811/61606>

Almeida, M., & Sotero, B. (2017). *Violência contra a mulher: uma análise das notificações compulsórias realizadas no estado do rio grande do sul, brasil, entre 2009-2017*, 1(1), 1-19

Andreasen, J., Andreasen, F., Bakland, L., Flores, M. (2000) *Manual de traumatismo dental*, Artes médicas: Porto Alegre.

Andreasen, J., Andreasen, F., Andersson, L. (2019) *Traumatic injuries to the teeth*, Wiley & Sons: Oxford.

APAV (2018) Relatório Anual. *Estatísticas APAV*. 1-21

APAV (2019) Relatório Anual. *Estatísticas APAV*. 1-21

APAV (2020) Relatório Anual. *Estatísticas APAV*. 1-21

APAV (2021) Relatório Anual. *Estatísticas APAV*. 1-21

APAV (2022) Relatório Anual. *Estatísticas APAV*. 1-21

Associação Portuguesa Apoio à Vítima. (2020) Violência Doméstica, APAV, 1-2. https://apav.pt/apav_v3/images/pdf/FI_VDomestica_2020.pdf

Azevedo, R., Souza, P., & Monteiro, A. (2011). Sistema Penal & Violência. *Revista Eletrônica da Faculdade de Direito*, 3(2), 1–12.

Barros, Í. R. V., Pereira, K. R., Santos, A. L. C. M., Vêras, J. G. T. de C., Padilha, E. M. F., Pereira, K. R., Lessa, S. V., & Lins, F. F. (2020). Traumatismos dentários: da etiologia ao prognóstico, tudo que o dentista precisa saber. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 45, e3187. <https://doi.org/10.25248/reas.e3187.2020>

Bazon, L.F.M. (2019). Diferenças entre equimoses e hematomas. *Servimed*, 1-5

Camargo, I. B., Oliveira, D. M., Fernandes, A. V., & Farias, E. M. (2012). Fratura parassinfisária em Mulher Vítima de Violência Doméstica: Relato de Caso. Em *Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac., Camaragibe* v, 12(1), 1-5

Cantanhede, L. G., Moreira, P. H. de A., Silva, D. de O. da, Feitosa, D. M. Z., Cardenas, A. F. M., & Siqueira, F. S. F. de. (2022). O papel do cirurgião-dentista com mulheres vítimas de violência doméstica: uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*, 11(2), e46511225837. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i2.25837>

Castro, T. L. de, Tinoco, R. L. R., Lima, L. N. C., Costa, L. R. da S., Franceschini Júnior, L., & Daruge Júnior, E. (2017). Violence against women: characteristics of head and neck injuries. *RGO - Revista Gaúcha de Odontologia*, 65(2), 100–108. <https://doi.org/10.1590/1981-863720170002000013245>

Castro, T. L. de, Tinoco, R. L. R., Lima, L. N. C., Costa, L. R. da S., Franceschini Júnior, L., & Daruge Júnior, E. (2017). Violence against women: characteristics of head and neck injuries. *RGO - Revista Gaúcha de Odontologia*, 65(2), 100–108. <https://doi.org/10.1590/1981-863720170002000013245>

Chaves, A. D. S., Guerra Lund, R., Martos, J., Salas, M. M. S., & Soares, M. R. P. S. (2018). Prevalência de traumatismos maxilofaciais causados por agressão ou violência física em mulheres adultas e os fatores associados: uma revisão de literatura. *Revista da Faculdade de Odontologia - UPF*, 23(1). <https://doi.org/10.5335/rfo.v23i1.8081>

Chiaperini, A., Luiz Bérnago, A., Aguiar Bregagnolo, L., Cinira Bregagnolo, J., Gonçalves De Carvalho Watanabe, M., & Henrique Alves Da Silva, R. (2008). *Correlações presentes entre danos bucomaxilofaciais e lesões corporais em mulheres: uma revisão de literatura* *Correlations present in maxillofacial and physical injuries in women: a literature review*, 13(2), 5-14

Cidreira, M. C. (2017). Cicatrizes da dor: as consequências da violência doméstica na saúde física da mulher. *Jornada internacional políticas públicas*, 1-12

CIG (2009) Violência Doméstica direitos das vítimas. <https://www.cig.gov.pt/wp-content/uploads/2020/12/GASC-Projeto-SER-IGUAL-acao-3.17.1-do-POISE.pdf>

- Coelho, E. B. S., Silva, A. C. L. G., & Lindner, S. R. (2014). Violência: definições e tipologias. *Atenção a homens e mulheres em situação de violência por parceiros íntimos*, 1-32.
- Coelho, L. (2023). Parecer sobre a Violência Doméstica. *Conselho económico e social*, 1-141
- CORSI, Jorge. *Modelos de intervención con hombres que ejercen violencia en la pareja*. Feminismo/s, Buenos Aires, 2005.
- Coulthard, P., Hutchison, I., Bell, J. A., Coulthard, I. D., & Kennedy, H. (2020). COVID-19, domestic violence and abuse, and urgent dental and oral and maxillofacial surgery care. *British dental journal*, 228(12), 923-926. <https://doi.org/10.1038/s41415-020-1709-1>
- Council of Europe. (2011). Convenção do Conselho da Europa para a Prevenção e o Combate à Violência Contra as Mulheres e a Violência Doméstica. *Conselho Europeu*, 1-20, www.coe.int/conventionviolence
- Dahlberg, L. L., & Krug, E. G. (2007). Violência: um problema global de saúde pública. *Ciênc. saúde coletiva*, 1(11), 1-16
- De Lucena, K. D. T., Deininger, L. de S. C., Coelho, H. F. C., Monteiro, A. C. C., Vianna, R. P. de T., & Do Nascimento, J. A. (2016). Analysis of the cycle of domestic violence against women. *Journal of Human Growth and Development*, 26(2), 139–146. <https://doi.org/10.7322/jhgd.119238>
- Decreto-Lei n.º 48/95 do Código Penal. (1995). *Diário da República: Série I-A, n.º 63/1995*. <https://dre.pt/dre/legislacao-consolidada/decreto-lei/1995-34437675>
- Despacho n.º 5656/2017 do Gabinete do Secretariado de Estado Adjunto e da Saúde. (2017). *Diário da República: Série II, n.º 5656/201 de 2017-06-28*. <https://dre.pt/home/-/dre/107584426/details/maximized>
- DGS (2022) Atuação em Situações de Violência em Adultos: Registo Clínico de Violência em Adultos - Registo de Saúde Eletrónico. *Direção-Geral da Saúde*.
- Diário da República, 1.a série—N.º 97—21 de maio de 2018. (2018). *Diário da República*, I(97), 2220–2245.

Dias, I. (2000). O espaço doméstico como lugar de violência inter-gêneros. *Universidade do Porto*, 103-106

Dias, I. S. (2000). A violência doméstica em Portugal: Contributos para a sua visibilidade. *Universidade do Porto*, 1-15

Direcção-Geral da Saúde (2014). *Violência Interpessoal - Abordagem, Diagnóstico e Intervenção nos Serviços de Saúde*. Disponível em <http://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/violencia-interpessoal-abordagem-diagnostico-e-intervencao-nos-servicos-de-saude-pdf.aspx>

Duarte, M., Oliveira, A., Coelho, L., Fernando, P., Monteiro, R., & Ferreira, V. (2019). Prevenção e combate a violência contra as mulheres nas entidades empregadoras, *CIG*, 1-98

Ellis, T. W., Brownstein, S., Beitchman, K., & Lifshitz, J. (2019). Restoring More than Smiles in Broken Homes: Dental and Oral Biomarkers of Brain Injury in Domestic Violence. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma*, 28(7), 838–847. <https://doi.org/10.1080/10926771.2019.1595803>

Ferreira Freitas, R., Fernandes, B., Freitas, T., Cantuária, V., Damasceno, R. F., & Lessa, A. (2015). Consequências físicas e psicológicas da violência doméstica para a saúde da mulher e para a vida escolar dos filhos. *Desenvolvimento social*, 1-14

Ferreira, J. (2021). Migrant Women Victims of Intimate Partner Violence and the Criminal Justice System in Portugal. *Journal of Interpersonal Violence*, 36(13–14), NP6767–NP6802. <https://doi.org/10.1177/0886260518820709>

Figueiró, A. P., Henzel, L. T., Posser, R. U., Da Silva, M. P., Da Rosa, T. S., & Costa, V. P. P. (2017). Prevalência de injúrias em tecidos moles em pacientes atendidos em um centro especializado no tratamento de traumatismos dentários. *Revista da Faculdade de Odontologia - UPF*, 21(3). <https://doi.org/10.5335/rfo.v21i3.6587>

Foster, M. (2019). Domestic abuse and dentistry: your duty of care. *BDJ Team*, 6(6), 18–20. <https://doi.org/10.1038/s41407-019-0103-9>

Gabriel, J. D. A., & Reis, T. A. (2022a). Traumas faciais como indicadores de violência doméstica contra mulheres. *Research, Society and Development*, 11(15), e23111536703.

<https://doi.org/10.33448/rsd-v11i15.36703>

Gabriel, J. D. A., & Reis, T. A. (2022b). Traumas faciais como indicadores de violência doméstica contra mulheres. *Research, Society and Development*, 11(15), e23111536703. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i15.36703>

Gedrat, D. C., Silveira, E. F. da, & Almeida Neto, H. de. (2020a). Perfil dos parceiros íntimos de violência doméstica: uma expressão da questão social brasileira. *Serviço Social & Sociedade*, 138, 342–358. <https://doi.org/10.1590/0101-6628.216>

Gedrat, D. C., Silveira, E. F. da, & Almeida Neto, H. de. (2020b). Perfil dos parceiros íntimos de violência doméstica: uma expressão da questão social brasileira. *Serviço Social & Sociedade*, 138, 342–358. <https://doi.org/10.1590/0101-6628.216>

Gleice, J., Nunes, M., Laissah, E., Ribeiro, F., Iron, M., Santos, G., & Martins, K. M. (2022). Lesões bucomaxilofaciais decorrentes de violência doméstica contra mulheres: uma revisão integrativa. *Revista brasileira de odontologia legal*, 9(3). <http://www.portalabol.com.br/rbol>

Governo de Portugal (2021). Governo publica novos modelos de atribuição do estatuto de vítima de violência doméstica, *República Portuguesa*.

Guerra, P. (2020). *Violência Doméstica - implicações sociológicas, psicológicas e jurídicas do fenómeno – Manual pluridisciplinar: Vol. 2.^a edição*. CIG: Porto

Hegarty, K., McKibbin, G., Hameed, M., Koziol-McLain, J., Feder, G., Tarzia, L., & Hooker, L. (2020). Health practitioners' readiness to address domestic violence and abuse: A qualitative meta-synthesis. *PloS one*, 15(6), e0234067. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0234067>

Holanda Da Fonseca, D., Ribeiro, G., Soares, N., & Leal, B. (2012). Violência doméstica contra a mulher: realidades e representações sociais domestic violence against women: realities and social representations. Em *Psicologia & Sociedade*, 24(2).

Infovitimas. (2020, February 19). Direito à Mediação. *Infovitimas*.

Infovitimas. (2020, February 19). Direito De Acesso A Serviços De Apoio à Vítima. *Infovitimas*.

Infovitimas. (2020, Fevereiro, 19). Direito A Compensação Pela Participação No Processo E Ao Reembolso De Despesas. *Infovitimas*

Infovitimas. (2020, Fevereiro, 19). Direito à Indemnização. *Infovitimas*.

Infovitimas. (2020, fevereiro,19). *Direito à Informação. Infovitimas*.

Infovitimas. (2020, Fevereiro,19). Direito De Receber Comprovativo De Denúncia *Infovitimas*.

Infovitimas. (2020, Fevereiro, 19). Direito à Proteção. *Infovitimas*.

Kumar, V., Abul K. ABBAS, Fausto, N., & Aster, J. C. (2010). *Pathologic Basis of Disease* (Egith). Saunders: London.

Lei n.º 112/2009 do Código Penal. (2009). *Diário da República: Série I, n.º 180/2009*.
<https://dre.pt/dre/detalhe/lei/112-2009-490247>

Lourenço, L. M., & Costa, D. P. (2020). Violência entre Parceiros Íntimos e as Implicações para a Saúde da Mulher. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, 13(1), 1–18.
<https://doi.org/10.36298/gerais2020130109>

Lund, R. G., Mânica, S., & Mânica, G. (2020). Collateral issues in times of covid-19: child abuse, domestic violence and femicide. *Revista Brasileira de Odontologia Legal, OMS*, 7(2), 54-69.
<https://doi.org/10.21117/rbol-v7n22020-318>

Casimiro, C. (2008). *Violências na conjugalidade: a questão da simetria do género. Análise Social*, 43 (3), 579-601.

Machado, D., Oliveira, D., Menezes, M. B., & Silva, M. (2020). *Registo Clínico de Violência em Adultos guia prático. DGS*, 1-28.

Manita, C., Ribeiro, C., & Peixoto, C. (2009). *Violencia Doméstica: Compreender para intervir*. 2, 7–64.

Marcondes, A., Rangel, I., & Viviane, S. (2010) Etiologia e incidência de traumas faciais relacionados à violência doméstica à mulher. *LEVS/Unesp-Marília*, 5, 118-124.

- Martins, G. B., Nobre, N. K. D. S., & Martins, M. das G. T. (2021). A Violência Doméstica Contra Mulheres: Contribuição da Terapia Cognitivo-Comportamental na Intervenção, *Revista de psicologia*, 15(54), 104–115. <https://doi.org/10.14295/online.v15i54.2951>
- Meneghel, S. N., & Portella, A. P. (2017). Feminicídios: Conceitos, tipos e cenários. *Ciencia e Saude Coletiva*, 22(9), 3077–3086. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017229.11412017>
- Nascimento, T., Maciel, J., Maluf, F., & Valle, L. (2022). A importância da atuação do cirurgião-dentista frente à violência contra a mulher: revisão de literatura. *Rev Bras Odontol Leg RBOL*, 9(2), 63–71. <http://www.portalabol.com.br/rbol>
- O' Doherty, L., Hegarty, K., Ramsay, J., Davidson, L. L., Feder, G., & Taft, A. (2015). *Screening women for intimate partner violence in healthcare settings. The Cochrane database of systematic reviews*, 2015(7), 1-82. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007007.pub3>
- Okabe, I., & Fonseca, R. M. G. S. (2009). Violência contra a mulher: contribuições e limitações do sistema de informação Violência contra a mulher: contribuições e limitações do sistema de informação. Em *Rev Esc Enferm USP*, 43(2). www.ee.usp.br/reeusp/
- Oliveira, A. C. J., Linn, G. L., Conci, R. A., Érnica, N. M., Garbin Junior, E. Á., Jandrey, V. J., Pavelski, M. D., & Griza, G. L. (2021). Tratamento incruento de fraturas nasais isoladas em adultos: uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*, 10(1), e12010111502. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i1.11502>
- Oliveira, L., Valle, L. S., Angélica Da Silva, M. A., Couto, J. N., Figueiredo, C., Machado, T., Bassi, A. P., & Ponzoni, D. (2017). Lesões traumáticas em tecidos moles: abrasão, contusão e laceração. *Arch Health Invest*, 6(5), 1 <https://doi.org/10.21270/archi.6i0.2289>
- Opas (2022). Versão final da nova Classificação Internacional de Doenças da OMS (CID-11). *OPAS*, 1
- Organização das Nações Unidas (2003). *Estratégias de combate à violência doméstica: manual de recurso*. Lisboa, *Direcção Geral da Saúde*.
- Perdigão, A., Menezes, B., Almeida, C., Machado, D., Silva, M. C., & Prazeres, V. (2016). Violência Interpessoal - Abordagem, Diagnóstico e Intervenção nos Serviços de Saúde: Vol. 2a edição., *DGS*, 1-268

Pires, G., Gomes, E., Duarte, A., & Macedo, A. (2012). Violência interpessoal em vulneráveis e mulheres: perfil das vítimas e diagnóstico pericial das lesões maxilomandibulares. *Oral Sciences*, 4(1), 10–17.

Pires, R., Amorim, A., Araújo, A., Passos, L. M., & Freitas, C. (2023). O papel do cirurgião-dentista frente às lesões orofaciais decorrentes de agressões domésticas. *Revista de Estudos Multidisciplinares*, 3(1), 1–14.

Por, E., Krug, E., Dahlberg, L., Mercy, J., Zwi, A., & Lozano, R. (2002). *Relatório mundial sobre violência e saúde*. <https://opas.org.br/wpcontent/uploads/2015/09/relatorio-mundial-violencia-saude-1.pdf>

Ramesh, A., Ganda, K., Ganguly, R., & Ramesh, N. (2011). Dentistry: The first line of defense against domestic. *Journal of the Massachusetts Dental Society*, 60(3).

Rodrigues, M. C., Carneiro, G. K. M., Franco, A. G., Albuquerque, I. F. de S. A., Freitas, D. da P., Machado, J. D. de F., Silva, M. N. S., Carneiro, K. H. da S., Moreira, A. M., & Ribeiro, A. P. da C. (2022). Fraturas do Complexo Zigomático: Uma revisão da literatura. *Research, Society and Development*, 11(6), e24511629134. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i6.29134>

Saliba, O., Garbin, C., Garbin, A., & Dossi, A. P. (2007). Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. *Rev Saúde Pública*, 41(3), 472–479. <http://www.planalto.gov>.

Seraphim, A., Garbin, C., & Garbin, A. (2014). O distanciamento entre a formação e a prática profissional. *Revista Odontológica de Araçatuba*, 1, 14–17.

Silva, E. (2019). A odontologia e a violência doméstica contra mulheres: diagnóstico e conduta. *Scire Salutis*, 9(3), 22–32. <https://doi.org/10.6008/cbpc2236-9600.2019.003.0004>

Silva, E. T. C. da, Vasconcelos, M. G., & Vasconcelos, R. G. (2021). Traumatismo Dento-Alveolar: Lesões aos Tecidos de Sustentação (Luxações). *ARCHIVES OF health investigation*, 11(1), 50–57. <https://doi.org/10.21270/archi.v11i1.5376>

Silva, S. de A., de Lucena, K. D. T., Deininger, L. de S. C., Coelho, H. F. C., Vianna, R. P. de T., & dos Anjos, U. U. (2015). Analysis of domestic violence on women's health. *Journal of Human Growth and Development*, 25(2), 182–186. <https://doi.org/10.7322/jhgd.103009>

Soares, Y. de O., Veiga, P., & Ferraz, C. C. R. (2022). Integralidade do atendimento odontológico à mulher em situação de violência. *Revista da ABENO*, 22(2), 1720. <https://doi.org/10.30979/revabeno.v22i2.1720>

Souza, M. B., Dos, M., Silva, S., & Silva De Abreu, G. (2017). Violência Doméstica entre Parceiros Íntimos: Questões Culturais e Sociais acerca dos Homens Autores de Violência. *Id on Line*, 11(38). <http://idonline.emnuvens.com.br/id>

Strimbu, K., & Tavel, J. A. (2010). What are biomarkers? Em *Current Opinion in HIV and AIDS*, 5(6), 463–466. <https://doi.org/10.1097/COH.0b013e32833ed177>

Tartari, L., & Rezende, M. M. (2006). Violências: lembrando alguns conceitos. *Aletheia*, 24, 95-104. <http://www.bireme.br/>,

Teixeira, I., Pama, M., & Sanches, A. (2016). Should family doctors screen women for intimate partner violence? An Evidence-Based Review. *Wonca*. 1-34, <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.26544.17926>

Vera, J. L. (2007) *Manual de traumatologia facial*, Ripano: Madrid

Victor, P., Lopes, L., & Leite, F. (2013). *Atendimento a homens autores de violência doméstica: desafios à política pública*. 1ª Edição ISER: Rio de Janeiro

Vieira, A., Segundo, L., Gomes, D., Gondim, A., & Caubi, A. F. (2007). Tratamento dos ferimentos faciais. *Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-fac*, 7(1), 9–16.

World Health Organization. (2021). Violence against women, WHO. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>

Associação Portuguesa Apoio à Vítima. (2012). Tipos de Violência. APAV. <https://apav.pt/vd/index.php/vd/tipos-de-violencia>

Zenatti, R., dos Santos, J. F. de O., Silva, M. P., Vidor, N. D., Júnior, E. Álvaro G., Érnica, N. M., Griza, G. L., & Conci, R. A. (2022). Tratamento de fratura dos ossos próprios do nariz sob anestesia local com a técnica da redução fechada: relato de caso. *Brazilian Journal of Health Review*, 5(1), 3215–3224. <https://doi.org/10.34119/bjhrv5n1-280>

ANEXOS

Anexo 1 - Autorização para uso de imagem



Carolina Sá

Para: delcastillo6@hotmail.com >

20:02

permiso para utilizar imagenes.

Estimado autor J. L. Castillo,
Espero que esta carta le encuentre bien.

Mi nombre es Carolina, soy alumna del máster integrado en Medicina Dental del Instituto Universitario Egas Moniz, en Portugal. Actualmente, me encuentro en la etapa final de mi tesis de fin de curso.

Durante mi investigación sobre el tema, me topé con su destacado libro "Manual de Traumatología Facial". Me gustaría expresar mi admiración por su trabajo y la relevancia de la información contenida en esta obra.

En este sentido, me dirijo a usted con la amabilidad de solicitarle su permiso para utilizar algunas imágenes presentes en su libro, las cuales resultan de suma importancia para el desarrollo de mi tesis.

Me comprometo a proporcionar los créditos correspondientes en mi tesis, citando adecuadamente las fuentes de donde se obtuvieron las imágenes, asegurando así la integridad y el reconocimiento de su trabajo.

Agradezco de antemano su consideración y disposición para evaluar mi solicitud.

Atentamente,
Carolina
Alumna del Máster Integrado en Medicina Dental
Instituto Universitario Egas Moniz
Portugal

Registro Clínico de Violência em Adultos

1 **Padrões de Violência Interpessoal** > 2 **Identificação da Violência** > 3 **Identificação de Fatores de Risco** > 4 **Avaliação da Situação de Risco** > 5 **Plano de Intervenção**

Resultado do Rastreamento:

Violência* ¹

☐ Passada ☐ Presente

[+ Leia Protocolo Geral de Atuação](#)
 Para mais informação consultar o [site da DSS](#)

AVANÇAR

Adaptado de: RBS, CF, JP

Registro Clínico de Violência em Adultos

1 Histórico de atendimento e diagnóstico > 2 **Identificação da vítima** > 3 Identificação do agressor(a) > 4 Avaliação de risco e situação > 5 Plano de intervenção

Dados Pessoais

Nome Completo: CPF: Idade: Data de Nascimento: Sexo: Estado Civil:

Morada: Localidade:

E-mail: Contato telefônico:

Nacionalidade: Nacionalidade: Habitação: Situação Habitacional:

Agregado Familiar

Existem crianças no agregado familiar? Nº de crianças:

Tem pessoas idosas?

RAÇA/ETNIA/COR: Observações:

GRUP: Observações:

Idioma Familiar e Minorias: Observações:

Nome: Data de Nascimento: Parentesco: [Adicionar Familiar](#)

Situação de Vulnerabilidade

☐ Grávida ☐ Dependente (física/mentalmente) ☐ Dependente economicamente da(s) pessoa(s) agressor(a) ☐ Migrante ☐ Refugiada

Antecedentes Pessoais

☐ Histórico de violência na infância ☐ Patologia psiquiátrica ☐ Outras experiências de violência (outros/as agressores/as)

☐ Abuso de substâncias

Identificação do Terceira Pessoa Produtora de Informação

Nome Completo:

Morada: Localidade:

E-mail: Contato telefônico:

Relação com a vítima:

Registro Clínico de Violência em Adultos

1. Anamnese e História Clínica > 2. Exame Físico > 3. Identificação de Presumível Pessoa Agressora > 4. Avaliação de Risco > 5. Plano de Tratamento

Identificação de Presumível Pessoa Agressora

Nome Completo: Idade: Sexo: Estado Civil:

Unidade: Endereço:

Profissão: Ocupação:

Nacionalidade: Nacionalidade: Instrução: Situação Profissional:

Relação com a vítima: Ocupação com a vítima:

Registro Clínico da Violência em Adultos

1. **Formulário de Identificação da Pessoa** > 2. **Identificação da Violência** > 3. **Identificação da Condição da Pessoa e do Ambiente** > 4. **Avaliação da Situação de Violência** > 5. **Plano de Intervenção**

Avaliação da situação de violência

Tipologia/natureza*

☐ Física ☐ Psicológica ☐ Sexual (abusos/estupro) ☐ Sexual (coação) ☐ Negligência / privação ☐ Autodifesa ☐ Evolucionária

Situação específica **Frequência**

[Adicionar Situação Específica](#)

Descrição dos fatos que motivam a assistência

Descrição do episódio de violência **Data** **Local**

[Adicionar Episódio](#)

Procedimentos no Exame Físico:

☐ Fotodocumentação ☐ Colheita vestígios ☐ Colheita peças de vestuário ou outros ☐ Colheita amostras biológicas

Indicadores de Risco

1 - Presença de indicadores de RISCO, avaliado em conjunto com a vítima*

☐ Ameaça ou uso de armas ☐ Manutenção de crimes extremos, controle obsessivo da atividade diária

☐ Ameaça ou tentativa de homicídio à vítima ou figuras significativas ☐ Morbidade psiquiátrica/psicopatológica na agressora

☐ Ameaças ou tentativa de suicídio por parte da vítima ☐ Atitudes extremas de dominação e poder

☐ Maus tratos a crianças e jovens ou outros membros da família ☐ Agravamento das estratégias de isolamento

☐ Lesões graves em incidentes anteriores ☐ Consumo de álcool ou outras substâncias por parte da agressora

☐ Ameaça ou abandono da relação por parte da vítima (conflito, separação/divórcio) ☐ Comportamento violento generalizado a outros contatos

☐ Ameaças ou ações/perseguições incluindo em caso de separação ☐ Denúncia ou ausência de denúncia por parte da agressora

☐ Escalada da gravidade, intensidade e frequência da violência ☐ Histórico de crimes da agressora

☐ Episódios de violência durante a gravidez ☐ Violação de ordem judicial pela agressora (liberdade condicional, medidas de segurança)

☐ Prática de sexo forçado com a vítima (incluindo situação de conjugalidade) ☐ Nenhuma das opções se verifica

2 - Resposta positiva da vítima aos itens do protocolo de perigo**

☐ Sentimento de insegurança

☐ Recusa em voltar para casa / contato com crimes e situação de violência

☐ Existência de perigo para os filhos

☐ Presença da agressora em localização próxima

☐ Desconhecimento da situação por familiares e/ou amigos

☐ Falta apoio da rede de suporte familiar ou social

☐ Nenhuma das opções se verifica

3 - Diagnóstico de PERIGO IMINENTE (possibilidade de sofrer um episódio intenso de violência com perigo para vida da vítima e/ou das suas figuras significativas), fundamentado na entrevista, percepção da vítima, avaliação psicossocial e exame físico

☐

☐ [Link Avaliação da Situação Violenta](#)

[Checklist Exame Físico aqui](#)

[Declaração de Consentimento aqui](#)

[Formulário de Cadastro Curriculo aqui](#)

[Para mais informação consultar o site da DGS](#)

[VOLTAR](#) [AVANÇAR](#)

Adaptado de: FROLOP, P.

Registo Clínico de Violência em Adultos

1 Início do Processo Interpessoal > 2 Identificação da Vítima > 3 Identificação do Perpetrador (Processo Subsequente) > 4 Avaliação do Impacto da Violência > 5 Plano de Intervenção

Protocolo associado*

Protocolo*

Elaboração/deponibilização de Plano de segurança à vítima*

Denúncia de crime pelo/a profissional*

Denúncia de crime inferior

Articulação interna

☐ Enfermagem

☐ Medicina

☐ Serviço Social

☐ Psicologia

☐ Serviço Jurídico

☐ Internamento

Articulação com outras entidades

☐ Linha de Emergência Social - 144

☐ Gabinete Médico-Legal

☐ Forças de Segurança

☐ Ministério Público

☐ Comissão de Proteção de Crianças e Jovens

☐ Setor de Assessoria Técnica aos Tribunais - Família e Menores

☐ Centro de Contacto SNS 24 - 808 24 24 24

☐ Serviço de Informação às Vítimas de Violência Doméstica - 800 702 146

☐ Alojamento de Emergência/Casas de Abrigo

Consulta: Guia de Recursos Violência Doméstica
<http://www.guia.dnae.minim.pt/dg-grv-jh/>

☐ Contatos EME

Articulação externa

Equipa de Prevenção de Violência em Adultos (EPVA)

Sinalização*

Consultoria*

Intervenção*

Núcleo (Hospitalar) de Apoio à Criança e Jovens em Risco (NACJR)

Sinalização*

Consultoria*

Intervenção*

☐ Link Informação

Para mais informação consultar o [site da DCS](#)

VOLTAR

SUBMITIR

Adaptado de: PALCE-IP

Anexo 3 – Autorização para uso de imagem

**Carolina**

27 de abril de 2023, 21:17

Autorização de imagem para Tese

Para: igorbcamargo@gmail.com

Boa tarde,

Espero que encontre-se bem, sou aluna do Instituto Universitário Egas Moniz, em Portugal, estou a realizar minha tese de conclusão do mestrado, cujo o tema é "Abordagem do médico-dentista nos casos de violência doméstica contra a mulher".

Venho através deste pedir autorização para utilizar uma imagem que apresenta fratura na região mandibular presente no seu artigo de nome **"Fratura parassinfisária em Mulher Vítima de Violência Doméstica: Relato de Caso"**.

A mesma será devidamente referenciadas pelas normas da APA 7.

Desde já agradeço a atenção e disponibilidade.

Cumprimentos,

Carolina Sá.

**Igor B Camargo**

27 de abril de 2023, 23:51

Re: Autorização de imagem para Tese

Para: Carolina

Olá Carolina

Parabéns pela iniciativa de fazer o mestrado e por estar na fase de conclusão e confecção da dissertação!

Pode utilizar!

Sem problemas

Gostaria de, se possível, receber uma cópia de seu trabalho em que surge a referência do nosso trabalho

Atenciosamente

Igor Camargo

Anexo 4 - Autorização para uso de imagem



Patrícia da Rosa Mendes

20:37

Para: Carolina Cc: DireitosAutorais >

RES: Autorização para uso de imagens _Manual de Traumatismo Dental" J. O. Andreassen, F. M. Andreassen, L. K. Bakland e M. T. Flores.

Boa Tarde, Carolina,

De acordo com a lei de direitos autorais vigente no Brasil nº 9610/98, citações estão autorizadas desde que estas sejam feitas dentro de ambientes acadêmicos, veiculados em qualquer formato (impresso, eletrônico, verbal, etc.) e desde que estas não sejam incluídas em contexto que lhes cause escárnio, embaraço, degradação moral/ética, ou que de qualquer forma lhe seja prejudicial.

De modo geral as citações podem ser autorizadas e é condição sine qua non a menção dos créditos da fonte.

Anexo 5 - Autorização para uso de imagem



Número do pedido: 1363031

Data do pedido: 07 de junho de 2023

Informações de pagamento

Carolina Sá
carolinacarvalho3@hotmail.com
Método de pagamento: Fatura

Endereço de cobrança:
Senhorita Carolina Sá
Instituto Universitário Egas Moniz
Rua Bernardino Machado 155
Lisboa, 2785-092
Portugal
+351 914316489
carolinacarvalho3@hotmail.com

Localização do Cliente:
Senhorita Carolina Sá
Instituto Universitário Egas Moniz
Rua Bernardino Machado 155
Lisboa, 2785-092
Portugal

Detalhes do pedido

1. Livro didático e Atlas de Cores de Lesões Traumáticas nos Dentes

Status de cobrança:
abrir

Licença do Pedido
ID1363031
-1
Detalhes do pedido
Status
Concluído
ISBN-
139781119167051

Tipo de Uso: Replicar

em uma
tese/dissertação

Editora: Wiley

Porção: Imagem

/foto/ilustração

0,00 EUR

Permissão de Republicação

LICENSED CONTENT

Publication Title	Textbook and Color Atlas of Traumatic Injuries to the Teeth	Country	United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland
Author/Editor	Andreasen, Jens O., Andreasen, Frances M., Andersson, Lars	Rightsholder	John Wiley & Sons - Books
Date	12/17/2018	Publication Type	Book
Language	English		

REQUEST DETAILS

Portion Type	Image/photo/illustration	Distribution	Other territories and/or countries
Number of Images / Photos / Illustrations	3	Enter Territories/Countries	Portugal
Format (select all that apply)	Print, Electronic	Translation	Original language plus one translation
Who Will Republish the Content?	Academic institution	Copies for the Disabled?	No
Duration of Use	Life of current edition	Minor Editing Privileges?	No
Lifetime Unit Quantity	Up to 499	Incidental Promotional Use?	No
Rights Requested	Main product	Currency	EUR