



TRAUMAS DE FACE

E VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

Luciana Moraes Studart-Pereira
[ORGANIZAÇÃO]


Editora
UFPE

TRAUMAS DE FACE

E VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

Luciana Moraes Studart-Pereira
ORGANIZAÇÃO



Editora
UFPE

RECIFE
2024

Universidade Federal de Pernambuco

Reitor: Alfredo Macedo Gomes

Vice-Reitor: Moacyr Cunha de Araújo Filho



Editora UFPE

Diretor: Junot Cornélio Matos

Vice-Diretor: Diogo Cesar Fernandes

Editor: Artur Almeida de Ataíde

Conselho Editorial (Coned)

Alex Sandro Gomes

Carlos Newton Júnior

Eleta de Carvalho Freire

Margarida de Castro Antunes

Marília de Azambuja Machel

Editoração

Revisão de texto: Jamilyl Ferreira Ribeiro da Silva

Projeto gráfico: Pedro Henrique Gomes

Imagens da capa: Roksolana Zasiadko e Wojciech Pacześ, via Unsplash

Catálogo na fonte

Biblioteca Kalina Ligia França da Silva, CRB4-1408

T777 Traumas de face e violência doméstica [recurso eletrônico] / organização :
Luciana Moraes Studart-Pereira. – Recife : Ed. UFPE, 2024.

Vários autores.

Inclui referências.

ISBN 978-65-5962-201-6 (online)

1. Violência familiar – Aspectos da saúde. 2. Violência contra as mulheres – Brasil. 3. Face – Ferimentos e lesões – Tratamento – Odontologia. 4. Face – Ferimentos e lesões – Fonoaudiologia. 5. Violência familiar – Aspectos psicológicos. I. Pereira, Luciana Moraes Studart (Org).

362.88082

CDD (23.ed.)

UFPE (BC2024-002)

Esta obra está licenciada sob uma Licença Creative Commons
Atribuição-NãoComercial-SemDerivações 4.0 Internacional.



SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO	6
	PREFÁCIO	8
1	GÊNERO E DIREITOS HUMANOS: preliminares de uma leitura jurídica sobre os direitos humanos das mulheres em situação de violência no Brasil <i>Regina Célia A. S. Barbosa</i>	10
2	VIOLÊNCIA E SAÚDE: uma conjunção posta em questão <i>Suely Emília de Barros Santos</i>	65
3	TRAUMA DE FACE: abordagem bucomaxilofacial <i>Ricardo José de Holanda Vasconcellos</i>	77
4	IMPACTOS DOS TRAUMAS DE FACE PARA AS FUNÇÕES OROFACIAIS <i>Melissa Picinato-Pirola</i>	105
5	ABORDAGEM FONOAUDIOLÓGICA NOS TRAUMAS FACIAIS <i>Luciana Vitaliano Voi Trawitzki</i>	111

6	TRAUMAS FACIAIS E SAÚDE MENTAL	116
	<i>Jullyane Chagas Barboza Brasilino</i>	
7	A IMPORTÂNCIA DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR NA ASSISTÊNCIA A PESSOAS COM TRAUMATISMOS FACIAIS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA	124
	<i>Maria Carolina Ferreira de Melo Luciana Moraes Studart-Pereira</i>	
	SOBRE AS AUTORAS E OS AUTORES	139

APRESENTAÇÃO

Este livro compila experiências de profissionais de várias áreas envolvidas no acolhimento e na assistência às pessoas que sofreram violência doméstica. Com foco nas consequências físicas e emocionais geradas pelas injúrias na região da face, os autores abordam aspectos específicos, como os relacionados às limitações das funções orofaciais, e gerais, como os impactos emocionais e sociais que envolvem o trauma e a violência doméstica. 6

A obra é o produto do *I Webinar On-line: Traumas de face e violência doméstica: impactos para funções orofaciais e qualidade de vida*, que foi um evento promovido pelo grupo de extensão universitária Craniomandibular Inter (UFPE) e teve o objetivo de promover um panorama sobre o trauma de face oriundo de agressões domiciliares por meio de um diálogo multidisciplinar, considerando o aumento da violência doméstica durante a pandemia da Covid-19.

O primeiro capítulo é um convite ao cenário das mulheres em situação de violência. Em meio a depoimentos e histórias, o leitor já se apercebe da complexidade e da importância do tema. O segundo capítulo traz a perspectiva da saúde no contexto da violência. Na sequência, é apresentado o panorama do traumatismo

facial em situação de violência, descrevendo-se as principais características anatômicas e princípios de avaliação e tratamento do ponto de vista bucomaxilofacial. Os capítulos quatro e cinco abordam as implicações miofuncionais orofaciais dos traumas de face, bem como as indicações fonoaudiológicas nesses casos. O sexto capítulo discute as implicações da violência na saúde mental. Por fim, o último capítulo aborda a importância da integração da equipe multidisciplinar no acolhimento a vítimas com traumatismos faciais em situação de violência doméstica.

7

Minha gratidão a todos os colaboradores deste livro que, de forma primorosa, compartilharam suas experiências. Agradeço à querida Dra. Mirella Bezerra Rodrigues Vilela, companheira de docência e amiga que, além de ser incentivadora do projeto desde a sua concepção, nos brindou com o prefácio.

Por fim, agradeço ao Departamento de Fonoaudiologia, à Pró-Reitoria de Extensão e Cultura (Proexc), e à Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) pelo apoio institucional.

Desejo uma ótima leitura a todos!

Luciana Moraes Studart-Pereira

Foi com muita honra que recebi o convite para escrever o prefácio desta obra, cuja temática é de grande contribuição para as ciências da saúde, para as ciências sociais e, por que não, para a vida em sociedade.

Assim como já anunciado na apresentação, este livro nasceu como uma ideia durante I *Webinar On-line* denominado “Traumas de face e violência doméstica: impactos para funções orofaciais e qualidade de vida”, que de tão ricas discussões não poderia findar ali. A Dra. Luciana Moraes Studart-Pereira, coordenadora do tal evento e organizadora deste livro, é uma visionária que acumula *expertise* no assunto e se dedica com mérito às questões relacionadas à saúde da comunicação humana e suas relações/impactos na qualidade de vida das pessoas.

Esta obra reúne valorosas contribuições de pessoas que assumem posições protagonistas na temática da violência doméstica e dos traumas de face. Começa com um capítulo que promove uma compreensão mais ampliada do cenário e aborda aspectos que nos levam a reflexões de ordem mais profunda sobre o que permeia a violência doméstica. Segue através de capítulos com riqueza de conteúdos sobre as áreas específicas que os autores e autoras se propuseram a abordar e finda nos

relembrando da necessidade, sempre atual e oportuna, do trabalho em equipe multidisciplinar.

Acrescido à importância de considerar a violência doméstica como um problema social e de saúde pública, o contexto de pandemia vivido mundialmente tornou essa temática ainda mais urgente e necessária. Assim, parablenizo as autoras e autores pelo material escrito, e a Dra. Luciana Moraes Studart-Pereira pela missão de compilar todo o material no formato de livro. 9

Agradeço a oportunidade de ler em primeira mão uma obra tão valorosa e convido a ler todos aqueles que se interessam por assuntos como estes aqui apresentados, que são fundamentais para a vida em sociedade.

Mirella Bezerra Rodrigues Vilela

1

GÊNERO E DIREITOS HUMANOS

Preliminares de uma leitura
jurídica sobre os direitos humanos
das mulheres em situação
de violência no Brasil

Regina Célia A. S. Barbosa

[...] impossível se calar quando as mulheres são vilipendiadas na sua integridade física ou moral. É necessário que se denuncie e que sejam julgados os crimes contra as mulheres. A luta contra a violência é árdua. Não é apenas responsabilidade da vítima, ou de seus familiares, mas de toda a sociedade.

[Maria da Penha Maia Fernandes]

DEPOIMENTOS

11

R. S. C., 39 – São Paulo/SP

Depoimento enviado em 22/05/2011

“Sou casada há 21 anos e meu marido é muito ignorante! Ele me xinga de nomes horríveis; quando bebe então, chega a me agredir fisicamente. Moramos na casa da minha mãe e ele nem sequer cumprimenta algum parente meu!! Trabalho como consultora numa empresa de grande porte, ganho bem e todo mês deposito em sua conta-corrente todo meu salário que recebo. Não posso comprar nada pra mim que ele me xinga; eu pago água, luz, telefone, cursos pros meus filhos, meu carro e ainda tenho que depositar tudo que sobra na conta dele. Seu eu não fizer isso ele arruma o maior barraco em casa. Engraçado!!!! A casa que não é nem dele e ainda mora de graça. Estamos com problemas no telhado que chove tudo dentro de casa, problemas no encanamento que vive entupido o banheiro e o tanque, e não posso ajudar minha mãe que é dona da casa e nunca me cobrou aluguel nenhum e olha todos os meus filhos até hoje desde que nasceu pra mim trabalhar... Estou ficando doente, sou triste, vivo chorando e TENHO MUITO ÓDIO DELE, já cheguei a pensar em matá-lo e até mesmo morrer... Quando isso vai acabar??????”

s. M. S., 40 anos, empregada doméstica – Mãe Luíza/RN

Depoimento enviado em 2013

“O mês passado fui estuprada pelo meu ex-marido, mas fiquei com pena dele e tirei a queixa da delegacia, então ele voltou a praticar outros crimes comigo. Colocou água, gelo e açúcar numa camisinha cheia de esperma dele e me obrigou a tomar. Depois de eu vir de novo dar parte na delegacia, veio para mim chorando, pedindo que tirasse a queixa. Ele não é de Natal, é de Alagoas e está sozinho aqui, além do mais tem um bom emprego e tudo isso me deixou mais uma vez com pena dele, não queria prejudicá-lo nem sujar seu nome. Assim, retirei a queixa outra vez e desisti de processá-lo. Então, no domingo passado ele entrou na minha casa botando a porta para dentro, me agrediu, ainda estou com o corpo todo arranhado. Chegou a dizer que tinha falado aos amigos dele que não ia me matar, mas ia trazer para eles uma orelha minha. Atirou-me em cima da cama, cuspiu na minha cara e disse que do jeito que fez comigo fazia na cara da delegada. Depois pegou um espeto de churrasco para me ferir, lutei com ele e ele furou minha mão, ainda tenho as marcas. Agora, pretendo levar adiante o processo sem pena, sem dor nem nada, porque ele não tem pena de mim.”

12

Os depoimentos apresentados acima podem ser acrescentados todos dias, a cada minuto e de forma mais grave. Esse tipo de crime é, geralmente, cometido por homens, principalmente parceiros ou ex-parceiros. Costumam decorrer de situações de abuso no domicílio, ameaças ou intimidação, violência sexual ou situações nas quais a mulher tem menos poder ou menos

recursos do que o homem. Os parceiros íntimos são os principais assassinos de mulheres. No Brasil, segundo dados recolhidos pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) e apresentados em 2013, aproximadamente 40% de todos os homicídios de mulheres no mundo são cometidos por um parceiro íntimo. Em contraste, essa proporção é próxima a 6% entre os homens assassinados (CERQUEIRA; FERREIRA; BUENO, 2021). Ou seja, a proporção de mulheres assassinadas por parceiro é 6,6 vezes maior do que a proporção de homens assassinados por parceira. Isso porque no Brasil, como em vários outros países latino-americanos, a violência não é somente praticada, mas também, muitas vezes, reconhecida e legitimada por parte da sociedade, principalmente porque esse é um tipo de abuso que ocorre por parte do companheiro e das pessoas do seu ciclo de intimidade. O cenário mais real da violência doméstica ainda não é conhecido, pois, na maioria das vezes, a agressão não é denunciada às autoridades, e a mulher busca ajuda das amigas ou dentro da família, quando não se silencia totalmente. Adicionalmente, a violência contra as mulheres não se encerra nos espaços domésticos; a violência sexual e a institucional também se mostram presentes em todas as esferas, mas ainda conhecemos pouco sobre elas. Vale a pena ressaltar a importância das denúncias como momento de desnaturalização dos costumes, da lógica de dominação e de opressão das mulheres.

Essa atitude significa a possibilidade de a mulher romper ou pelo menos desestabilizar a lógica patriarcal de gênero que banaliza esse tipo de violência e, dessa

forma, sair do lugar de subalternidade, ao qual foi destinada historicamente.

Na Literatura Antiga, nas Leis de Manu, essa subserviência é realçada em alguns princípios, como o que diz que a mulher deve servir ao marido ainda que ele tenha uma conduta inadequada, e que, durante a infância, deve depender do pai, e após o casamento, do marido – e, ainda, se este morrer, dependerá de seu soberano. Por fim, uma mulher não poderia governar a si própria (COSTA; NAIARA; RIBEIRO, 2014).

14

A mácula da cultura de gênero desqualifica, viola e criminaliza a condição e o direito de ser mulher. Assim, em repúdio a essas práticas, ícones como Olympe Gouges (1748-1793) inauguram a contemporaneidade, expressando publicamente a sua indignação a essas formas institucionalizadas de segregação. Ao publicar em 1791 a *Déclaration des droits de la femme et de la citoyenne*, Olympe de Gouges, diante da Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, ironiza afirmando que “a mulher nasce livre e permanece igual em relação ao homem” (“*la femme naître libre et demeure égale en droits à l’homme*”). Em 17 artigos ela redige o que considerava ser justo e de direito às mulheres de sua época e das próximas gerações. No preâmbulo, Olympe Gouges faz uma advertência a todas as mulheres, denunciando o espírito segregador do texto áureo que representou a Revolução Francesa: “Considerando que a ignorância, o esquecimento ou o desprezo pelos direitos da mulher são as únicas causas das desgraças públicas e da corrupção dos governos, resolvemos expor, em declaração solene, os direitos naturais, inalteráveis e sagrados da

mulher [...]” (“*Considérant que l’ignorance, l’oubli ou le mépris des droits de la femme sont les seules causes des malheurs publics et de la corruption des gouvernements, résolu à exposer, dans une déclaration solennelle, les droits naturels, inaltérables et sacrés de la femme [...]*”).

A revolução torna-se ilegítima na perspectiva em que os princípios da liberdade, igualdade e fraternidade servem apenas como instrumento de expressão e preservação dos direitos do homem. Desse modo, podemos afirmar que, juridicamente, para haver uma composição consistente do tecido social, é necessário haver unidade entre os protagonistas da cidadania, em que homens e mulheres representem as mais diversas identidades dos segmentos sociais. Essa composição consistente é o princípio gerador das demandas sociais para o Estado. Este, juridicamente, só é legítimo quando reconhece as identidades sociais que são construídas no dia a dia da luta pela ampliação da cidadania e embasa o processo de consolidação da democracia. O contrário dessa perspectiva é inautêntico, excludente e desigual. Isso porque quando um Estado enquanto entidade jurídica devidamente estabelecida pela soberania popular tem como função negar às mulheres o direito ao voto, à educação, ao trabalho, à representação político-social emancipadora e, principalmente, às condições humanas para a conquista dos direitos, esse Estado está, na verdade, promovendo a cidadania do simulacro, no contexto de uma democracia do simulacro.

Ao ocultar valores autênticos de liberdade, igualdade e fraternidade, a Revolução do século XVIII negou o princípio do reconhecimento dos direitos das mulheres,

do valor humano a ser reconhecido. Há de se questionar: quem é reconhecido como cidadão livre? Quem merece ter a sua dignidade respeitada? E em quem se deve reconhecer o *status* da igualdade? Tais questionamentos antes, durante e depois de Olympe Gouges representam, até a atualidade, ideais a serem conquistados pelas mulheres. Conquistas que são alcançadas por meio de tapas, socos, ameaças, pontapés, estupros, golpes de faca, tiros e decapitações. Assim, as mulheres tentam afirmar a sua identidade e ocupar um espaço de igualdade dentro da unidade coletiva. Mulheres que lutam para se mostrar “merecedoras” da condição de sobrevivência humana.

16

Nessa perspectiva, a decapitação de Olympe de Gouges, a mutilação das meninas-mulheres em alguns países do continente africano, as pedradas sofridas pelas mulheres da cultura talibã, maus-tratos e estupros, entre outros abusos cometidos contra as mulheres latino-americanas, representam o cotidiano da realidade feminina e continuam presentes na pauta de discussão da agenda dos Direitos Humanos das Mulheres em todo o mundo.

A violência na contemporaneidade é o legado que herdamos da história produzida pela cultura da submissão, da impunidade, da negligência, do silêncio, da ignorância e das beligerantes formas de sociabilidade que foram constituídas em vários períodos da história da humanidade. Hoje o enfrentamento a essa violência tem exigido novos posicionamentos do poder público e requerido, de forma urgente, uma transformação da mentalidade cultural no que se refere ao lugar e ao papel da mulher em qualquer contexto social, jurídico,

econômico, entre outros. Aqui, cabe lembrar o contexto da violência sofrida pela paquistanesa Malala Yousafzai. Aos 16 anos de idade, enfrentou a violência, cercada pela cultura do fundamentalismo patriarcal, ao levar um tiro no rosto. Um fato que, na verdade, representou um tiro na face dos Direitos Humanos, um tiro na liberdade, um tiro na igualdade, um tiro na solidariedade.

Ao interpretar o seu próprio contexto, Malala, ao discursar no plenário das Nações Unidas, em julho de 2012, afirmou: “Percebemos a importância da luz quando vemos a escuridão. Percebemos a importância da nossa voz quando somos silenciados. Percebemos a importância de lápis e livros quando vemos as armas”. Nesse propósito, é possível o seguinte questionamento: quando a sociedade atual, com base no legado histórico da violência, perceberá a importância da mulher como um ser que deve ter reconhecidos e respeitados, efetivamente, os seus direitos humanos? Quando perceberemos a dimensão das condições indignas às quais mulheres, em todo o mundo, são submetidas?

Em seu discurso, a jovem Malala afirma que “A fraqueza, o medo e a desesperança morreram. A força, o poder e a coragem nasceram!”. Será esse o verdadeiro espírito das mulheres que, quando sobrevivem ao enfrentarem face a face a violência, renascem com uma nova força, um novo poder e uma nova coragem? Talvez tenha sido a morte da fraqueza, do medo e da desesperança que fizeram com que Maria da Penha sobrevivesse. Ícone dos direitos humanos das mulheres brasileiras, Maria da Penha Maia Fernandes também levou um tiro. Um tiro nas costas enquanto dormia. Um tiro

nas costas dos direitos humanos, um tiro nas costas da desigualdade, um tiro nas costas da solidariedade, disparado pelo seu marido e companheiro. Um tiro que levou 19 anos e seis meses para ser ouvido pela justiça brasileira. Um tiro que só foi ouvido pelos representantes da corte jurídica internacional que condenaram o Estado brasileiro pela sua negligência e tolerância aos crimes praticados contra as mulheres no Brasil.

18

O CONCEITO DE GÊNERO E AS BASES DO MOVIMENTO FEMINISTA

O desenvolvimento do conceito de gênero, no âmbito dos estudos da mulher, opera uma desconstrução das categorias “sexo feminino/sexo masculino”, apontando a naturalização de aspectos sociais antes fundidos com os aspectos biológicos nessas duas categorias. No combate às explicações biologicistas, antes hegemônicas, num primeiro momento foi preciso demonstrar que anatomia não era destino, e que o corpo feminino não determinava a condição social da mulher. O objeto de estudo destas análises – a construção social dos gêneros – tinha de ser “liberado” de sua submersão em diferenças biológicas, cujo significado principal é justamente as diferenças genitais. Anunciando que “o privado é político”, as relações sexuais e de gênero são enfocadas como um campo de luta estruturado, fundamentalmente, pelas recorrentes diferenças de poder entre homens e mulheres.

Ao mesmo tempo, as análises de gênero demonstram que essa visão da sexualidade como impulso biológico instintivo é historicamente aplicada muito mais

à sexualidade masculina, que domina, controla e é violenta, justamente por ser dificilmente controlável: “a ideologia dominante enfatiza que a dominação, o controle e, até mesmo, a violência masculina na sexualidade são ‘naturais’” (CAULFIELD, 1985, p. 360; HOLLAND *et al.*, 1990).

Nessa perspectiva, Bourdieu e Haacke (1995) denunciam um modo de pensar pautado nas dicotomias e oposições. Aqui, falamos de masculino/feminino, mas o mesmo opera-se em alto/baixo, rico/pobre, claro/escuro etc. Além disso, os autores enfatizam que essas concepções “invisíveis” que chegam a nós levam-nos à formação de *esquemas de pensamentos impensados*, ou seja, quando acreditamos ter a liberdade de pensar alguma coisa, sem levar em conta que esse “livre pensamento” está marcado por interesses, preconceitos e opiniões alheias. Não é à toa que o sociólogo afirma que uma relação desigual de poder comporta uma aceitação dos grupos dominados, não sendo necessariamente uma aceitação consciente e deliberada, mas principalmente de submissão pré-reflexiva.

É nesse contexto que o conceito de gênero surge, dentro das ciências sociais, como referencial teórico para análise e compreensão da desigualdade entre o que é atribuído à mulher e ao homem. Assim sendo, os papéis de gênero são-nos ensinados como próprios da condição de ser homem ou mulher, se configurando enquanto uma imagem idealizada do masculino e do feminino, de modo que não percebemos sua produção e reprodução social. A família moderna reproduz a desigualdade social existente no que se refere às expectativas geradas sobre o comportamento de homens e mulheres. Sendo

assim, espera-se das mulheres delicadeza, sensibilidade, passividade, subordinação e obediência. E, devido a sua condição biológica de engravidar e amamentar, a sociedade também delegou à mulher o cuidado com o marido, o lar e os filhos, sendo, inclusive, responsabilizada por qualquer coisa de errado que acontece.

Direitos humanos das mulheres: bases do movimento feminista

20

Os estudos feministas, até os anos 1970, tinham como objeto central “a mulher”, no singular. Os trabalhos produzidos nesse período tinham a preocupação de explicar as causas da opressão feminina, da subordinação da mulher na história do patriarcado. Nesse cenário era muito difícil o trabalho científico, porque a mulher enquanto objeto ideal só existe ao nível da ideologia.

A partir de meados dos anos 1970, há uma mudança de enfoque: de mulher para mulheres. Destaca-se, nesse período, o artigo de Gayle Rubin (1975), “O tráfico de mulheres”, em que ela teoriza sobre o sistema “sexo/gênero”. O feminismo tinha ainda nesse período um problema teórico-metodológico, não tinha um objeto formal que compreendesse amplamente os fenômenos observados. A terceira onda, então, chega aos anos 1980, com a crítica pós-modernista da ciência ocidental, que introduz o paradigma da incerteza no campo do conhecimento. A proposta dessa terceira geração do movimento feminista, sob a influência das ideias de Michel Foucault e de Jacques Derrida, passa a enfatizar a questão da diferença, da subjetividade e da singularidade

das experiências. Com isso, afirmam Narvaz e Koller (2006), a grande contribuição dessa nova geração foi deslocar o campo do estudo sobre as mulheres e sobre os sexos para o estudo das relações de gênero.

Desse modo, é Joan Scott (1993) quem nos oferece uma das mais importantes contribuições teóricas sobre o uso da categoria gênero. Para Scott (1993, p. 265), “as coisas que têm a função de significar algo, tal como as palavras e as ideias, possuem uma história, o que inclui o termo gênero”. Dessa forma, rejeita palavras que poderiam trazer a noção de determinismo biológico e realça o caráter relacional das definições de feminino e masculino. Numa perspectiva histórico-crítica podemos falar em três visões teóricas sobre o gênero: 1ª) a dos teóricos (as) do patriarcado, 2ª) a elaborada pelas feministas marxistas, e 3ª) as teorias psicanalíticas de matriz pós-estruturalista e anglo-saxônica.

Nas sociedades onde a definição do gênero feminino é tradicionalmente relacionada com a esfera familiar e a maternidade, a referência fundamental da construção social do gênero masculino é sua atividade na esfera pública, como concentrador dos valores materiais, o que faz dele o provedor e protetor da família. Enquanto nessas mesmas sociedades, atualmente, as mulheres estão maciçamente presentes na força de trabalho e no mundo público, a distribuição social da violência reflete a tradicional divisão dos espaços: o homem é vítima da violência na esfera pública, e a violência contra a mulher é perpetuada no âmbito doméstico, onde o agressor é, mais frequentemente, o próprio parceiro.

Para Arendt (1991), a esfera privada é a casa da família, o “reino” da violência, onde somente o homem exerce o poder. À mulher compete procriar e cuidar dos filhos, e ao homem, exercer um poder totalitário sobre a vida e a morte. O espaço público é onde os cidadãos tratam da vida política, participando da pólis. Questionamento dessa diferenciação é a Revolução Feminina, ocorrida entre meados dos séculos XIX e XX, que deu visibilidade às mulheres em todos os aspectos da vida na cidade e no campo. E alguns direitos foram envolvidos na luta diária das mulheres, tais como a extensão dos direitos civis, a liberdade pessoal, a liberdade da palavra, o direito à privacidade e ao cumprimento de contratos válidos.

Ainda se podem citar os direitos políticos, tais como o direito ao voto e ao acesso a cargos públicos. Os direitos sociais adquiridos foram desde o bem-estar econômico e a segurança mínimos, até o direito de participar ativamente da herança social e viver a vida de um ser civilizado. Embora o crescimento de mulheres no mercado de trabalho e a conquista de sua autonomia, ainda hoje, não as impeçam de ser vistas como “sexo frágil”, a própria mulher, muitas vezes, determina isso na criação dos filhos: o menino cresce para ser “o cabeça da casa”, o supridor. A menina, por outro lado, ainda que frequentemente escolada, é educada para ser a “dona de casa”.

À medida que a família é identificada como a principal instituição social que organiza as relações sexuais entre os gêneros, o controle social é visto como atuando diretamente sobre o corpo das mulheres, cuja identidade principal é a de mãe, e cuja sexualidade é socialmente aceita somente na reprodução de filhos legítimos.

Em análise da construção social do fenômeno da frigidez feminina, Rochefort argumenta que “a opressão se exerce diariamente sobre o aparelho sexual, que ela danifica” (ROCHEFORT, 1978, p. 5). O controle da/pela sexualidade é, nesta visão, “o método por excelência do controle cotidiano das mentes e corpos das mulheres nas culturas patriarcais” (BLEIER, 1984, p. 165).

A trajetória da evolução do conceito de gênero

23

Na atualização sobre a síntese crítica referente à trajetória da evolução do conceito de gênero, a socióloga Márcia Cristina Senra Marinho de Lima (2013), em uma abordagem sociojurídica sobre a violência contra a mulher, no contexto da relação entre gênero e cidadania destaca, a fim de diferenciar os papéis masculinos e femininos, três teorias mais correntes sobre a questão. A primeira, funcionalista (ANDRADE, 2010; HEILBORN; SORJ, 1999), indicando a diferença de gênero no núcleo da família moderna, considerando-a como instituição fundamental para regulação e manutenção da sociedade, e cujos papéis expressivos são demonstrados pelas mulheres, e os instrumentais, pelos homens. A segunda, a teoria marxista (ANDRADE, 2010; HEILBORN; SORJ, 1999), contribuiu para que as análises saíssem dos limites da família e que se expressassem nas categorias focalizadas na produção, no trabalho e nas classes sociais, permitindo, dessa forma, estabelecer relações entre a família, o trabalho e a política. Por fim, a teoria estruturalista (ANDRADE, 2010; HEILBORN; SORJ, 1999): resultante das duas anteriores, traz a ideia de se pensar

a assimetria sexual, a subordinação, ou a opressão de um gênero sobre o outro. Há, contudo, um acordo generalizado de que a situação feminina está demonstrada na instituição de parentesco, por causa do relacionamento entre os sexos, e o gênero, como princípio operante em outras instâncias sociais. Por outro lado, a proposta atual é situar gênero como um “modelo de como as desigualdades entre os sexos figuram e podem ser entendidas pela referência a desigualdades estruturais que organizam uma dada sociedade”, apontam Collier e Rosaldo (1980 *apud* HEILBORN; SORJ, 1999, p. 2000).

24

Diante dessas três perspectivas, continua a socióloga Márcia Lima, no final dos anos 1980, nos Estados Unidos, os movimentos sociais impulsionaram as tendências de afirmação identitária, e a questão anatômica começou a desnaturalizar-se. O assunto sobre sexualidade assumiu a ideia de universalidade de instinto, e o desejo sexual tinha como efeito contextos históricos e culturais específicos.

Para Laqueur (1990 *apud* HEILBORN; SORJ, 1999), a diferença entre os sexos é uma questão histórica datada dos finais do século XVIII, e somente na virada entre os séculos XVIII e XIX o sexo passou a ser concebido como oposição e incomensurável. Ainda segundo Laqueur (1990), “é o gênero que inventa o sexo”, e, “se os seres humanos passaram a se declarar como iguais, seria necessário buscar na natureza a base para a introdução de uma desigualdade”. O que converge com o que foi discutido anteriormente sob a perspectiva de Bourdieu (1989 *apud* OSTERNE, 2006), na qual a questão de gênero constitui um princípio que organiza e integra a

economia das trocas simbólicas. Nela, os homens são alocados na posição de sujeitos, e as mulheres, como objetos/instrumentos que se propõem a superar a diferença entre dominação e dominado vista nas posturas dos corpos socializados. Essas definições históricas e culturais indicam a subjetividade sexuada e uma identidade de gênero atravessada por relações de poder.

De acordo com Heiborn e Sorj (1999), no Brasil os problemas sociais foram bem mais confrontados entre os sexos. E optou-se pela categoria de gênero como um compromisso, simbolizado com a adoção dos termos “mulher” e “gênero”. Dessa forma, segundo Saffiotti (2004), gênero é uma categoria bem mais apropriada para dar conta das relações que comportam o binômio dominação-exploração. Já Heilborn e Sorj (1999, p. 196) explicam que há uma corrente igualitária, quando o gênero deriva a “condição subalterna do feminino de uma condição histórica, não estrutural”, e uma corrente diferencialista, quando “a diferença sexual é uma marca universal da alteridade”.

Mas, se é assim, como a masculinidade pode ser entendida como a mais forte representação do *status quo* social? De que maneira foi definido o padrão de dominação do macho sobre a fêmea? O objetivo não é fazer um inventário histórico-social e cultural sobre a questão da cultura do patriarcado e seus elementos constitutivos ao longo dos séculos.

Neste reforço, a representação social da mulher é respaldada pelo consenso dos adágios populares que tentam justificar “os porquês das desigualdades ou das discriminações” através de expressões da linguagem que

legítima a desvalorização do “objeto feminino” na sociedade, como, por exemplo: “em briga de marido e mulher, ninguém mete a colher”; “o ciúme é um tempero essencial que deve existir no relacionamento entre aqueles que se amam de verdade”; “ele não sabe por que está batendo, mas ela sabe porque está apanhando”; “tapinha de amor não dói”; “mulher gosta de apanhar”.

A análise da representação social apresentada acima revela o que, historicamente, a sociedade patriarcal tem como formas características de violência, cujo poder, manifestado de forma assimétrica, utiliza-se da capacidade física e intelectual masculina como argumento para justificar sua superioridade, alimentando a opressão feminina, e determinando, assim, o poder masculino sobre as mulheres, reconhecido pelo temor e pela subordinação das mulheres.

No pensamento de Guedes (2007), isso confirma que a ideologia patriarcal da sujeição natural feminina é introjetada por toda a sociedade, inclusive pelas mulheres que temem a superioridade da força física do parceiro manifestada através da violência; e ainda o controle total do homem sobre a vida e a vontade das mulheres. Esse domínio corresponde a uma espécie de tutela construída e legitimada pela cultura machista, necessária para administrar o excesso de paixões, nesse enfoque em que fazem parte da imperfeição da natureza feminina.

Esse domínio demonstra também que as relações entre os cônjuges são administradas por papéis sociais, conhecidos como cultura, em que é possível se identificar a desigualdade de gênero, mostrando a opressão vivenciada pelas mulheres que aceitam tais costumes

para serem aceitas dentro dos padrões sociais estabelecidos. Esses “costumes”, que mascaram a violência contra a mulher, resultam em danos físicos e mentais nas mulheres, reduzindo sua capacidade produtiva, deixando-as sem qualidade de vida e sem autoestima. Esse fenômeno é uma contradição que precisa ser identificada, compreendida e enfrentada por toda a sociedade, por sua liderança, para que as mulheres possam desfrutar de igualdade social, entre outros valores, de modo igual ao de todos os seres humanos.

27

A PAUTA DOS DIREITOS HUMANOS

É possível destacar que no âmbito da construção histórica dos direitos humanos, nascida a partir da promulgação das Declarações do final do século XVIII – como a Declaração Americana da Virgínia de 1776, que afirmou a existência dos direitos, estabelecendo os governantes por meio de eleições livres e destituindo-os caso não cumprissem sua missão; e a Declaração Francesa de 1789, responsável por criar as bases legais para a construção do contrato social –, a condição humana foi imbuída de um caráter inovador e revolucionário, mas que não contemplou as mulheres, pois essas não tinham direitos reconhecidos e lhes era negada a cidadania. Eis então um momento fundamental para o surgimento dos primeiros movimentos feministas da modernidade, considerados por alguns estudiosos como a primeira onda do feminismo, ocorrida na segunda metade do século XIX, em que a Europa e os EUA vivenciaram a emergência de um movimento que

reivindicava para a mulher o direito ao voto, ao estudo, à herança, à propriedade e ao trabalho remunerado, entre outros. Daí se conclui que a igualdade, a liberdade e a fraternidade não foram plenamente contempladas na Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão (PIOVESAN, 2002).

Uma outra relevância é que os primeiros marcos do processo de internacionalização dos direitos humanos, segundo Piovesan (2002), foram o Direito Humanitário, a Liga das Nações e a Organização Internacional do Trabalho, ao mesmo tempo que se fez necessário redefinir o âmbito e o alcance do tradicional conceito da soberania estatal, para se permitir o advento dos direitos humanos. Até então, a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão tornou iguais todos os seres humanos em dignidade, como pessoas e fontes de valores, independentemente de suas diferenças. Esse reconhecimento só foi possível quando se percebeu que a superioridade de uma raça, classe social, cultura ou religião põe em risco a sobrevivência da humanidade. A declaração passou a chamar-se de Declaração dos Direitos Humanos, trazendo em seu bojo mudanças políticas e sociais (PIOVESAN, 2002).

A Declaração dos Direitos Humanos afirmou uma ética universal, pressupondo consenso de valores entre os Estados (PIOVESAN, 2002), e conjugou o valor da liberdade com o da igualdade, apresentando os direitos humanos como unidade indivisível e implicando obrigações aos governantes para um maior comprometimento com os programas econômico-sociais. Apesar disso, segundo Santos (2006), a evolução

histórica dos direitos humanos trouxe ambiguidade, porque, para alguns filósofos, tratava-se de um conceito patriarcal vinculado à figura masculina, colocando-se os demais – as mulheres, os adolescentes e as crianças – em patamar excludente. Com o tempo, foram incorporados à sociedade no plano sociocultural e no plano político-jurídico.

Exatamente em razão desse plano é que, no século xx, terminada a Segunda Guerra Mundial, o movimento feminista ressurgiu, agora reivindicando, além da igualdade entre homens e mulheres, o direito ao corpo e ao prazer. Esse período, considerado como a segunda onda do feminismo, reafirmava a identidade da mulher, separada da do homem. Os questionamentos e as reivindicações passaram a ser centrados na mulher e contra a sociedade patriarcal. As discussões eram realizadas por grupos compostos essencialmente por mulheres, o que caracterizou a segunda onda como “separatista”. Mulheres que, em seu conjunto, reconheciam que na sua essência estavam submetidas a uma mesma forma de opressão, imposta pela cultura do patriarcado.

Assim, de acordo com Goran Therborn (2006, p. 430), a Declaração Universal dos Direitos Humanos da Organização das Nações Unidas (ONU) assinalou importante vitória global e constitucional contra o patriarcado. Finalmente, os anos que se seguiram a 1968, em particular os anos por volta de 1975 (Ano Internacional da Mulher), provocaram uma onda mundial contra os poderes e privilégios especiais de pais e maridos, com as primeiras rupturas vindas da Europa Ocidental e da América do Norte.

Ao identificarmos algumas tendências gerais nos estudos feministas surgidas no século passado, constatamos seus principais avanços, impasses mais críticos e alguns desafios postos. Isso porque o feminismo aproveitou a ebulição político-cultural de 1968. De acordo com Louro (1997 *apud* KNEBEL, 2009):

É, portanto, neste contexto de efervescência social e política, de contestação e de transformação, que o movimento feminista contemporâneo ressurgiu, expressando-se não apenas através de grupos de conscientização, marchas e protestos públicos, mas também através de livros, jornais e revistas. [...]. Militantes feministas participantes do mundo acadêmico vão trazer para o interior das universidades e escolas questões que as mobilizavam, impregnando e “contaminando” o seu fazer intelectual – como estudiosas, docentes, pesquisadoras – com paixão política. Surgem os estudos da mulher.

30

Sabemos da complexidade do tema diante da produção existente, principalmente nos anos 1960 e 1970, quando o feminismo passou por mudanças de um tom panfletário para um discurso mais sofisticado. Suas questões básicas estavam em: demonstrar que a situação das mulheres varia na história (no tempo e no espaço), demonstrar que as mulheres têm sido agentes ativos na história da humanidade, buscar as origens da hierarquia e das desigualdades nas relações que as mulheres estabelecem entre si e com os homens, compreender que existem concepções variadas a respeito de mulher e homem, compreender os mecanismos utilizados pela sociedade na construção do sujeito mulher, elaborar instrumentos políticos para transformar a situação social das mulheres.

Ainda nos anos 1960 e 1970, não havia um distanciamento entre movimento e academia; isso passou a ocorrer a partir da sofisticação das reflexões e teorizações. Houve mudanças significativas no enfoque teórico-metodológico. Cabe, neste esforço, chamar a atenção para os primeiros anos da década de 1970, quando, por um lado, o movimento feminista – com escritoras e feministas – empenhou-se na luta por direitos, e elites dominantes, por outro, preocupavam-se em ordenar a vida social, definir a condição e o lugar da mulher na sociedade. A industrialização e a modernização desses anos desestabilizaram os vínculos então vigentes entre grupos e indivíduos, inclusive com o aumento das mulheres no mercado de trabalho e as denúncias das muitas formas de dominação patriarcal. Em se tratando do contexto brasileiro, Heilborn e Sorj (1999) explicam que os estudos sobre a mulher e a questão de gênero foram a saída encontrada para impulsionar o diálogo entre o feminismo e a academia brasileira, por exemplo.

31

Das reflexões sobre a mulher nos anos 1970 e a preocupação em delinear as causas da opressão feminina, para um deslocamento das mulheres enquanto objeto empírico – esse foi o contexto que configurou o caráter emancipatório do feminismo e fundamentou as suas bases teóricas: a) a compreensão de que à divisão sexual do trabalho entrelaça-se a divisão social do trabalho, e que mulheres e homens irão participar de modo desigual da produção e da reprodução; b) o entendimento de que a opressão de classes interliga-se com a opressão de sexo, coincidindo historicamente e desenvolvendo-se entrelaçadas no decorrer da história;

e c) a formulação do ponto de vista de que, ao surgir entrelaçado com a opressão de classes, esse sistema irá impregnar os espaços sociais, as instâncias políticas, as formas culturais, entendendo-se, assim, que as relações desiguais de gênero se dão em todas as esferas da sociedade fundada nas relações desiguais de classe.

Síntese sobre a trajetória do movimento feminista no Brasil

32

No Brasil, o movimento feminista tomou forma entre o fim do século XVIII e o início do século XIX, quando as mulheres brasileiras começaram a se organizar e conquistar espaço na área da educação e do trabalho. É interessante apresentar, em síntese, a evolução desse movimento no Brasil a partir do contexto das transformações ocorridas no campo político e no campo do trabalho. Há de se perceber que a *performance* do movimento feminista no Brasil, inicialmente, não apresentou de forma explícita preocupações em definir a distinção entre os conceitos de mulher e gênero, ou em analisar bases epistemológicas sobre a categoria de gênero ou dominação, e, muito menos, procuraram-se as raízes teóricas. Observa-se que, inicialmente, a construção foi pautada numa construção empírica, num fazer emancipatório, dialético, porém improvisado e lacunar.

Nísia Floresta (criadora da primeira escola para mulheres), Bertha Lutz e Jerônima Mesquita (ambas ativistas do voto feminino) são as expoentes do período. As brasileiras obtiveram importantes conquistas nas primeiras décadas do século XIX. Em 1907, eclode em

São Paulo a greve das costureiras, ponto inicial para o movimento por uma jornada de trabalho de 8 horas.

Dez anos depois, em 1917, o serviço público passa a admitir mulheres no quadro de funcionários. Dois anos depois, a Conferência do Conselho Feminino da Organização Internacional do Trabalho aprova a resolução de salário igual para trabalho igual. Já a década de 1930 foi marcada por avanços no campo político. Em 1932, as mulheres conquistam legalmente o direito ao voto, com o Código Eleitoral. Apesar da importância simbólica dessa conquista à época, foram determinadas restrições para o exercício desse direito. Foi só com a Constituição de 1946 que o direito pleno ao voto foi concedido. Mesmo assim, um ano após a conquista do direito ao voto, em 1934, Carlota Pereira Queiróz torna-se a primeira deputada brasileira. Naquele mesmo ano, a Assembleia Constituinte assegurava o princípio de igualdade entre os sexos, o direito ao voto, a regulamentação do trabalho feminino e a equiparação salarial entre os gêneros.

Com a ditadura do Estado Novo, em 1937, o movimento feminista perde força. Só no fim da década seguinte volta a ganhar intensidade com a criação da Federação das Mulheres do Brasil e a consolidação da presença feminina nos movimentos políticos. Mas logo vem outro período ditatorial, a partir de 1964, e as ações do movimento arrefecem, só retornando na década de 1970.

Em 1971 foi aprovada a Convenção sobre Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra as Mulheres, por intermédio da Resolução 34/180. Essa Convenção só passou pelo processo legislativo interno em 1984, e foi ratificada em 1º de fevereiro do mesmo ano. Essa

Convenção não explicita em seu texto a pauta sobre a violência doméstica e sexual contra a mulher. Essa lacuna foi preenchida com a Declaração sobre a Eliminação da Violência contra a Mulher, em 1993, e também com a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, conhecida como Convenção de Belém do Pará, de 1994.

Um dos fatos mais emblemáticos daquela década foi a criação, em 1975 (Ano Internacional da Mulher), do Movimento Feminino pela Anistia. No mesmo ano a ONU, com apoio da Associação Brasileira de Imprensa (ABI), realiza uma semana de debates sobre a condição feminina. Ainda nos anos 1970 é aprovada a lei do divórcio, uma antiga reivindicação do movimento.

Nos anos 1980, as feministas embarcam na luta contra a violência às mulheres e na luta pelo princípio de que os gêneros são diferentes, mas não desiguais. Em 1985 é criado o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM), subordinado ao Ministério da Justiça, com o objetivo de eliminar a discriminação, e aumentar a participação feminina nas atividades políticas, econômicas e culturais.

A Convenção de Viena, ocorrida em 1993 e ratificada pelo Brasil em 2005 (mencionada na lei 11.240/2006), evidencia a preservação dos direitos humanos das mulheres (DIAS, 2008). Consequentemente, não só proclama a natureza da violência doméstica como violadora dos direitos humanos, como impõe a adoção de políticas públicas a fim de resguardar os direitos humanos das mulheres. Nessa perspectiva, o direito brasileiro opta por uma combinação de regimes jurídicos cuja natureza

se aplica aos tratados internacionais de direitos humanos. Nesse contexto, realça-se que o Brasil, segundo Dias (2008), aponta questionamentos sobre os tratados ratificados depois da inserção do §3º do art. 5º da Constituição Federal. Para Piovesan (2002) não seria razoável a aprovação dos tratados antes de a nova vigência ter a aprovação como lei federal.

A Convenção Interamericana foi o primeiro tratado que reconheceu a violência contra a mulher como um fenômeno que atinge um elevado número de mulheres em todo o mundo. A luta pelos direitos das mulheres foi reforçada com o surgimento da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, realizada na cidade do Cairo (Egito) em 1994. Já em 1995, foi aprovada uma Declaração e uma Plataforma de Ação na IV Conferência Mundial da Mulher, que tinha como objetivo avançar os objetivos de igualdade, desenvolvimento e paz para todas as mulheres. A Declaração levou em conta, além de medidas punitivas, medidas de apoio, permitindo à vítima e à família apoio psicológico, jurídico, assistência social e reabilitação dos agressores. Após cinco anos, a Assembleia Geral das Nações Unidas convocou sessões em Nova York, renovando compromissos com a igualdade de gêneros e servindo como fórum de discussões das medidas adotadas nos últimos cinco anos.

No que se relaciona ao Brasil, foi somente a partir da redemocratização do país que se passou a ratificar tratados internacionais de direitos humanos. O primeiro foi em 1984 – a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher. Entremen-

tes, a Constituição de 1988 foi um marco na história do regime democrático, e o surgimento da Emenda Constitucional 45 possibilitou a entrada de tratados e convenções de direitos humanos no texto constitucional.

A possibilidade de cotas para a ala feminina nos partidos políticos foi dada pela lei 9.504/97; a lei 9.029/95 proibiu a exigência de atestados de gravidez e esterilização, além de outras práticas discriminatórias no processo de admissão ou permanência, presentes na relação jurídica trabalhista; a prescrição de 20% de vagas para portadores de deficiência no serviço público civil da União foi trazida pela lei 8.112/90; a lei 10.741/03 instituiu várias garantias para os idosos; e o decreto-lei 5.452/43 criou políticas destinadas a corrigir distorções geradoras de desigualdades entre homens e mulheres. Com efeito, uma breve retrospectiva sobre a legislação referente à situação legal das mulheres brasileiras até 1988, apresentada pela Dr.^a Leila Linhares, destaca o seguinte:

36

1º) O primeiro Código Civil do Brasil independente, promulgado em 1916, e colocado em vigor em 1917, expressava o reconhecimento de um direito maior para os homens em detrimento das mulheres.

2º) Desde sua elaboração, ainda no final do século XIX, o Código Civil incorporou o discurso científico no que se refere à importância da higienização da família e ao papel da mulher para concretização desse aspecto.

3º) O Estatuto da Mulher Casada (1962) – mensagens diferenciadas para homens e mulheres, se casados

fossem. Reafirmando as assimetrias de gênero, esse Código desenhava um modelo de mulher frágil e dependente, sempre necessitada da proteção masculina, seja do pai ou do marido, justificando relações de poder. Assim, como que por um passe de mágica, a mulher maior de 21 anos, dotada formalmente de plena capacidade civil, perdia esse atributo ao contrair matrimônio, ficando circunscrita a uma capacidade relativa e necessitando de consentimento do marido para a prática de diversos atos da vida civil.

4º) Até 1932, a mulher maior de 21 anos, mesmo solteira e, portanto, com plena capacidade civil, não se constituía ainda em cidadã, sujeito de plenos direitos, já que lhe era vedado o direito ao voto.

5º) O Código Civil definiu a estrutura da família brasileira como o lócus legítimo da reprodução. O modelo apresentado é o da família monogâmica, patriarcal, nuclear, que se desenvolvia sob a linhagem legal do pai. Esperava-se da mulher recato e fidelidade absoluta quando casada e, quando solteira, a manutenção de sua virgindade.

6º) Marcado pelo positivismo, o Código de 1916 buscava padrões de normalidade que afastassem a família dos “estados patológicos”.

7º) A lei civil definiu normas claramente discriminatórias em relação às mulheres, como, por exemplo, a definição da idade legal para o casamento, diferenciada para homens e mulheres, dando a elas uma maior precocidade; a autorização para a transmissão

do pátrio poder para o novo marido de mulher viúva sobre os filhos “nascidos do leito anterior”; a inclusão, como cláusula de anulação de casamento, da constatação, pelo noivo, da não virgindade da mulher.

8º) Por longa data, as decisões dos tribunais brasileiros esperavam da mulher “desquitada” comportamento exemplar quanto ao recato sexual.

9º) Nosso primeiro Código Civil sofreu, em 1962, uma importante alteração através do chamado “Estatuto Civil da Mulher Casada”, quando a mulher casada passou a ter a mesma capacidade civil do homem. No entanto, continuava a ser considerada mera colaboradora do marido na constância do casamento, e a manter um papel secundário no que tange ao exercício do pátrio poder e à definição do domicílio conjugal.

10º) Reafirmando os princípios da legislação civil de 1916, o Código Penal de 1940 também estava imbuído de uma visão sexista, ao deixar de punir o esturprador que se casasse com a vítima, considerando tal violência sexual como um crime contra os costumes, e não contra a integridade física da mulher.

11º) Esse Código inovou quanto à punição do adultério. No Código Criminal anterior, de 1890, o adultério masculino só se configurava se o marido tivesse ou mantivesse “concubina”, enquanto para a mulher bastava uma única infidelidade conjugal. Em 1940, o legislador considerou como adultério a simples infidelidade, seja do marido ou da esposa.

12º) Em complementação ao Código Penal foi elaborada, em 1941, a Lei de Contravenções Penais, que entre seus artigos previa punição para a propaganda e a fabricação de métodos anticoncepcionais e abortivos. Somente em 1979 essa proibição foi eliminada da legislação penal. Mesmo assim, na década de 1960, sob o pretexto de se tratar de medicamento regulador do ciclo menstrual, a pílula era acessível para as mulheres de classe média.

39

13º) Também na década de 1940 foram elaboradas as legislações trabalhista e previdenciária, frutos tanto da pressão do operariado como da ação paternalista do Estado autoritário. Mesmo assim, um conjunto de medidas definidas como “protetoras” criou uma série de restrições ao trabalho feminino, entre elas a questão da renda feminina, que era considerada pela sociedade como “complementar”.

A história da luta pelos direitos das mulheres no Brasil está muito de acordo com as seguintes perspectivas:

- Construir na essência dos direitos humanos, da cidadania e dos movimentos sociais mecanismos pedagógicos e políticos para modificar os padrões sociais e culturais na conduta dos homens e mulheres;
- Promover formas cidadãs de eliminação de preconceitos e costumes e todas as outras práticas baseados na ideia de inferioridade ou superioridade de qualquer um dos sexos, ou em papéis estereotipados para homens e mulheres;

- Reconhecer que a luta dos movimentos sociais tem como pauta, permanente, a discussão sobre as relações de poder entre homens e mulheres, identificando os elementos da desigualdade que são sustentados pela herança cultural. O processo de permanência dessa herança tem como base a negação das condições que podem promover a emancipação da mulher e, conseqüentemente, elevar o seu *status* político.

40

Os destaques nessas quatro perspectivas representam a realidade sobre o processo de construção do valor simbólico das mulheres na história cultural das sociedades. Tal realidade depende dos costumes, da formação da consciência social e das diversas dinâmicas existentes nos relacionamentos, resultantes da qualidade da interação entre homens e mulheres. O que se extrai dessa interação é um modelo simbólico de mulher que ora é *frágil*, ora é *dondoca*; às vezes, *mal-amada*; *bonitinha*, *mas ordinária*; *incapaz*; *estressada*; *loira burra*; *dona encrenca*; *gostosa*; *megeira*; *mulher macho*; *gosta de apañar* ou *está querendo ser estuprada*.

Frente a esses estereótipos que fundamentam esse modelo, encontramos a cultura da banalidade da violência contra a mulher, fruto da naturalização das condutas de discriminação, preconceito e exclusão que são reforçadas pela institucionalização da violência.

Nesse mesmo processo de banalização, a institucionalização da violência tem como expressão a conduta de profissionais do poder público, em especial das delegacias. Em uma interessante pesquisa sobre a problemática do enfrentamento público à violência contra

a mulher nas delegacias do Rio de Janeiro, no período de 1995 a 1996, a Doutora em Saúde Coletiva Elaine Reis Brandão (2006, p. 217-218) revela o seguinte contexto sobre a institucionalização da violência contra a mulher:

A desqualificação da vítima e a banalização dos conflitos são traços marcantes nas conversas de bastidores da DEAM. As mulheres são designadas pela(o)s policiais como “gentinha”, “mocreias”, “mentirosas”, “malas”, “retardadas”, “desequilibradas”, “donas”. Os conflitos apurados são qualificados como “baixaria”, “putaria”, “briga de comadre”, “fofocas”, “circo”, “feijoadada”, “coisa de gente à toa”. Em geral, os homens acusados não são considerados “bandidos”, ao contrário, por exemplo, dos estupradores, que despertam a repulsa policial.

41

Com raras exceções, parece ser difícil para a(o)s policiais compreenderem a complexidade do processo no qual estão mergulhadas as mulheres que convivem com a violência conjugal. Elas(es) desqualificam a vítima que decidiu interromper as investigações, classificando-as em dois grupos: as “sem-vergonha” – “é tudo descaração”, “dão moleza pros caras”, “as que merecem”, “gostam de apanhar”, como sugere o comentário policial: “Taí, apanha, mas engravida do cara; 99,9% são assim” – e as “pobres coitadas”, cuja “passividade” seria atribuída à submissão feminina decorrente de sua dependência emocional e material dos homens, o que excluiria a opção de penalizá-los.

A burocratização do trabalho de investigação deixa os policiais imersos numa rotina de trabalho, com prazos e tarefas a cumprir, tornando-os pouco disponíveis para uma intervenção mediadora. Oscilam entre cumprir suas atribuições legais e a necessidade de uma abordagem não estritamente policial, mas “social” ou “psicológica”, para a qual não se sentem preparados. Entre as diversas atividades policiais,

consideram a abordagem de relações domésticas menos relevante. No intuito de racionalizar o trabalho decorrente de expressiva demanda frente à escassez completa de recursos para operacionalizá-lo, acabam por naturalizar a violência conjugal e banalizar a intervenção sobre a mesma.

A CULTURA DA TOLERÂNCIA

Os termos e expressões elencados por Brandão corroboram a cultura da tolerância à violência contra a mulher; a desqualificação profissional diante da complexidade do fenômeno da violência de gênero; a projeção de uma consciência coletiva caracterizada pelo preconceito; a discriminação e a concepção de que a mulher é um ser inferior, sendo desnecessário empregar grandes esforços humanos ou técnicos para garantir o seu bem estar.

As atitudes dos policiais refletem o interior do processo de desumanização e coisificação da mulher, cujo início foi no ambiente doméstico e continuará no espaço do poder público institucional representado, a exemplo, nas delegacias. A prática se transformará num ciclo que se repetirá por várias vezes até que a mulher desista de procurar a delegacia para apresentar mais uma queixa, que, mais uma vez, não será ouvida. Uma das singularidades do caso Maria da Penha é que este foi o primeiro em que foi aplicada a Convenção de Belém do Pará. A utilização desse instrumento internacional de proteção aos direitos humanos das mulheres e o seguimento das petionárias perante a Comissão sobre o cumprimento da decisão pelo Estado brasileiro foram decisivos para que o processo fosse concluído no âmbito nacional e, posteriormente, para que o agressor

fosse preso, em outubro de 2002, quase vinte anos após o crime, poucos meses antes da prescrição da pena.

O caso Maria da Penha Maia Fernandes

Em maio de 1983, Maria da Penha foi vitimada por seu ex-marido Marco Antonio Heredia Viveros por um tiro nas costas enquanto dormia, que a deixou paraplégica. Depois da descoberta, pela Secretaria de Segurança do Estado do Ceará, de que o autor do disparo havia sido o próprio marido, através de uma simulação de assalto, Marco Antônio ainda, por duas vezes, foi julgado e condenado, mas saiu em liberdade devido a recursos impetrados por seus advogados de defesa. Foi nesse momento em que Maria da Penha iniciou uma luta por Justiça que demorou 19 anos e seis meses para se concluir (faltavam seis meses para o crime prescrever).

43

Ressalte-se que a prisão do agressor só aconteceu em outubro de 2002 por conta de pressões internacionais, resultantes da denúncia que, em 1998, Maria da Penha e os seguintes órgãos, o Centro pela Justiça e o Direito Internacional (Cejil) e o Comitê Latino-Americano e do Caribe para a Defesa dos Direitos da Mulher (Cladem), apresentaram contra o Brasil ao Comitê Interamericano de Direitos Humanos (CIDH) da Organização dos Estados Americanos (OEA). Serviram de base para que o CIDH (2002) aceitasse a denúncia os seguintes documentos:

- I. O livro publicado pela vítima, *Sobrevivi, posso contar*.
- II. O relatório da Delegacia de Roubos e Furtos sobre sua investigação.

III. Os relatórios médicos sobre o tratamento que a vítima Maria da Penha teve de cumprir.

IV. Notícias de jornal sobre o caso e sobre a violência doméstica contra a mulher em geral no Brasil.

V. A denúncia contra Heredia Viveiros feita pelo Ministério Público.

VI. O relatório do Instituto de Polícia Técnica, de 8 de outubro de 1983, e da Delegacia de Roubos e Furtos, dessa mesma data, ambos sobre a cena do crime e a arma encontrada.

VII. As declarações das empregadas domésticas, de 5 de janeiro de 1984.

VIII. O pedido de antecedentes de Marco Antonio Heredia Viveiros, de 9 de fevereiro de 1984.

IX. O relatório do exame de saúde da vítima, de 10 de fevereiro de 1984.

X. A sentença de pronúncia, de 31 de outubro de 1986, em que a Juíza de Direito da 1a. Vara declara procedente a denúncia.

XI. A condenação pelo Júri, de 4 de maio de 1991.

XII. A alegação do Procurador-Geral solicitando seja o recurso rejeitado, de 12 de dezembro de 1991.

XIII. A anulação pelo Tribunal de Justiça do Estado, de 4 de maio de 1994, da condenação do Júri original.

XIV. A decisão do Tribunal de Justiça do Estado, de 3 de abril de 1995, aceitando conhecer do recurso contra a sentença de pronúncia, mas negando-se a deliberar a seu respeito, e submetendo o acusado a novo julgamento por Tribunal Popular.

XV. A decisão do Júri do novo Tribunal Popular condenando o acusado, de 15 de março de 1996.

A análise do mérito teve início pelo Direito à Justiça, às Garantias Judiciais e à Proteção Judicial em relação à

obrigação de respeitar os direitos humanos; respectivamente, os artigos XVIII da Declaração, 8º e 25º da Convenção e 11º da Convenção Interamericana dos Direitos Humanos. De acordo com o Relatório supracitado, a Corte (CIDH, 2002) baseou-se nos seguintes dizeres para sua decisão:

O Estado está, por outro lado, obrigado a investigar toda situação em que tenham sido violados os direitos humanos protegidos pela Convenção. Se o aparato do Estado age de maneira que tal violação fique impune e não seja restabelecida, na medida do possível, a vítima na plenitude de seus direitos, pode-se afirmar que não cumpriu o dever de garantir às pessoas sujeitas à sua jurisdição o exercício livre e pleno de seus direitos. Isso também é válido quando se tolere que particulares ou grupos de particulares atuem livre ou impunemente em detrimento dos direitos reconhecidos na Convenção.

45

E ainda na Convenção Interamericana dos Direitos Humanos (2002):

A segunda obrigação dos Estados Partes é “garantir” o livre e pleno exercício dos direitos reconhecidos na Convenção a toda pessoa sujeita à sua jurisdição. Essa obrigação implica o dever dos Estados Partes de organizar todo o aparato governamental e, em geral, todas as estruturas mediante as quais se manifesta o exercício do poder público, de maneira que sejam capazes de assegurar juridicamente o livre e pleno exercício dos direitos humanos. Em consequência dessa obrigação, os Estados devem prevenir, investigar e punir toda violação dos direitos reconhecidos pela Convenção e, ademais, procurar o restabelecimento, na medida do possível, do direito conculcado e, quando for o caso, a reparação dos danos produzidos pela violação dos direitos humanos.

A Comissão considerou, para tanto, que as decisões judiciais internas brasileiras apresentaram ineficácia, negligência ou omissão por parte das autoridades judiciais, além de uma demora injustificada no julgamento de um acusado, bem como puseram em risco definitivo a possibilidade de punir o acusado e indenizar a vítima, pela possível prescrição do delito. Esses fatos demonstram que o Estado não foi capaz de organizar sua estrutura para garantir esses direitos.

46

Outro fator analisado foi a Igualdade perante a lei, observada nos artigos 24º da Convenção e II e XVIII da Declaração Interamericana dos Direitos Humanos. Com base em vários estudos, inclusive relatórios nacionais de Direitos Humanos, estudos de Organizações Não Governamentais e o estudo da Legislação Brasileira, a Comissão defende que mesmo os avanços feitos, tais como a revogação da lei “defesa da honra”, como justificção para o assassinato da esposa; avanços de Direitos Humanos e de Gênero conquistados pela Constituição de 1988; Programas Nacionais; Conselho Nacional dos Direitos da Mulher; e o Programa Nacional para Prevenir a Violência contra a Mulher, no caso em julgamento não obtiveram os efeitos esperados e, na realidade, não tiveram influência alguma para o impedimento dos atos de violência contra a petionária.

Por fim, a Comissão levou em conta o artigo 7º da Convenção de Belém do Pará, que assevera que a impunidade perante o caso Maria da Penha na Justiça Nacional é um exemplo das várias contrariedades à obrigação internacional voluntariamente assumida por parte do Estado Brasileiro. A Comissão ainda declara em seu

Relatório a institucionalização da impunidade na sistemática brasileira; subentende-se, portanto, que os sistemas judiciário, legislativo e policial perpetuam os fatores de violência contra a mulher. Conforme citação: “a Comissão considera que não só é violada a obrigação de processar e condenar, como também a de prevenir essas práticas degradantes”.

Foi de acordo com essa e outras recomendações apresentadas pela Comissão que o Brasil foi obrigado a mudar a legislação brasileira, de modo que permitisse, nas relações de gênero, a prevenção e a proteção da mulher em situação de violência doméstica, e a punição do agressor. Desse modo, em 2006, sob o comando do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva, através da Secretaria de Políticas Públicas para Mulheres, em conjunto com cinco organizações não governamentais e renomados juristas, e atendendo aos importantes tratados internacionais assinados e ratificados pelo Brasil, foi criado um projeto de lei que, após aprovado por unanimidade na Câmara e no Senado Federal, foi transformado na Lei Federal 11.340 – Lei Maria da Penha, em 7 de agosto de 2006.

Em suma, citando Flavia Piovesan e Silvia Pimentel, a Lei Maria da Penha é uma conquista histórica na afirmação dos direitos humanos das mulheres. Muitas inovações extraordinárias se destacam, introduzidas pela Lei Maria da Penha: mudança de paradigma no enfrentamento da violência contra a mulher; incorporação da perspectiva de gênero para tratar da desigualdade e da violência contra a mulher; consolidação de um conceito ampliado de família, dando-se visibilidade ao direito à livre orientação sexual; incorporação da

ótica preventiva, integrada e multidisciplinar; fortalecimento da ótica repressiva; harmonização com a Convenção CEDAW/ONU e com a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher. A Lei, também, é extensiva aos relacionamentos de namoro, às relações homoafetivas e à violência doméstica praticada contra as empregadas domésticas. Além disso, a Lei impede que a mulher possa retirar a queixa depois de denunciar a agressão, e promoveu: um aumento significativo do número de Delegacias Especializadas de Atendimento às Mulheres (Deam); a criação das Varas de Violência contra a Mulher; a criação de Casas Abrigos e Centros de referência; a definição das medidas protetivas para a mulher vítima; e, ainda, a criação de bancos de dados e estatísticas.

48

É exatamente por meio desta última inovação trazida pela Lei que o Brasil se revela um cenário terrível no que diz respeito à violência contra a mulher, mesmo após 30 anos da ocorrência do Caso de Maria da Penha e de toda a sua luta. Segundo o Ipea (2021), em 2019 foram registrados 1.246 homicídios de mulheres nas residências. Segundo o “Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2020”, 35,5% das mulheres que sofreram homicídios dolosos em 2019 foram vítimas de feminicídios.

Para entendermos melhor o impacto desse tipo de crime no Brasil é necessário compreender que a atual população conta com mais de 200 milhões de habitantes. Na contagem oficial do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2012 éramos 195,2 milhões de habitantes, dos quais 100,5 milhões – ou 51,5% – são mulheres. Destas, 60% são jovens entre 15 e 24 anos. De

acordo com o registro de atendimentos por violência do Sistema Único de Saúde, em 2011 foram atendidas mais de 70 mil mulheres vítimas de violência física. Desse total, 71,8% das agressões foram cometidas em casa, e em 43,4% dos casos o agressor era o parceiro ou o ex-marido da vítima, número que chega a 70,6% quando observada apenas a faixa de 30 a 39 anos de idade.

Apesar da visibilidade e de inovadoras estratégias de enfrentamento às violações cometidas contra as mulheres, desenvolvidas pelo poder público, milhares e milhares de mulheres continuam sendo agredidas e assassinadas, e, quando muitas vezes sobrevivem, ficam com sequelas irreversíveis. E essa foi a condição em que ficou Maria da Penha Maia Fernandes. Segundo a Desembargadora Dr.^a Leila Linhares Barsted (2012), a retrospectiva de nosso passado legislativo permite compreender a manutenção de uma “herança” cultural expressa no padrão de desvalorização das mulheres, mesmo após a promulgação da Constituição Federal de 1988 e de um notável avanço legislativo infraconstitucional.

49

Breve registro histórico dos movimentos sociais e das ações das organizações não governamentais que atuam em defesa dos direitos das mulheres no Brasil

1970	Publicização da violência: reconhecer que a violência doméstica não é um assunto privado – “em briga de marido e mulher não se mete a colher” –, mas é uma questão do Estado. “Quem ama não mata”: pelo fim da impunidade de homens que assassinavam suas esposas em nome da “legítima defesa da honra”.
------	--

1980	Criação do sos Mulher, para atendimento às vítimas de violência; iniciou em São Paulo, no Rio de Janeiro e em Belo Horizonte.
1983	Criação dos primeiros Conselhos Estaduais e Municipais de Direitos da Mulher, que são espaços no Poder Executivo para elaborar, deliberar, fiscalizar e implementar políticas públicas para mulheres.
1984	Assinatura, pelo Brasil, da Convenção sobre Eliminação de todas as formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW), aprovada pela ONU em 1979.
1985	Criação do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM), e das Delegacias Especializadas no atendimento às vítimas de violência (DEAMs).
1988	A atuação dos movimentos de mulheres foi fundamental para garantir, na Constituição Brasileira de 1988, a igualdade entre os sexos, no inciso I do artigo 5º - “Homens e mulheres são iguais em direitos e obrigações”, e a inclusão do § 8º no artigo 226: “O Estado assegurará assistência à família [...] criando mecanismos para coibir a violência no âmbito de suas relações”
1992	A Câmara dos Deputados constituiu uma Comissão Parlamentar de Inquérito para investigar a violência contra a mulher.

1993	O Brasil participa da Conferência Mundial dos Direitos Humanos, em Viena. Essa Conferência reconhece que “a violência contra as mulheres e meninas é uma violação dos direitos humanos”
1995	O Brasil assina a Declaração e a Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial sobre a Mulher, em Beijin.
2002	<p>Criação da Secretaria Especial de Políticas para Mulheres – Lançamento da Plataforma Política Feminista, documento elaborado por 5 mil ativistas em 26 Conferências Estaduais e aprovado em junho de 2002.</p> <p>Formação de um Consórcio de entidades feministas: CEFEMEA, ADVOCACY, AGENDE, CEPIA, CLADEM e THEMIS, além de juristas, para estudar e elaborar uma minuta de Projeto de Lei Integral, estabelecendo a prevenção, a punição e a erradicação da violência doméstica.</p>
2004	Em 25 de novembro, o Executivo encaminha o Projeto de Lei ao Congresso Nacional que recebe na Câmara dos Deputados o número PL 4.559/2004.
2006	O Projeto é aprovado no Plenário da Câmara e vai para o Senado. Em todas as instâncias o projeto foi aprovado por unanimidade e sua tramitação no Congresso durou 20 meses. No dia 7 de agosto, em cerimônia no Palácio do Planalto, o Presidente Luiz Inácio Lula da Silva assina a Lei 11.340/2006, Lei Maria da Penha, que entrou em vigor em 22 de setembro.

2015

Sancionada a Lei nº 13.104/15 do Femicídio pela Presidenta do Brasil, Dilma Rousseff. A Lei inclui o crime no código penal, prevê aumento da pena em um terço se o crime acontecer durante a gestação ou nos três meses após o parto; e se o feminicídio for praticado contra idosas, menores de 18 anos, gestantes ou mulher em condição física vulnerável. A Lei estabelece que existem razões de gênero quando o crime envolver violência doméstica e familiar, ou menosprezo e discriminação contra a condição de mulher. O projeto foi elaborado pela Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMI) da Violência contra a Mulher.

52

Fonte: a autora (2022).

A QUESTÃO É DE DIREITOS HUMANOS

É lugar comum afirmar que o Brasil é signatário de praticamente todos os tratados e convenções mundiais e regionais. A atual Constituição é a primeira que estabelece a prevalência dos direitos humanos como princípio do Estado Brasileiro em Relações Internacionais. A dignidade da pessoa humana pode ser considerada como fundamento último do Estado Brasileiro.

Participamos dos sistemas internacionais de proteção de direitos humanos, seja do sistema global ligado à Organização das Nações Unidas (ONU), ou dos sistemas regionais interamericanos; estão envolvidos, também, os sistemas de justiça Europeu e Africano, que completam o sistema global. Com a criação da ONU, em 1945, e a Declaração Universal dos Direitos Humanos,

em 1948, houve um grande impacto nos direitos humanos. Isso possibilitou a responsabilização criminal de indivíduos e a apresentação de um novo limite ao conceito de soberania.

Isso se dá com as primeiras manifestações do processo de internacionalização impulsionado pelo Pós-Guerra: a instituição dos Tribunais de Nuremberg e de Tóquio, as condenações dos criminosos de guerra (alemães e japoneses foram os exemplos mais conhecidos). O Sistema Regional Interamericano, que conta com a Comissão Interamericana de Direitos Humanos (CIDH), recebe e analisa relatórios apresentados por estados membros, comunicações interestatais e petições individuais, com base em diversos documentos, como a Declaração Americana dos Direitos e Deveres do Homem (1948), a Convenção Americana dos Direitos Humanos ou Pacto de San José (1969), a Convenção Interamericana para Prevenir e Punir a Tortura (1985), a Convenção sobre Desaparecimento Forçado (1994) e a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher (1994), entre outros.

53

As Nações Unidas (PATH-UNFPA, 2002) definiram a violência contra a mulher como:

Qualquer ato de violência baseada no gênero que resulta, ou que provavelmente resultará, em dano físico, sexual, emocional ou sofrimento para as mulheres, incluindo ameaças de tais atos, coerção ou privação arbitrária da liberdade, seja na vida pública ou privada.

Na realidade, não se tem um motivo ou causa para que ocorra a violência contra a mulher, mas podemos

acreditar que, segundo a PATH-UNFPA (2002), embora o abuso ocorra em todos os níveis socioeconômicos, a pobreza e o estresse a ela associados contribuem para a violência por parte do parceiro, já que, em quase todas as agressões domésticas, o responsável é o marido ou amante (CARDOSO, 1996).

No documento (DECLARAÇÃO..., 1995) elaborado pela IV Conferência Mundial sobre a Mulher – Beijing, China, 1995 –, a expressão “Violência contra a mulher” se refere a qualquer ato de violência que tenha por base o gênero, e que resulte ou possa resultar em dano ou sofrimento de natureza física, sexual ou psicológica, coerção ou privação arbitrária da liberdade que se reproduzam na vida pública ou privada. O fato é que tal fenômeno se tornou um problema social recente, mesmo estando presente em toda a história da humanidade. Geralmente, a violência contra a mulher ocorre dentro do ambiente familiar, caracterizada como violência doméstica, praticada por parceiro íntimo, pais, padrasto, outros parentes, na comunidade, ou até mesmo no trabalho.

A Plataforma de Ação aprovada por ocasião da mesma Conferência, em 1995, recomenda em seu §1242, vale frisar, medidas que devem ser adotadas pelos governos para o combater a violência contra a mulher, como as seguintes:

1. adotar e/ou aplicar as leis pertinentes e revisá-las e analisá-las periodicamente, a fim de assegurar sua eficácia para eliminar a violência contra a mulher, pondo ênfase na prevenção da violência e na perseguição dos infratores; adotar medidas para

assegurar a proteção das mulheres vítimas da violência, o acesso a remédios justos e eficazes, inclusive a reparação dos danos causados, a indenização e a cura das vítimas, e a reabilitação dos agressores;

2. adotar todas as medidas necessárias, especialmente na área da educação, para modificar os hábitos de condutas sociais e culturais da mulher e do homem, e eliminar os preconceitos e as práticas consuetudinárias e de outro tipo baseadas na ideia da inferioridade ou da superioridade de qualquer dos sexos e em funções estereotipadas atribuídas ao homem e à mulher;
3. criar mecanismos institucionais, ou reforçar os existentes, a fim de que as mulheres e as meninas possam denunciar os atos de violência cometidos contra elas, e registrar ocorrências a respeito em condições de segurança e sem temor de castigos ou represálias;
4. instaurar, melhorar ou desenvolver, conforme o caso, e financiar a formação de pessoal judicial, legal, médico, social, educacional, de polícia e serviços de imigração, com o fim de evitar os abusos de poder conducentes à violência contra a mulher, e sensibilizar tais pessoas quanto à natureza dos atos e ameaças de violência baseados na diferença de gênero, de forma a assegurar tratamento justo às vítimas de violência.

A Convenção da Mulher, que integra o sistema global de proteção aos direitos humanos, foi adotada em

dezembro de 1979 pela Assembleia Geral das Nações Unidas (ONU) e ratificada pelo Brasil em fevereiro de 1984. Constitui-se no mais importante documento internacional para garantir à mulher a igualdade com o homem, no gozo de seus direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais. Ao ratificar a Convenção, os governos se comprometem a adotar internamente uma série de medidas para pôr fim à discriminação contra a mulher. Entretanto, uma das fragilidades da Convenção é que praticamente não há sanção prevista contra os governos que não cumpram com os compromissos internacionalmente assumidos.

56

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Constituição Brasileira de 1988 apresenta a soberania, a cidadania e a dignidade da pessoa humana como princípios fundamentais para vivermos o Estado Democrático de Direito. É interessante observarmos, então, que quando falamos de lei, é necessário que esta, quando elaborada por qualquer pensamento ideológico e aplicada em qualquer situação, tem que garantir a presença desses princípios fundamentais. E assim o é quando falamos sobre a Lei Maria da Penha.

A lei 11.340/2006 foi considerada pelo Fundo de Desenvolvimento das Nações Unidas para a Mulher (UNIFEM) uma das legislações mais avançadas do mundo. Por ser uma lei que coloca um fim na ideia de que a violência contra a mulher é uma coisa normal; a violência contra a mulher é um crime contra a sociedade, contra a cidadania, contra a família, contra o ser humano.

Não se pode negar, como já foi afirmado, que muitos foram os avanços promovidos pela Lei Maria da Penha. Os efeitos, em 10 anos, foram muitos, mas o principal foi a oportunidade que essa Lei trouxe a toda a sociedade ao revelar os fatores que promovem a desigualdade nas relações de gênero, em que o próprio conceito de gênero tem sido o ponto crítico no que diz respeito à ampliação e à eficiência dos serviços públicos que devem ser colocados à disposição da mulher.

57

Há mais de 30 anos, Maria da Penha Maia Fernandes, junta a milhares de mulheres no Brasil, continua enfrentando um árduo processo de conquista dos direitos humanos das mulheres vítimas de violência no Brasil, pautado no empoderamento das mulheres. E, por isso, ao fazer um breve retrospecto da luta dos direitos humanos das mulheres no Brasil, observamos que as lacunas que hoje existem na prática dos profissionais responsáveis para garantir com celeridade a aplicabilidade das medidas protetivas de urgência à mulher em situação de violência dependem da atuação de uma política pública que tem como grande desafio desnaturalizar a cultura da violência contra a mulher.

A Lei Federal 11.340/2006, a Lei Maria da Penha, não veio para punir os homens, mas tão somente o homem agressor. Portanto, a sua principal finalidade é a de coibir a violência doméstica e familiar através da prevenção e proteção da mulher por meio de políticas públicas e medidas jurídicas diversas, o que tem motivado a sociedade a apoiar a sua completa implementação, para que a cultura de paz de que o mundo tanto necessita comece dentro da nossa própria casa. É nessa

perspectiva que o jurista Cançado Trindade (1997, p. 25) afirma que:

o Direito Internacional dos Direitos Humanos não rege as relações entre iguais; opera precisamente em defesa dos ostensivamente mais fracos. [...] Nas relações entre desiguais, posiciona-se em favor dos mais necessitados de proteção. Não busca obter um equilíbrio abstrato entre as partes, mas remediar os efeitos do desequilíbrio e das disparidades na medida em que afetam os direitos humanos. Não se nutre das barganhas de reciprocidade, mas se inspira nas considerações de *ordrepUBLIC* em defesa de interesses comuns superiores, da realização da justiça.

58

Assim, vale ressaltar que o caso Maria da Penha obteve abrangência sob todas as perspectivas citadas e, a partir do ordenamento internacional, sob forma de tratados, pactos e convenções, conseguiu efetivar a justiça e a observância na defesa dos direitos dessa cidadã brasileira.

REFERÊNCIAS

ARENDT, Hannah. *A condição humana*. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1991.

BARSTED, Leila Linhares. O avanço legislativo contra a violência de gênero: a Lei Maria da Penha. *R. EMERJ*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 57 (Edição Especial), p. 90-110, jan. mar. 2012.

BLEIER, R. *Science and Gender: A Critique of Biology and its Theories on Women*. Oxford, New York: Pergamon Press, 1984.

BOURDIEU, P.; HAACKE, H. *Livre-troca: diálogos entre ciência e arte*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1995.

BRANDÃO, Elaine Reis. Renunciantes de direitos? A problemática do enfrentamento público da violência contra a mulher:

o caso da Delegacia da Mulher. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 207-231, 2006.

BRASIL. *Lei Nº 11.340/2006*. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm. Acesso em: 22 maio 2016.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm. Acesso em: 22 maio 2016.

CANÇADO TRINDADE, Antônio Augusto. *Tratado de direito internacional dos direitos humanos*. Porto Alegre: Fabris, 1997. v. 1.

CARDOSO, N. M. B. *Mulheres Agredidas: reconstruindo histórias*. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social e da Personalidade) – Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1996.

CAULFIELD, M. Sexuality in human evolution: what is ‘natural’ in sex? *Feminist Studies*, [S. l.], n. 11, p. 343-363, 1985.

CERQUEIRA, Daniel; FERREIRA, Elder; BUENO, Samira (coord.). *Atlas da Violência 2021*. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública (FBSP), 2021. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/arquivos/artigos/5141-atlasdaviolencia-2021completo.pdf>. Acesso em: 16 jun. 2023.

CONVENÇÃO DE BELÉM DO PARÁ. 1994: *Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a*

Mulher. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/anexo/and678-92.pdf. Acesso em: 21 mar. 2016.

CONVENÇÃO CEDAW. 1984: *Convenção da Organização das Nações Unidas sobre a eliminação de todas as formas de discriminação contra a mulher*. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/anexo/and678-92.pdf. Acesso em: 21 mar. 2016.

COSTA, Naiara Lauriene Souza; RIBEIRO, Gilman Horta; BRASIL, Deilton Ribeiro. Código de manu: principais aspectos manu code: main aspects. *Athenas*, v. 2, n. 3, ago. 2014. Disponível, em: https://www.fdcl.com.br/revista/site/download/fdcl_athenas_an03_vol2_2014_artigo6.pdf. Acesso em: 24 ago. 2023.

DECLARAÇÃO e plataforma de ação da IV Conferência Mundial sobre a Mulher. Pequim: [S. n.], 1995. Disponível em: https://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2013/03/declaracao_beijing.pdf. Acesso em: 15 maio 2024.

DÉCLARATION DES DROITS DE LA FEMME ET DE LA CITOYENNE OLYMPE DE GOUGES: Déclaration des droits de la femme et de la citoyenne, 1791. Disponível em: <https://gallica.bnf.fr/essentiels/anthologie/declaration-droits-femme-citoyenne-o>. Acesso em: 20 abr. 2022.

DIAS, Maria Berenice. *A Lei Maria da Penha na justiça: a efetividade da lei 11340/06 de combate à violência doméstica e familiar contra a mulher*. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2008.

DOMENACH, J. M. La violencia. In: JOXE, A. (org.). *La violencia y sus causas*. Paris: UNESCO, 1981. p. 33-45.

ENGELS, F. Teoria da violência. In: NETTO, J. P. (org.). *Engels*. São Paulo: Ática, 1981. p. 146-188.

FERNANDES, Maria da Penha Maia de. *Sobrevivi... Posso contar*. 2. ed. Fortaleza: Armazém da Cultura, 2012.

FREUD, S. Reflexões para os tempos de guerra e morte. In: *Obras completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1974. p. 311-339.

GREGORI, M. F. *Cenas e queixas: um estudo sobre mulheres, relações violentas e a prática feminista*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1993.

GUEDES, Edson Carvalho (2007). *Alteridade e diálogo: uma meta-arqueologia da educação a partir de Emmanuel Lévinas e Paulo Freire*. Tese (Doutorado) defendida no PPGGE/UFPB, João Pessoa: 2007.

HABERMAS, J. O conceito de poder de Hannah Arendt. In: *Habermas*. FREITAG, B.; ROUANET, S. P. (org.). São Paulo: Ática, 1980. p. 100-118.

HEGEL, G. H. F. A fenomenologia do espírito. In: *Hegel*. São Paulo: Abril, 1980. p. 3-71.

HEILBORN, Maria Luiza; SORJ, Bila. Introdução: Estudos de gênero no Brasil. In: MICELLI, Sergio (org.). *O que ler na ciência social brasileira (1970-1995) sociologia*. São Paulo: Editora Sumaré; ANPOCS; Brasília, CAPES, 1999.

HEISE, L., PITANGUY, J., GERMAIN, A. Violence against women: the hidden health burden. *World Bank Discussion Papers*, Washington, n. 255, 1994.

HOLLAND, J. RAMAZANOGLU, C.; SCOTT, S. Managing risk and experiencing danger: tensions between government AIDS education policy and young women's sexuality. *Gender and Education*, v. 2, n. 2, Jun. 1990.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. *Técnicas de pesquisa*. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

LAQUEUR, Thomas. *Making sex. body and gender from the Greeks to Freud*. Cambridge: Harvard University Press, 1990.

LIMA, Márcia Cristina Senra Marinho de. *Uma abordagem sociológico-jurídica da violência contra a mulher: gênero e*

cidadania. Disponível em: <https://revistas.cesmac.edu.br/index.php/refletindo/article/view/181>. Acesso em: 29 ago. 2013.

LOURO, Guacira. *Gênero, sexualidade e educação: uma perspectiva pós-estruturalista*. Petrópolis: Vozes, 1997.

MAPA DA VIOLÊNCIA 2012: A cor do homicídio no Brasil. Brasília (DF): Secretaria Geral da Presidência da República, Secretaria Nacional de Juventude, Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial; 2012. Disponível em: <http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2014/Mapa2014pdf>. Acesso em: 8 jul. 2015.

MAPA DA VIOLÊNCIA 2012: homicídio de mulheres no Brasil. Disponível em: http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2012/MapaViolencia2012_atual_mulheres.pdf. Acesso em: 21 out. 2013. MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde*. 4 ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1996.

NARVAZ, M. G.; KOLLER, S. H. “Famílias e Patriarcado: da Prescrição Normativa à Subversão Criativa” *Psicologia & Sociedade*, [S. l.], v. 18, n. 1, p. 49-55; jan./abr. 2006.

PALMA, Alexandre. *Ciência pós-normal, saúde e riscos dos aeronautas: a incorporação da vulnerabilidade*. 2002. Tese (Doutorado). Disponível em: <http://portalteses.ict.fiocruz.br/transf.php?>. Acesso em: 15 jun. 2016.

PASINATO, Wânia. Femicídios e as mortes de mulheres no Brasil. *Cadernos Pagu*, [S. l.], n. 37, p. 219-246, jul./dez 2011.

PATH-UNFPA. Violência contra as mulheres: efeitos sobre a saúde reprodutiva. *Outlook*, [s. l.], v. 20, n. 1, nov. 2002.

PIOVESAN, Flávia (org.). *Direitos humanos, globalização econômica e integração regional*. São Paulo: Max Limonad, 2002.

RELATÓRIO Nº 54/01* CASO 12.051 MARIA DA PENHA MAIA FERNANDES, BRASIL, 4 de abril de 2001 - Disponível em: <http://>

www.cidh.org/annualrep/2000port/12051.htm#_ftnref20.
Acesso em: 21 mar. 2016.

ROCHFORD, C. O mito da frigidez feminina. In: DURAND, E. (org.). *Libertação da Mulher: ano zero*. Belo Horizonte: Interlivros, 1978.

RUBIN, Gayle. The Traffic in Women. Notes on the "Political Economy" of Sex. In: REITER, Rayna (ed.) *Toward an Anthropology of Women*. New York: Monthly Review Press, 1975.

RUSSELL, Diana E. H.; Radford, Jill, *Femicide: the politics of woman killing*. New York Toronto: Twayne Publishers, 1992. p. 45.

SAFFIOTI, Heleieth. *Gênero, patriarcado e violência*. São Paulo: Perseu Abramo, 2004.

SAFFIOTI, Heleieth; ALMEIDA, Suely Souza de. *Violência de gênero: poder e impotência*. Rio de Janeiro: Revinter, 1995.

SAFFIOTI, Heleieth. "Rearticulando gênero e classe social". In: COSTA, Albertina de Oliveira; BRUSCHINI, Cristina (org.). *Uma questão de gênero*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos; São Paulo: Fundação Carlos Chagas, 1992.

SANTOS, Boaventura de Souza. *A Gramática do tempo: para uma nova cultura política*. São Paulo: Cortez, 2006.

SANTOS, Boaventura Sousa. *As Mulheres não são homens*. Disponível em: http://www.boaventuradesousasantos.pt/media/Mulheres%20n%C3%A3o%20s%C3%A3o%20Homens_large_10Mar11.pdf. Acesso em: 14 jul. 2016.

SANTOS, C. M.; IZUMINO, W. P. Violência contra as mulheres e violência de gênero: Notas sobre estudos feministas no Brasil. E. I. A. L. *Estudios Interdisciplinarios de América Latina y El Caribe*, [S. l.], 16. Disponível em: <http://www.nevusp.org/downloads/download83.pdf>. Acesso em: 09 nov. 2008.

SARTRE, J. P. A questão do método. In: *Sartre*. São Paulo: Abril Cultural, 1980. (Coleção Pensadores), p. 70-92.

SCOTT, Joan Wallach. *Gênero: uma categoria útil para a análise histórica*. Tradução de Christine Rufino Dabat e Maria Betânia Ávila. Recife: sos Corpo, 1995.

THERBORN, Goran. *Sexo e poder: a família no mundo 1900-2000*. São Paulo: Ed. Contexto, 2006.

VASQUEZ, Petilda Serva; AQUINO, Silvia de (org.). *Travessias de gênero na perspectiva feminista*. Salvador: EDFBA/NEIM, 2010.

WAISELFISZ, Julio Jacobo. *Mapa da violência 2013: mortes matadas por armas de fogo*. Brasil. Brasília (DF): Secretaria-Geral da Presidência da República, Secretaria Nacional de Juventude, Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial; 2013. Disponível em: <http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2014/Mapa2013pdf>. Acesso em: 15 jan. 2015.

WAISELFISZ, Julio Jacobo. *Mapa da violência 2014: os jovens do Brasil*. Brasília (DF): Secretaria-Geral da Presidência da República, Secretaria Nacional de Juventude, Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial; 2014. Disponível em: [http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2014/Mapa 2014 pdf](http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2014/Mapa%202014.pdf). Acesso em: 20 ago. 2014.

2

VIOLÊNCIA E SAÚDE

Uma conjunção posta
em questão

Suely Emilia de Barros Santos

Me cansei de lero-lero
Dá licença, mas eu vou sair do sério
Quero mais saúde
Me cansei de escutar opiniões

[RITA LEE, 1981]

66

Ao ser provocada a escrever sobre violência e saúde, pensei: “será possível? Violência e saúde? Esses dois fenômenos podem ser considerados em conjunto ou devemos vê-los separadamente?”. Com essas indagações permeando este início de escrita, adentramos reflexões e um movimento de busca por trilhar um caminho de diálogos que passamos a compartilhar, não com a pretensão de responder a essas questões, mas de suscitar possibilidades compreensivas sobre violência e/ou saúde, entremeadas a políticas públicas, racismo, gênero e ações de cuidado.

A VIOLÊNCIA COMO QUESTÃO DE POLÍTICA PÚBLICA

Violência doméstica, violência cotidiana
São gemidos de dor

[TITÃS, 1987]

Mas, afinal, o que vem a ser a violência? Apesar da dificuldade de conceituação em decorrência de ser um fenômeno complexo e multifacetado, podemos dizer

que foi em 2002 que a Organização Mundial da Saúde (OMS) se posicionou mais contundentemente, divulgando o Relatório Mundial sobre Violência e Saúde, apresentando, então, a violência como:

[...] uso intencional da força física ou do poder real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha qualquer possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (KRUG *et al.*, 2002, p. 5).

67

A violência, enquanto questão ético-político-social, mostra-se como fenômeno multifacetado, referente a dimensões singulares e coletivas, podendo ser compreendida como ação intencional de abuso do poder, manifestando-se de diversas formas, como violências física, psicológica, sexual, patrimonial, moral, entre outras. Sim. São gemidos de dor. É a expressividade de um sofrimento que acompanha o viver cotidiano de diversas pessoas. Ressaltamos aqui que, na contemporaneidade, a violência vem sendo considerada como violação de direitos humanos e sociais (SCHRAIBER; D'OLIVEIRA; COUTO, 2006).

Estaria nessa interface com a violação de direitos a possibilidade de se pensar a violência como uma questão de saúde? Nessa direção, pomos em questão a conjunção, e podemos revelar que não falamos de “violência e saúde”, mas destacamos a importância de se reconhecer que o fenômeno da violência se mostra como uma questão social e de saúde pública, movimentando-se por entre situações referentes a questões

de raça/etnia, gênero, grupos etários, desigualdade social e pobreza, entre outras. Assim, parece-nos que, em vez de nos referirmos a saúde e violência, podemos dizer que a violência como problema social tem impactos na saúde dos humanos.

Segundo Njaine, Assis e Constantino (2013), no Brasil a violência vitima mais pessoas do que muitas doenças, como o câncer e a AIDS, mostrando a devastação que esse fenômeno pode causar à humanidade. Entretanto, as referidas autoras também assinalam que, apesar dessa realidade, há uma escassez por parte dos gestores da saúde de ações efetivas no enfrentamento à gravidade da situação, bem como de assumirem a importância da área da saúde para lidar com toda essa conjuntura.

68

Em se tratando da saúde, reportamos a compreensão da Organização Mundial de Saúde (OMS), que diz: “A saúde é um estado completo de bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade” (OMS, 1946). Mesmo reconhecendo que essa afirmação se mostrou muito potente na época de seu lançamento, comungamos da visão apresentada por Guimarães, Marques e Santos (2021, p. 451), ao afirmarem que:

Apesar de ampliar a noção de saúde para além do binômio saúde-doença, incluindo aspectos físicos, emocionais, sociais, culturais, ao se referir a um “completo bem-estar”, mostra-se como uma condição distante ou mesmo impossível de ser alcançada.

Eis um desafio: compreender que a saúde não se restringe a aspectos biológicos; engloba questões so-

cioculturais, emocionais; e, mais, a compreensão sobre saúde precisa se aproximar de um olhar que inclui as dimensões existencial e dos Direitos Humanos, presentes na saúde tal como apresentado por Morato (2018, p. 189): a saúde “Refere-se ao direito de ser quem se é [...]”. A autora complementa: “‘cuidado em saúde’ não é somente a atenção do sistema de saúde ou um procedimento técnico simplificado, mas uma ação integral que tem significados e sentidos voltados para a compreensão de saúde como ‘direito de ser’” (p. 191).

69

No mundo contemporâneo, vemos aumentar cotidianamente as marcas da violência, tatuando nossas peles existenciais com a presença dos preconceitos, das desigualdades sociais, culturais, políticas e econômicas que alimentam a violação dos direitos. Nessa vertente, é possível assinalar que “o fenômeno da violência vai além de uma experiência pessoal/privada, envolvendo, assim, a complexidade do viver cotidiano, o plural” (SILVA *et al.*, 2019). É justamente essa pluralidade destacada acima que contribui para que pensemos a violência como um fenômeno que solicita intervenções por meio de políticas públicas efetivas.

Nessa vertente, ressaltamos a importância de uma atenção dirigida ao direito à saúde. De acordo com Oliveira *et al.* (2017), “as violações de direitos humanos são condições que, explícita ou implicitamente, levam a resultados adversos para a saúde das pessoas e populações vulneráveis em todo o mundo”. Partindo dessa compreensão, é oportuno dizer que, ao pensar a saúde como direito humano, ambiental e social, vemos evidentemente que o fenômeno da violência tem estreita

relação com a violação de direitos e, portanto, precisa ser considerado como questão de saúde pública. Sim. Vamos deixar de lero-lero, pois queremos mais saúde. Esse grito brada no dia a dia.

E AO PENSARMOS SOBRE A SAÚDE DAS MULHERES NEGRAS...

Mais da metade do país é negra e se esquece
Que tem acesso apenas ao resto que ele oferece
Tão pouco para tanta gente
Tanta gente na mão de tão pouco
Geração iludida, uma massa falida
De informações distorcidas
Subtraídas da televisão

70

[RACIONAIS MC'S, 1992]

Compreendendo que a população negra tem menos acesso à saúde, tem menor qualidade de atendimento em saúde se comparada à branca, vemos que “O racismo institucional opera de tal forma que coloca os *sujeitos brancos* em clara vantagem em relação a outros grupos racializados” (KILOMBA, 2021, p. 78). Diante dessa realidade apontando que as pessoas negras sofrem discriminação nos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), criou-se em 2009 a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), como

um compromisso firmado pelo Ministério da Saúde no combate às desigualdades no Sistema Único de Saúde (SUS) e na promoção da saúde da população negra de forma integral, considerando que as iniquidades em

saúde são resultados de injustos processos socioeconômicos e culturais – em destaque, o vigente racismo – que corroboram com a morbimortalidade das populações negras brasileiras (BRASIL, 2017, p. 7).

Ressaltamos o destaque ao enfrentamento ao racismo institucional, como um modo de reconhecer e buscar efetivar ações de cuidado com a saúde da população negra. Segundo Oliveira e Kubiak (2019, p. 939), “É necessária maior sensibilização dos profissionais a respeito do racismo, de forma a que se torne indispensável pensar na categoria racial para obtenção de uma saúde igualitária”.

71

Entretanto, mesmo com a presença da PNSIPN, ainda não houve avanços significativos ou suficientes em relação às desigualdades raciais, às iniquidades em saúde. Destacamos que uma das questões fundamentais para acompanharmos uma possível mudança nas desigualdades sociais seria a presença da informação sobre raça e cor em todos os dispositivos de saúde, uma vez que haveria a possibilidade de prestar atenção às questões sociais e de enfrentamento ao racismo. Como está presente na Política Nacional de Saúde Integral da População Negra,

Declarar a sua raça/cor é importante para a construção de políticas públicas, pois permite que os sistemas de informação do SUS consolidem indicadores que traduzem os efeitos dos fenômenos sociais e das desigualdades sobre os diferentes segmentos populacionais (BRASIL, 2017, p. 9).

Entretanto, é imprescindível compreender que olhar para a saúde de mulheres negras é pensar a partir da

interseccionalidade entre gênero e raça. Além de haver uma prevalência de casos de sofrimento mental em mulheres negras em relação às mulheres brancas, há, também, uma maior incidência de mortalidade materna e de violência obstétrica, geralmente como ressonâncias da dificuldade de acesso e da pior qualidade de atendimento nos serviços de saúde (OLIVEIRA; KUBIAK, 2019). Toda essa realidade vem acompanhada da presença de um duplo preconceito: o racismo e o sexismo.

72

Mas outra coisa nos chama atenção: estudos apontam que na academia pouco se tem pesquisado sobre racismo e saúde das mulheres negras, configurando movimentos de discriminação e violência. Nessa direção, Grada Kilomba (2021, p. 51) denuncia:

Como acadêmica, por exemplo, é comum dizerem que meu trabalho acerca do racismo cotidiano é muito interessante, porém, não muito científico. [...] Tais comentários funcionam como uma máscara que silencia nossas vozes assim que falamos.

É esse sofrimento falado/narrado que solicita escuta e ações antirracistas. Mas, como desdobramento, essa tentativa de silenciamento se mostra como uma imposição violenta, colonizadora. Ou seja, “a academia não é um espaço neutro nem tampouco simplesmente um espaço de conhecimento e sabedoria, de ciência e erudição, é também um espaço de v-i-o-l-ê-n-c-i-a” (KILOMBA, 2021, p. 51). Portanto, brada mais um grito: chega de informações distorcidas e de ofertar restos.

Além dessa devastação, podemos, ainda, apontar que o racismo epistêmico pode dificultar a efetivação

de políticas públicas de ações afirmativas, bem como contribuir para a permanência da injustiça social. O racismo se mostra, então, como fator provocador da morosidade para implantação e implementação de políticas públicas, pois se faz barreira à participação igualitária das pessoas negras em diferentes contextos da vida social.

POR UM VIVER DIGNO, SEM CONJUNÇÃO ENTRE VIOLÊNCIA E SAÚDE

73

Mas ninguém sai de cima, nesse chove não molha
Eu sei que agora eu vou é cuidar mais de mim
[RITA LEE, 1981]

Escrever este texto trouxe-nos algumas provocações. Mas... essa conjunção “e” segue nos inquietando. Entretanto, algo já se põe a caminho. Ou seja, compreendemos que à medida que a saúde passa a ser pensada como direito existencial, social, ambiental e humano, ela expressa simultaneamente a complexidade do fenômeno da violência, cujas expressões coletivas e singulares solicitam olhares e atitudes diversas, interseccionais e interdisciplinares, em especial quando se busca uma interseção ou convergência entre saúde pública e direitos humanos.

Assim, criar e desenvolver ações que respeitem e protejam os direitos humanos, e, aqui, ações relacionadas à prevenção à violência e à promoção da saúde, contribui para a efetivação e responsabilização dos setores da saúde em estarem atentos a uma condição básica para um viver digno, que é a saúde para todas, todos e todes.

No entanto, um fenômeno solicita atenção: é imprescindível o enfrentamento ao racismo institucional, o qual vem obstaculizando o acesso aos serviços de saúde, em especial para mulheres negras que cotidianamente sofrem as ressonâncias das intersecções das desigualdades sociais, de raça e gênero.

As relações sexistas e raciais estão presentes na vida cotidiana das brasileiras e brasileiros. Ao se mostrarem como barreiras à inserção das pessoas negras nos serviços de saúde, as desigualdades sociais, raciais e de gênero impactam as condições de vida e comprometem a efetivação dos princípios do SUS, da universalização, da equidade, da integralidade, da descentralização e da participação popular, limitando a possibilidade de acesso aos serviços de saúde para as mulheres negras, devido a fatores históricos, culturais e políticos. As desigualdades de raça e de gênero se mostram, assim, como constituintes da desigualdade social brasileira.

74

REFERÊNCIAS

BRASIL. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. *Política nacional de saúde integral da população negra: uma política para o SUS*. 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2017.

GUIMARÃES, Anne Gabriele A.; MARQUES, Clarissa; SANTOS, Suely Emilia, de B. Transposição do rio São Francisco: o padrão desenvolvimentista através de megaempreendimentos e seus consequentes deslocamentos forçados. *Revista Científica do UniRios*, [S. l.], 2021.1. p. 437-459. Disponível em: https://www.unirios.edu.br/revistarios/media/revistas/2021/30/transposicao_do_rio_sao_francisco.pdf. Acesso em: 10 jun. 2021.

KILOMBA, Grada. *Memórias de Plantação: episódios de racismo cotidiano*. 5. ed. Rio de Janeiro: Cobogó, 2021.

KRUG, Etienne G. *et al.* (org.). *Relatório mundial sobre violência e saúde*. Geneva: Organização Mundial da Saúde, 2002.

MORATO, Henriette T. P. Reflexões acerca da saúde: implicações para o desassossego humano contemporâneo. In: DUTRA, Elza (org.). *O desassossego humano na contemporaneidade*. Rio de Janeiro: Via Verita, 2018. p. 167-197.

NJAINÉ, Kathie; ASSIS, Simone G. de; CONSTANTINO, Patricia. *Impactos da violência na saúde*. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2013. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/7yzrw/pdf/njaine-9788575415887.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2021.

OLIVEIRA, Beatriz M. C.; KUBIAK, Fabiana. Racismo institucional e a saúde da mulher negra: uma análise da produção científica brasileira. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 43, n. 122, 939-948, jul-set., 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/VL3mkyvXRQbKMZKqVbb5mdd/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 jun. 2021.

OLIVEIRA, Maria Helena B. de *et al.* Direitos Humanos e Saúde: construindo caminhos, viabilizando rumos. In: OLIVEIRA, Maria Helena B. de; ERTHAL, Regina Maria de C.; VIANNA, Marcos B.; MATTA, Jairo Luis da; VASCONCELOS, Luiz Carlos F.; BONFATTI, Renato José. *Direitos Humanos e Saúde: construindo caminhos, viabilizando rumos*. Rio de Janeiro: Cebes, 2017. p. 22-34. Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2017/05/Dihs-final-web-3107.pdf>. Acesso em: 11 jun. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO) – 1946*. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organização-Mundial-da-Saúde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>. Acesso em: 10 jun. 2021.

RACIONAIS MC'S. Voz Ativa [Música]. 1992. *Home page da Letras*. Disponível em: <https://www.letras.mus.br/racionais-mcs/63445/>. Acesso em: 10 jun. 2021.

RITA LEE. Saúde. 1981. *Home page da Letras*. Disponível em: <https://www.letras.mus.br/rita-lee/118834/>. Acesso em: 10 jun. 2021.

SCHRAIBER, Lilia B.; D'OLIVEIRA Ana Flávia P. L.; COUTO, Márcia Thereza. Violência e saúde: estudos científicos recentes. *Rev Saúde Pública*, [S. l.], n. 40 (N. Esp.), p. 112-120, 2006.

76

SILVA, Ellen Fernanda *et al.* Violência contra a mulher: ação clínica na prevenção em saúde. *Revista Saúde e Desenvolvimento Humano*, [S. l.], v. 7, n. 2, p. 77-87, jun. 2019, Disponível em: https://revistas.unilasalle.edu.br/index.php/saude_desenvolvimento/article/view/3965/pdf. Acesso em: 10 jun. 2021.

TITÃS. Violência. 1987. *Home page da Letras*. Disponível em: <https://www.letras.mus.br/titas/86522/>. Acesso em: 10 jun. 2021.

3

TRAUMA DE FACE

Abordagem bucomaxilofacial

*Ricardo José de Holanda
Vasconcellos*

INTRODUÇÃO

A violência representa uma das principais causas de morbimortalidade, especialmente na população jovem. No entanto, uma análise cuidadosa das informações disponíveis demonstra que a violência afeta de modo diferenciado a população. Enquanto os homicídios, em sua maioria, ocorrem no espaço público e atingem particularmente os homens, a violência contra as mulheres ocorre no espaço doméstico (DUTTON *et al.*, 2006), não escolhe cor, raça, credo religioso, cultura, condição social, nacionalidade (SCHRAIBER; D'OLIVEIRA; COUTO, 2006; WASELFISZ, 2007).

O desenvolvimento constante nas ciências básicas e as descobertas de novas tecnologias vêm proporcionando melhor capacidade no diagnóstico e melhores alternativas de tratamento nas doenças e nos agravos à saúde em geral. Esse fato refletiu-se em uma maior especialização nas áreas do setor de saúde. À Odontologia coube a atuação no arcabouço facial e na cavidade bucal.

Mesmo os médicos que atuam na região da face, como otorrinolaringologistas ou cirurgiões plásticos, podem não estar acostumados à manipulação da oclusão dentária e ao tratamento dos ossos da face, pois

sua formação não contemplou aspectos relacionados aos dentes e à oclusão. Muitas vezes, mesmo na Odontologia, profissionais que se especializam em outras áreas não estão aptos ao diagnóstico de fraturas faciais, além das fraturas da estrutura dental. O especialista na Odontologia para atuar no trauma de face é o cirurgião bucomaxilofacial.

Profissionais das áreas de Medicina e de Enfermagem sentem-se aptos ao tratamento de lacerações em face e à execução de suturas. Porém, a avaliação de lesões intrabucais, fraturas dentárias ou dos ossos da face deixam-nos desconfortáveis (TRIVEDY *et al.*, 2012). A presença de um especialista bucomaxilofacial, muitas vezes, é necessária, mas, na maioria das vezes, ele se encontra na atenção secundária e/ou terciária.

Por isso, torna-se importante o treinamento básico dos cirurgiões-dentistas (CD) que atuam em unidades de emergência, como Unidades de Pronto Atendimento (UPA) ou nas próprias Unidades de Saúde, para um atendimento inicial do trauma de face, principalmente nos pacientes que não tenham apresentado fraturas múltiplas (politraumatizado) e comprometimento neurológico importante. Nesses casos, já foram encaminhados pela equipe de atendimento a um hospital, onde há a presença de todas as especialidades.

A compreensão da violência contra a mulher necessita da incorporação da noção de gênero, que traz uma visão relacional ao entendimento do problema, ao lado das desigualdades sociais e econômicas. A violência de gênero é compreendida como aquela que tem como pano de fundo e como parte da raiz do problema

a condição de subordinação da mulher na sociedade, sendo essa situação o produto de tensões nos papéis do feminino e masculino, constituídos social e historicamente (HEISE, 1994; SCHRAIBER; D'OLIVEIRA, 1999).

A violência contra a mulher ocupa espaço significativo nas pautas mundiais, constitui desafio à saúde pública e deixa graves sequelas na saúde mental e física da mulher. As repercussões vão de um empurrão até à morte. Sendo de natureza crônica, a agressão vai além dos traumas e dos agravos visíveis, apresentando-se associada a problemas gastrointestinais, queixas ginecológicas, abuso de drogas e álcool, queixas vagas, depressão, insônia, sofrimento mental, dores de cabeça, hipertensão e outros. Algumas injúrias sofridas podem ser severas e requerem atendimento imediato (fraturas maxilares, edemas orbitais, escoriações, dentes fraturados, luxação dental, fraturas ósseas, concussões) (BASTE *et al.*, 2006; SANTI *et al.*, 2003; MEDINA-ARIZA, 2007).

80

O QUE É VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E FAMILIAR?

Pelo conceito da Lei Maria da Penha (Lei nº 11.340/2006): “Qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial”.

CICLO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

A agressão física não é o início da violência, mas, sim, o seu fim. Isso porque existem vários tipos de violência. No contexto conjugal, existe um ciclo de violência

que é constantemente repetido e pelo qual muitas mulheres passam sem perceber sua nocividade. Conforme observou a psicóloga Lenore Walker, que criou o ciclo espiral ascendente de violência:

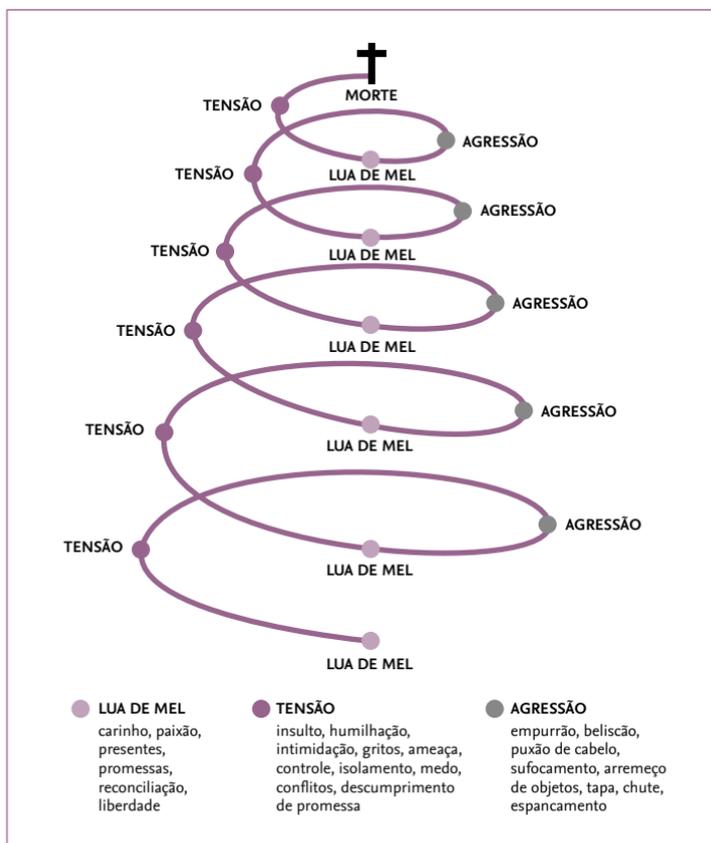


Figura 1 | Ciclo da violência doméstica

Fonte: Simões e Alves (2022).

Na violência doméstica, a face costuma ser alvo fácil e imediato. A região periorbitária, frontal e dentes são os mais prejudicados em lesões de cabeça e pescoço.

Os traumas de face, se não forem reparados de maneira adequada e no momento adequado, podem evoluir para sérias sequelas estéticas e funcionais. As deformidades permanentes ao paciente, quando não o limitam funcionalmente, muitas vezes, deixam sequelas psicológicas profundas, alterando a sua relação com a sociedade.

O conhecimento e a realização de um simples procedimento de contenção temporária estabilizam o paciente, prepara-o para um tratamento com o especialista em um segundo momento e permite um melhor prognóstico.

82

As fraturas dos ossos nasais, do zigoma e da mandíbula apresentam-se como as mais incidentes, podendo ocorrer também fraturas dentárias ou dentoalveolares ou fraturas mais complexas do tipo naso-orbitotmoidal, fraturas Le For I, Le Fort II ou Le Fort III, variando a prevalência conforme região geográfica.

CONSIDERAÇÕES ANATÔMICAS

O tipo de fratura do esqueleto facial e sua extensão são determinados por fatores anatômicos de forma, tamanho, densidade das estruturas ósseas e suas relações com cavidades ósseas, estruturas musculares e tecido mole que as reveste. Isso vai influenciar no maior ou menor deslocamento dos segmentos fraturados ou proteção da estrutura óssea.

A cabeça é constituída pelos ossos do crânio e ossos da face. O crânio ou neurocrânio, como é chamado, delimita a cavidade craniana, local onde se encontra o

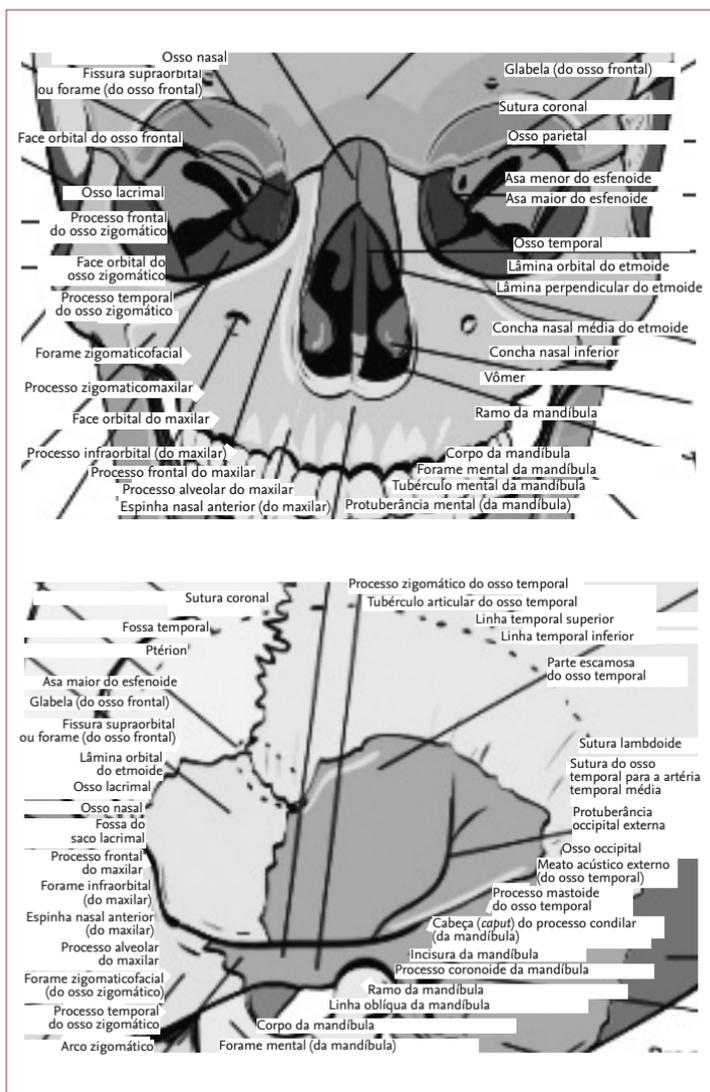


Figura 2 | Ossos da Face

Fonte: Netter (2011).

encéfalo e as meninges, estruturas do Sistema Nervoso Central (SNC). É constituído pelos ossos:

frontal (1), parietal (2), temporal (2), occipital (1); esfenoide (1); e etmoide (1).

O arcabouço facial, viscerocrânio, constitui-se pelos ossos:

nasais (2), maxila (1), zigomáticos (2), e osso mandibular (1).

Além dos cornetos nasais inferiores (2), o vômer (1), os lacrimais (2) e ossos palatinos (2), também fazem parte da estrutura da face a cavidade orbitária, a cavidade bucal e a cavidade nasal.

É importante saber que alguns ossos constituem estruturas limites de comunicação entre o crânio e a face. Assim, fraturas nesses ossos muitas vezes indicam comunicação com a cavidade craniana, agravando o quadro clínico.

VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

O trauma facial produzido pela violência contra a mulher, além dos reflexos físicos, incide diretamente sobre sua autoimagem, uma vez que a beleza feminina é valorizada socialmente, estereotipada pela imagem de um corpo torneado e uma face bela (VIEIRA, 2005; SANTI, 2003). O rosto ocupa lugar privilegiado em todas as culturas, e é possível perceber nele as emoções, a unicidade e identidade do indivíduo.

As funções fisiológicas do sistema estomatognático (deglutição, fala, mastigação, estética) também podem

ser afetadas por traumas faciais, podendo perpetuar-se por toda a vida as consequências (SANTI, 2003; REZENDE, 2007). Assim, conhecer as relações entre o evento da violência e a saúde bucal dará subsídios à implementação de estratégias para a reabilitação da saúde e para a prevenção de agravos.

PRINCÍPIOS GERAIS DO TRATAMENTO DAS FRATURAS

85

Os traumatismos faciais podem ocorrer em diferentes localizações da face, uma vez que dependem do tipo de injúria, da direção e da força do impacto. É importante saber que, para o sucesso do tratamento do trauma, o fator tempo muitas vezes é determinante. Pode-se dividir a abordagem desse problema de saúde pública em três fases:

- o pré-trauma, com os cuidados de prevenção;
- o atendimento do paciente traumatizado, nas primeiras horas do ocorrido, considerado como momento ideal; e
- o tratamento pós-trauma, considerado nos casos onde se passou um tempo a mais do que o indicado para o paciente traumatizado receber o devido tratamento, o que poderá fatalmente provocar sequelas, como pseudoartroses, anquiloses, perda de tecidos, osteomielites etc.

Quando o arcabouço facial é fraturado, o objetivo do tratamento é promover uma rápida reparação do tecido ósseo, restabelecer o contorno anatômico e a estética facial e devolver as funções nasal, ocular e mastigatória.

OBJETIVO DO TRATAMENTO: DEVOLVER A FORMA, A FUNÇÃO E A ESTÉTICA DA FACE

Existem princípios básicos no tratamento de fraturas:

1. Redução do deslocamento da fratura: é o reposicionamento dos fragmentos ósseos na sua posição anatômica.
2. Fixação e contenção dos segmentos, para que ocorra a reparação óssea.
3. Imobilização dos segmentos: importante para manter a melhor condição fisiológica para a regeneração óssea. Isso impedirá que os micromovimentos, durante o processo de cicatrização, acabem formando tecido conjuntivo fibroso e a consequente pseudoartrose. Importante lembrar que essa imobilização, no caso de articulações (articulação temporomandibular ou articulação entre dente e osso), não pode ultrapassar 15 dias, ou poderá acarretar prejuízos aos movimentos articulares.
4. Restabelecimento da oclusão dentária: importante salientar que a oclusão original deve ser restabelecida, lembrando que muitas vezes é essa oclusão que guiará o reposicionamento anatômico do arcabouço ósseo. Independentemente do tipo de fratura ou da abordagem cirúrgica, o procedimento inicial é o posicionamento dos dentes em sua oclusão correta, e a seguir prossegue-se com a redução apropriada dos fragmentos. O estabelecimento de uma oclusão adequada por meio da fixação dos dentes com fio de aço é denominado fixação intermaxilar (FIM) ou bloqueio

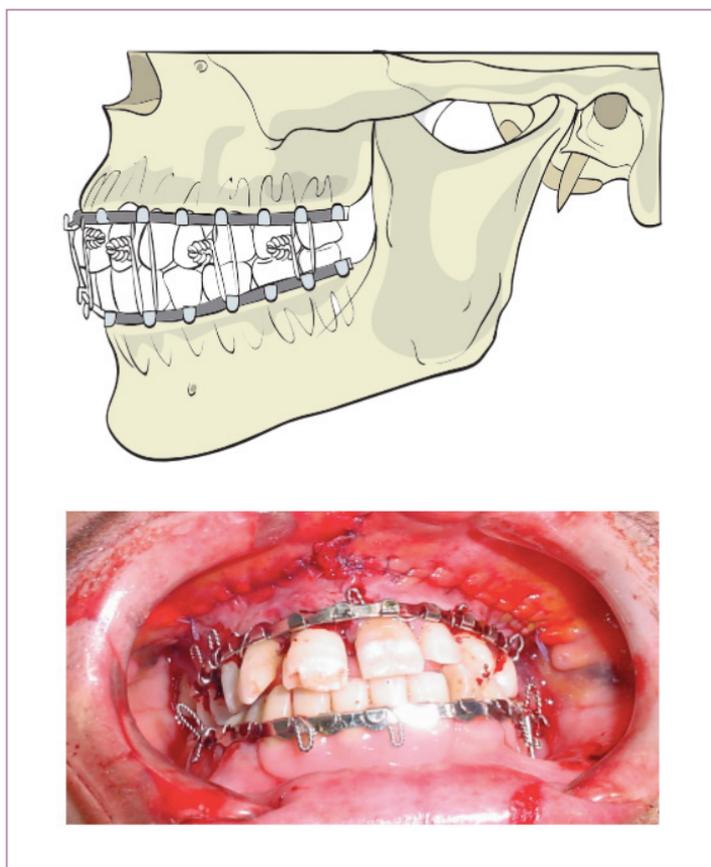


Figura 3 | Bloqueio maxilo-mandibular com barras de Erich. Restabelecimento da oclusão dentária

Fonte: AOCMF.

maxilomandibular (BMM). Esse bloqueio promove uma contenção dos segmentos fraturados. No transoperatório, serve como guia para a colocação das miniplacas e parafusos de fixação, e, caso a cirurgia não seja realizada de forma mediata ao trauma, proporciona uma contenção provisória e um maior conforto

ao paciente. Assim, na impossibilidade de execução imediata da cirurgia, o estabelecimento provisório da oclusão do paciente, com contenções por meio de fios de aço, resinas ou ataduras, mantém o paciente preparado para aguardar a oportunidade cirúrgica.

Existem diversas técnicas utilizadas para a realização do bloqueio maxilomandibular, sendo a mais frequente a utilização de uma barra metálica (arco de Erich) que é fixada em cada arcada com fio de aço, e então se fixa o arco mandibular ao arco maxilar.

Normalmente o cirurgião bucomaxilofacial é treinado nessa técnica, porém o cirurgião-dentista (CD) também pode realizar esse bloqueio. O bloqueio pode também ser realizado com a colocação de um aparelho ortodôntico pelo CD, e a fixação das arcadas, com elástico. Na impossibilidade da fixação intermaxilar, a colocação de bandagem ao redor da cabeça e da mandíbula do paciente proporciona melhor conforto durante a espera do tratamento.

88

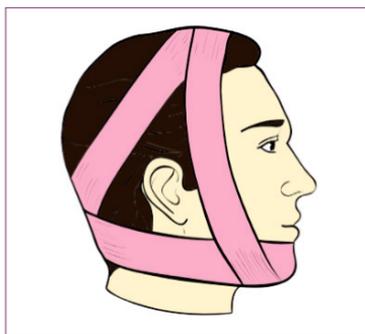


Figura 4 | Bandagem para bloqueio maxilomandibular provisório. Fornece maior conforto temporário ao paciente

Fonte: Murchison (2012).

AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA

Os traumas na região facial podem resultar em injúrias nos tecidos moles, como abrasão, contusão ou lacerações; injúria aos dentes, como fraturas, deslocamentos dentários ou avulsão dentária; e comprometimento do arcabouço ósseo da face, como: fratura nasal, fratura do zigoma, do arco zigomático, da maxila, das estruturas supraorbitárias e do complexo naso-orbitomaxilar. Essas injúrias podem estar associadas ou não a traumatismos em outras regiões do corpo.

89

Antes da avaliação física completa e da obtenção detalhada do histórico do trauma, deve-se ter atenção às lesões que exigem cuidados imediatos.

Pacientes politraumatizados e com comprometimento neurológico na escala de coma de *Glasgow* (Figura 5) abaixo de 15 são comumente levados ao hospital de referência, onde, seguindo os princípios do *Advanced Trauma Life Support (ATLS)*, serão atendidos por equipe especializada e avaliados pelo cirurgião bucomaxilofacial. Porém, pacientes sem comprometimento neurológico evidente ou risco de morte podem procurar as unidades de saúde e as UPAs no mesmo dia do trauma ou em dias subsequentes. Por isso é importante o conhecimento dos princípios fundamentais de avaliação e do tratamento cirúrgico das fraturas faciais.

A avaliação primária consiste:

1. No exame da estabilidade cardiopulmonar, garantindo-se que as vias aéreas estejam desobstruídas e o paciente esteja ventilando adequadamente.

ESCALA DE COMA DE GLASGOW		
ABERTURA OCULAR	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA
4 - Espontânea 3 - Estímulo de voz 2 - Estímulo motor 1 - Ausente [] Não-testável - NT	5 - Orientado 4 - Confuso 3 - Palavras inapropriadas 2 - Sons incompreensíveis 1 - Ausentes [] Não-testável - NT	6 - Obedece a dois comandos no mínimo 5 - Localiza dor 4 - Flexão normal 3 - Flexão anormal 1 - Ausente [] Não-testável - NT

Salientamos a sugestão feita pelos autores, da realização de no mínimo 2 comandos para pontuação máxima na resposta motora.

A GCS-P é calculada subtraindo-se o Escore de Reatividade da Pupila (PRS) da pontuação total da Escala de Coma de Glasgow (GCS):

OLHOS NÃO REATIVOS À LUZ	Pontuação de Reatividade de Pupila
AMBOS OS OLHOS	2
UM OLHO	1
NEM OLHO	0

Escala de Coma de Glasgow com avaliação pupilar é GCS-P = GCS-PRS

Figura 5 | Escala de Coma de Glasgow

Fonte: Mendes (2018).

Deve-se verificar a presença de objetos na cavidade bucal, como próteses fraturadas, fragmentos dentários ou objetos que possam ser aspirados pelo paciente. As fraturas em mandíbula podem provocar obstrução das vias aéreas superiores, e nesse momento a elevação manual da mandíbula, a utilização de um guedel ou a intubação podem manter a via respiratória em condição adequada. Uma bomba de aspiração e um foco luminoso são indispensáveis para melhor aspiração do conteúdo intrabucal e avaliação da cavidade bucal.

2. Sangramentos de grande proporção devem ser controlados, a aplicação de curativos compressivos, pinçamento de vasos e suturas devem ser realizados. A face e a cavidade bucal são estruturas altamente vascularizadas, e mesmo pequenas lacerações promovem grandes sangramentos, que dificultam a avaliação inicial.
3. Deve-se fazer uma avaliação do grau de consciência do indivíduo e lembrar a proximidade da coluna cervical. Não devem ser realizados movimentos bruscos da cabeça até que se tenha retirado a suspeita de fraturas em coluna cervical. Em pacientes com grau de consciência comprometido, deve-se imobilizar o pescoço com colar cervical no primeiro momento.

91

O paciente deve ser medicado contra o processo inflamatório, administrando-se, portanto, anti-inflamatórios, que, como sabemos, são também analgésicos. Lembrando que perguntas quanto à existência de alergias ou doenças crônicas e uso de medicamentos devem ser realizadas antes da administração de qualquer medicamento inicial. Caso necessário, realiza-se a administração de soro fisiológico para hidratação do paciente. Em pacientes debilitados e que não estão se alimentando devido ao trauma, pode-se administrar soro glicosado 5%. Em algumas situações, a administração de corticoide endovenoso (EV) é necessária para controle do edema. Informações quanto a imunizações prévias são importantes, e a imunização com a antitetânica (VAT) deve ser realizada.

Somente após a avaliação inicial e a certificação da estabilidade do quadro clínico do paciente deve-se passar para uma avaliação mais específica. A história do trauma deve ser obtida da forma mais completa possível, pois informações quanto ao tempo do ocorrido e da busca por atendimento, tipo de agente causador, direção do impacto, ocorrência ou não da perda de consciência, sinais e sintomas atuais, irão direcionar a identificação da gravidade e de prováveis locais de fratura. Perguntas que podem facilitar a compreensão do fato causador do trauma:

92

- Quando ocorreu o acidente?
- Como ocorreu o trauma?
- Houve perda de consciência?
- Foi realizado algum tratamento prévio?
- Quais os sintomas do momento?
- Se há dor, onde esta se localiza?
- Há alteração dos sentidos (visão, audição)?
- Há alteração da oclusão dentária?
- Há dificuldade na abertura da boca?

A inspeção da face deve procurar a presença de abrasões, contusões, lacerações e edemas. A palpação detalhada das áreas traumatizadas deve ser realizada de forma bilateral, comparando-se os dois lados da face e procurando-se alterações de contorno da anatomia facial. O momento ideal para o tratamento definitivo das injúrias da face depende de diversos fatores. Em geral é melhor tratar as fraturas o mais cedo possível, evitando-se infecções e perda do contorno anatômico, que dificultaria a redução anatômica. Porém, em muitos

casos, é necessário a completa estabilização do quadro clínico do paciente, atrasando a oportunidade cirúrgica.

Assim, o tratamento pode ser realizado de 5 a 15 dias após o trauma, um tempo suficiente para a redução do edema, pois em sua presença, que aumenta nos dois primeiros dias, fica difícil a realização da redução cirúrgica. Contudo, muitas vezes algum tratamento para contenção das fraturas é necessário até que se realize o tratamento definitivo. Quando a permanência do segmento fraturado dificultar a estabilização do quadro clínico do paciente, como em fraturas bilaterais de sínfise mandibular, com projeção posterior da língua e obstrução das vias aéreas, há a necessidade imediata do encaminhamento deste paciente a um hospital de referência.

93

ABORDAGEM INICIAL E DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Dependendo da complexidade do quadro clínico apresentado pelo paciente traumatizado, existem alguns cuidados essenciais no tratamento inicial.

Contusões (equimoses e hematomas)

Em trauma com menos de 24 horas é indicada a aplicação de gelo no local para controle do edema e equimoses durante as primeiras 24 horas. Porém, a presença de equimoses periorbitárias, principalmente associadas à hemorragia subconjuntival, pode indicar presença de fratura do complexo zigomático-orbitário. Extenso edema e hematoma periorbitário necessita de

administração de dose de corticoide, prevenindo-se compressão do nervo óptico. Hematomas em septo nasal devem ser drenados, evitando-se necrose de septo. Equimoses localizadas atrás da orelha (Sinal de *Battle*) sugerem fratura de crânio, e o paciente deve ser encaminhado a um hospital de referência para observação.

Feridas (abrasões e lacerações)

94

As feridas devem ser lavadas, debridadas, avaliadas quanto à presença de corpos estranhos, fragmentos ósseos ou dentários no tecido mole. Radiografias dos tecidos moles podem evidenciar presença desses fragmentos no seu interior. Por ser bastante vascularizada, a face pode ser suturada em até 24 horas após o ferimento. Para isso, é importante reavivar as bordas das feridas e debrida-las, quando necessário, antes de suturar. Ferimentos por arma de fogo não devem ser suturados. Deve-se avaliar as possíveis transecções de nervos e ductos importantes, tentando-se a reanastomose dos segmentos. As suturas se iniciam de dentro para fora, em camadas. Sutura-se primeiro a mucosa bucal, seguindo-se o músculo, o tecido subcutâneo e a pele. Pontos de referência identificáveis devem ser suturados primeiro, como borda vermelha dos lábios, asa do nariz e áreas da laceração que possam ser facilmente reposicionadas.

Dentes avulsionados

Até que se faça o tratamento de estabilização dos dentes que foram deslocados de sua posição parcialmente

ou na sua totalidade, o melhor local para se manter o dente é dentro do seu alvéolo. Os dentes devem ser reposicionados no alvéolo, desde que não haja risco de o paciente aspirá-lo ou engoli-lo. Nos casos de impossibilidade de manutenção no alvéolo, dentes mantidos em leite ou soro fisiológico podem ser reimplantados até seis horas após o trauma. Não se deve limpar a superfície dentária com gaze ou qualquer instrumental raspante. Apenas lavar com soro fisiológico, caso ele tenha caído fora da cavidade bucal. Logo que possível o paciente deve ser encaminhado ao cirurgião-dentista para a estabilização dos dentes (ferulização com fio de nylon ou fio de aço e resina).

Fraturas

A presença de alteração do contorno facial, como afundamentos e degraus, são indicativos de fratura. A palpação do contorno orbitário evidenciará fraturas em órbita, podendo estar comprometido o osso frontal, o zigoma ou a maxila. A alteração da visão, frequentemente a diplopia, pode evidenciar fratura de assoalho orbitário, e a impossibilidade de movimentação do globo ocular significa o aprisionamento dos músculos da órbita entre os fragmentos. Alteração em pupila pode significar alterações neurológicas.

A palpação do pilar zigomático e do arco zigomático evidenciará a presença ou não de degraus, indicando a possível fratura do complexo zigomaticomaxilar. Para se avaliar a mobilidade da maxila, a cabeça do paciente deve ser estabilizada na frente com uma

das mãos. Prossegue-se com a apreensão da região anterior da maxila entre os indicadores e o polegar e com a pressão desse segmento à procura de movimentação ou crepitação.

Realiza-se a palpação da raiz nasal à procura de crepitação em ossos nasais. A alteração da mordida, descrita pelo paciente, também é sinal de fratura na maxila ou mandíbula. A mandíbula deve ser palpada de forma bimanual. Avalia-se a margem mandibular à procura de alterações de contorno e, de forma firme, verifica-se a presença ou não de mobilidade entre os segmentos do corpo mandibular e ramo. A presença de mordida aberta anterior e da impossibilidade de fechamento da mordida é indicativo de fratura bilateral da cabeça articular da mandíbula (côndilo). Desvio de lateralidade no movimento de abertura bucal é indicativo de fratura do côndilo do lado para o qual ocorreu o desvio.

96

ATENDIMENTO SEQUENCIAL E ENCAMINHAMENTO

As fraturas da face devem ser tratadas cirurgicamente pelo especialista em cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial (CTBMF). Entretanto, o paciente traumatizado pode procurar serviços de emergência (UPA) ou Unidades de Saúde. Nesse caso, o primeiro atendimento pode ser realizado por CD generalista, que procederá à avaliação da situação, à medicação do paciente e à realização de determinados procedimentos, como a contenção da fratura com bandagens ou fios de aço, proporcionando conforto ao paciente até o momento do tratamento definitivo.

Para o tratamento das fraturas faciais, devemos SEMPRE fazer essas três perguntas:

1. Deve-se intervir cirurgicamente?
2. Em caso afirmativo, qual é o momento mais adequado?
3. Qual é o método mais eficaz da redução e da imobilização das linhas de fratura?

O encaminhamento para serviços especializados deverá levar em conta a solicitação de exames pré-operatórios, baseados na história médica do paciente, o que possibilitará a maior agilidade no preparo para a cirurgia. Fraturas complexas, evidenciadas visualmente, não necessitam de exames radiográficos prévios. Nestes casos, a solicitação direta da tomografia computadorizada é imprescindível para a delimitação da fratura e o planejamento cirúrgico. Assim, economizam-se tempo e exames radiográficos, que não seriam suficientes ao tratamento.

Cada fratura apresenta sinal, sintoma e tratamento específicos, que devem ser conhecidos pelas equipes das Unidades de Saúde e pelos profissionais que atuam nas UPAs, para que agilizem o primeiro atendimento e os encaminhamentos necessários ao tratamento do paciente.

VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E FAMILIAR

Pelo conceito da Lei Maria da Penha (Lei nº 11.340/2006):

O agressor poderá ser o marido, convivente, namorado, irmãos, cunhado, cunhada, sogro, sogra, e outros, independentemente do sexo ou grau de parentesco com a vítima.

As consequências da violência sobre a vida e a saúde das mulheres são reveladas nas morbidades passíveis de serem percebidas no corpo físico. As marcas deixadas pela violência entre as mulheres se mostram profundas e envolvem aspectos subjetivos. A violência encontra expressão em um espaço onde o homem tem praticamente domínio total, mesmo não sendo o provedor financeiro das famílias. Todas as pessoas que vivem sob o mesmo teto, vinculadas ou não por laços de parentesco ao chefe do local, devem-lhe obediência.

As mulheres evidenciam as vulnerabilidades de estarem marcadas pela violência, da sua condição de pobreza, do estar contando apenas consigo mesmas. Particularmente, sobre o sofrimento resultante do trauma na face, as alterações sentidas, geralmente, parecem não merecer espaço para uma terapêutica, em função da condição de inferioridade e de exclusão dessas mulheres. Ao se colocarem em situação de inferioridade e exclusão, impedem que se rompa o isolamento social e político e se otimize o atendimento de suas necessidades sociais e de saúde.

Sobre as consequências da violência para a saúde, as mulheres expõem a sua condição de vulnerabilidade. Convivem com a visão estigmatizada de si, por deixarem de ser normais. As desordens de caráter psicológico em traumatizados têm sido abordadas, e têm sido ressaltados vários transtornos mentais relacionados ao trauma facial, como o apresentado por estas vítimas, levando-as ao desajuste social e a sentir-se anormais (ESPARZA *et al.*, 2007).

Seus efeitos não se fazem sentir apenas na saúde física e mental da mulher, mas também nas relações interpessoais, nas instituições sociais, na sociedade como um todo, na medida em que os efeitos físicos e psicológicos do abuso influenciam a capacidade criativa e produtiva das mulheres (SANTI, 2003). A mulher vítima de violência adoece mais; falta ao trabalho; isola-se da vida social por dor ou simplesmente por não poder parecer “feia” na sociedade.

99

Frente a esta realidade, a Odontologia não pode ignorar, e muito menos aceitar, a violência como fato corriqueiro e pertinente a outras áreas de saúde. É importante reconhecer as consequências físicas e refletir a respeito com responsabilidade, preocupando-se com a prevenção, intervindo e posicionando-se no combate à violência.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trauma facial decorrente da violência doméstica ocupa espaço de relevância na saúde da mulher, tendo significado de destaque para a saúde pública, em razão da morbidade que causa à vida das pessoas afetadas. Nesse sentido, políticas públicas de recuperação e reabilitação das sequelas precisam ser construídas prioritariamente, de modo a diminuir o cenário de dor e descaso.

É importante considerar a condição de fragilidade social sob a qual as mulheres se encontram, evitando simplificações, mas reconhecendo perfis com trajetórias marcadas por violência doméstica, pelo uso ou pela convivência com usuário de álcool e outras drogas,

pela condição de submissão aos domínios masculinos, pelos prejuízos nos processos de escolaridade e profissionalização, além de condições não adequadas de exercício de cidadania.

Nesse sentido, cabe à Odontologia e à saúde pública criar estratégias de atenção integral à saúde dessas mulheres estigmatizadas e marcadas pela violência. A violência doméstica pode resultar em traumas maxilofaciais nos quais podem ser acometidos tecidos moles, duros e pulpare, periodontais e ósseos. O trauma maxilofacial decorrente da agressão é um marco de situações recorrentes que podem resultar em cicatrizes físicas e emocionais, além de poder ocasionar danos fisiológicos, como afecções do funcionamento habitual do sistema estomatognático.

100

Na necessidade de intervenção, o cirurgião bucomaxilofacial deve estar apto a detectar alterações que o induzam à identificação de atos violentos. Essas situações requerem do profissional o conhecimento, o sigilo e a obediência à lei a ser executada por meio da notificação compulsória, de acordo com o grau das lesões de natureza física, o qual permite não só a visualização desse fenômeno, como também a execução de medidas de intervenção, zelando pela dignidade e saúde da vítima.

REFERÊNCIAS

AFFONSO, P. R. A. *et al.* Etiologia de trauma e lesões faciais no atendimento pré-hospitalar no Rio de Janeiro. *Revista Uningá, Maringá*, n. 23, p. 23-34, jan./mar. 2010.

AGUIAR, A. S. W. *et al.* Atendimento emergencial do paciente portador de traumatismos de face. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, Fortaleza, v. 17, n. 1, p. 37-43, 2004.

AOCMF Trauma. AO Foundation. AO Surgery Reference. Disponível em: <https://www2.aofoundation.org/wps/portal/surgery?showPage=diagnosis&ce=CMF&segment=Overview&showCMF=true>. Acesso em: 11 abr. 2022.

BASTE, V.; ALSAKER, K.; MOEN, B. E.; NORTVEDT, M. W. Low health-related quality of life among abused women. *Qual Life Res*, [S. l.], v. 15, n. 6, p. 959-965. Aug 2006.

101

CARVALHO, T. B. O. *et al.* Seis anos de atendimento em trauma facial: análise epidemiológica de 355 casos. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, São Paulo, v. 76, n. 5, p. 565-574. set./out. 2010.

DUTTON, M. A.; BONNIE, L. G.; STACEY, I. K.; DARREN, M. R.; ZEFFIRO T. A.; KRAUSE, E. D. Intimate Partner Violence, PTSD, and Adverse Health Outcomes. *Journal of Interpersonal Violence*, [S. l.], v. 21, n. 7, p. 955-968, July 2006.

ESPARZA, J.; KLEVENS, J.; CARMEN, S. G.; BARNEY, D. D. Latinos' Perspectives and Experiences With Intimate Partner Violence. *Violence Against Women*, [S. l.], n. 13: p. 141-158, 2007.

FONSECA, R. *et al.* *Oral and maxillofacial trauma*. 2. ed. Philadelphia, US: Saunders Company, 1994.

HEISE, L. Gender-based Abuse: The Global Epidemic. *CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA*, [S. l.], v. 10, p. 135-145, 1994.

HOPPER, R. A.; SALEMY, S.; SZE, R. W. Diagnosis of Midface Fractures with CT: What the Surgeon Needs to Know. *RadioGraphics*. Seattle, p. 783-794. May-June, 2006.

KRUG, E. G.; SHARMA, G. K.; LOZANO, R. The Global Burden of Injuries. *American Journal of Public Health*, [S. l.], v. 90, n. 4, p.523-526, abr. 2000.

MACKENZIE, E. J. Epidemiology of Injuries: Current Trends and Future Challenges. *Epidemiologic Reviews*, Baltimore, v. 22, n. 1, p.112-119, 2000.

MALISKA, M. C. S.; LIMA JUNIOR, S. M.; GIL, J. N. Analysis of 185 maxillofacial fractures in the state of Santa Catarina, Brazil. *Brazilian oral research*, São Paulo, v. 23, n. 3, set. 2009.

MEDINA-ARIZA, J; CAVANAGH, K; DOBASH, R. P.; DOBASH, R. E. Lethal and Nolethal violence against na intimate female partner. *Violence Against Women*, [S. l.], v. 13, n. 4, p. 329-353, April, 2007.

102

MENDES, A. Escala de coma de Glasgow: orientações e associação com a avaliação pupilar. *Qualis*, maio, 2018.

MILORO, M.; GHALI, G. E.; LARSEN, P.; WAITE, P. D. *Princípios de cirurgia bucomaxilofacial de Peterson*. São Paulo: Santos, 1998.

MONTOVANI, J. C. *et al.* Etiologia e incidência das fraturas faciais em adultos e crianças: experiência em 513 casos. *Revista brasileira de otorrinolaringologia*, São Paulo, v. 72, n. 2, abr. 2006.

MOTTA, M. M. Análise epidemiológica das fraturas faciais em um hospital secundário. *Revista brasileira de cirurgia plástica*, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 162-169, 2009.

MURCHISON, David F. Urgent dental problems: Jaw dislocation. In: PORTER, Robert S.; KAPLAN, Justin L. (Ed.) *The Merck manual home health handbook*. New Jersey, 2012. Disponível em: http://www.merckmanuals.com/home/mouth_and_dental_disorders/ecente_dental_problems/jaw_dislocation.html#v7518o8. Acesso em: 11 abr. 2022.

NASCIMENTO, L. s. *et al.* Violência contra a Mulher e Consequências à Saúde Bucal. *Gênero na Amazônia*, Belém, n. 2, jul./dez., 2012.

NETTER, Frank H. *Atlas de anatomia humana*. 5 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

OLIVEIRA, J. A. G. P. *Traumatologia bucomaxilofacial e reabilitação morfofuncional*. São Paulo: Santos, 2011.

OLIVEIRA, M. G. *Manual de anatomia da cabeça e do pescoço*. 4. ed. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2002.

PEREIRA, M. D. *et al.* Trauma craniofacial: perfil epidemiológico de 1223 fraturas atendidas entre 1999 e 2005 no Hospital São Paulo – UNIFESP-EPM. *Revista da Sociedade Brasileira de Cirurgia Craniomaxilofacial*, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 47-50, abr. 2008.

103

PRADO, R.; SALIM, M. A. A. *Cirurgia bucomaxilofacial: diagnóstico e tratamento*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

REZENDE, E. J. C. Lesões buco-dentais em mulheres em situação de violência: um estudo piloto de casos periciados no IML de Belo Horizonte, MG. *Ver. Bras. Epidemiol.*, Belo Horizonte, v.10, n. 2, p. 202-214, jun. 2007.

SANTI, L. N.; CHIAPERINI, A. T.; PEREIRA, J. M.; BÉRGAMO, A. L.; WATANABE, M. G. C.; BREGAGNOLO, J. C. Avaliação de danos bucomaxilofaciais resultantes das lesões corporais em mulheres registradas no ano de 1998 em Ribeirão Preto/São Paulo. *Anais da Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo*, ago.-dez., p.133, 2003.

SANTOS, A. M. B.; MEURER, E. *Eventos agudos na atenção básica: trauma de face*. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/886/1/PDF%20-%20Livro%20odo%20Curso.pdf>. Acesso em: 11 abr. 2022.

SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. L. P. Violência contra mulheres: interfaces com a Saúde. *Comunicação, saúde, educação*, [S. l.], v. 3, n. 5, p. 11-27, 1999.

SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F.; COUTO, M. T. Violence and health: recent scientific studies. *Ver. Saúde Pública*, [S. l.], n. 40, spec n., p. 112-20, Aug. 2006.

SIMÕES, M.; ALVES, S. Reconhecendo a Violência: a agressão física nunca é o primeiro sinal do ciclo da violência doméstica. ND+. Santa Catarina, 2022. Disponível em: <https://ndmais.com.br/seguranca/policia/depoimento-de-uma-sobrevivente-entenda-o-ciclo-da-violencia-domestica/>. Acesso em: 25 maio 2022.

TRIVEDY, C. *et al.* The attitudes and awareness of emergency department (ED) physicians towards the management of common dentofacial emergencies. *Dental Traumatology*, [S. l.], v. 28, n. 2, p. 121-126, abr. 2012. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1600-9657.2011.01050.x/pdf>. Acesso em: 11 abr. 2022.

104

WAISELFISZ, J. J. Mapa da violência dos municípios brasileiros. *Organização dos Estados Ibero-Americanos para a Educação, a Ciência e a Cultura-OEI*, [S. l.], fev., 2007.

WULKAN, M.; PARREIRA JR., J. G.; BOTTER, D. A. Epidemiologia do trauma facial. *Revista da Associação Médica Brasileira*, São Paulo, v. 51, n. 5, p. 290-295, out. 2005.

4

IMPACTOS DOS TRAUMAS DE FACE PARA AS FUNÇÕES OROFACIAIS

Melissa Picinato-Pirola

Nos capítulos anteriores, vimos que a violência doméstica pode resultar em traumas de face, os quais tiveram um aumento após o cenário de pandemia de Covid-19. Infelizmente, com a necessidade de isolamento, com o fechamento de escolas, comércio e atividades em geral, houve um confinamento que elevou o contato das mulheres com seus agressores, explicando-se, assim, o aumento da violência doméstica no cenário pandêmico. A face é a região mais exposta do indivíduo, e o acometimento dessa região pode trazer consequências graves de diferentes naturezas, tais como: estéticas, psicológicas e alterações no desempenho das funções orofaciais.

Para entendermos um pouco mais sobre o impacto dos traumas de face, precisamos pensar nas estruturas acometidas (partes do rosto) e suas relações com as funções orofaciais: respiração, deglutição, mastigação e fala.

Neste capítulo, foram elencados alguns pontos para a compreensão das possíveis alterações das funções orofaciais provocadas pelo trauma de face.

QUAL É A ESTRUTURA OROFACIAL QUE PODE SER MAIS ACOMETIDA, TRAZENDO PREJUÍZO NO DESEMPENHO DAS FUNÇÕES OROFACIAIS?

Nos traumas de face, a mandíbula é uma das estruturas mais acometidas, e, com isso, podem ser ocasionadas

alterações relacionadas a limitação/restrrição de abertura de boca, dificuldades no movimento de lateralização mandibular (colocar a mandíbula para um lado e para outro), desvios mandibulares no movimento de abertura da boca, disfunção temporomandibular (DTM) e, algumas vezes, alterações de sensibilidade e mímica facial. É importante ressaltar que, nesses casos, o edema (inchaço) e a dor orofacial estão presentes na maioria das vezes, e contribuem para as restrições dos movimentos mandibulares citados.

107

As restrições de movimentos mandibulares e a dor trazem como consequência alterações nas funções orofaciais, principalmente nas funções de mastigação e fala. Nos casos de trauma, muitas vezes, os indivíduos terão dificuldades na incisão (corte inicial) do alimento na mastigação, devido ao fato de a abertura bucal estar reduzida, e, dessa forma, muitos alimentos são introduzidos inteiramente na boca ou cortados com a mão, para serem mastigados em seguida. Além disso, devido à dificuldade de lateralizar a mandíbula, o alimento acaba sendo mastigado apenas de um lado (unilateralmente), e, com o passar do tempo, o padrão de mastigação unilateral instalado pode ocasionar assimetrias das estruturas orofaciais, e, em alguns casos, provocar ou acentuar a DTM. A mastigação pode ocorrer de forma mais lenta, e há a preferência por alimentos macios, devido às restrições mandibulares e à dor. Na fala, a articulação dos fonemas ocorre de forma travada, e podem aparecer distorções em alguns fonemas, devido aos desvios mandibulares, sendo essas mais observadas na produção dos fonemas /s/ e /z/.

A OCLUSÃO DENTÁRIA (POSICIONAMENTO DOS DENTES) DO PACIENTE PODE SER AFETADA NOS CASOS DE TRAUMA DE FACE?

Sim, em alguns casos os indivíduos podem sofrer perdas dentárias ou alterações oclusais devido ao trauma de face. Quando há perdas e/ou abalos dentários, também podem ocorrer modificações nas estruturas orofaciais; por exemplo, um paciente que perdeu os dentes posteriores, responsáveis pela trituração do alimento, tende a apresentar problemas na mastigação (trituração dos alimentos), compensando a mastigação com os dentes anteriores, facilitando a dieta com o uso de alimentos mais macios e auxiliando com movimentos de língua o amassamento do alimento, para depois realizar a deglutição. Outro exemplo: as perdas de dentes anteriores prejudicam a incisão/mordida inicial do alimento na mastigação, além de permitir que a língua fique interposta onde se tem a ausência de dentes, a fim de favorecer a pressão oral na deglutição, trazendo prejuízos na musculatura da língua, assim como na função de deglutição.

108

A RESPIRAÇÃO PODE SER AFETADA NOS CASOS DE TRAUMA?

Quando a região nasal é acometida pelo trauma, a respiração pode ser afetada. A respiração mais adequada para o ser humano é a respiração nasal, a qual favorece o crescimento e o desenvolvimento craniofacial, a oclusão dentária sem alterações e o posicionamento adequado dos lábios, da língua e das bochechas.

Com o acometimento das estruturas nasais, tais como ossos ou tecidos moles, pode ocorrer o impedimento da entrada do ar pela cavidade nasal, e, dessa forma, o indivíduo que, antes, tinha condições de realizar a respiração nasal passa a não ter mais, e, como consequência, apresenta a respiração oral, ou seja, o indivíduo terá que permanecer com os lábios entreabertos para respirar, a mandíbula ficará em posição rebaixada durante o repouso, e a língua tende a permanecer em assoalho bucal para permitir a passagem do ar.

109

A MUSCULATURA OROFACIAL PODE SER AFETADA NOS CASOS DE TRAUMA?

Como visto anteriormente, a musculatura orofacial pode sofrer alterações. Das estruturas já citadas, foi relatado que a musculatura da língua pode sofrer alterações de posicionamento, devido às alterações oclusais e alterações na função de respiração. O paciente que apresenta o posicionamento de língua em assoalho bucal tende, com o passar do tempo, a apresentar uma tensão de língua diminuída, ou seja, essa língua pode ficar “mais molinha” e provocar interposições na função de deglutição; alterações de fala, como os ceceios anteriores (interposição de língua anterior na fala) e distorções; e alterações na mastigação, pois a língua pode não realizar adequadamente o movimento de lateralização dos alimentos e de limpeza da cavidade oral após a deglutição.

Além da alteração na língua, outras estruturas podem ser prejudicadas a depender da região e da loca-

lização do trauma, como, por exemplo, nos casos de lesão do tecido labial, que após a cicatrização podem impedir a oclusão labial. Além disso, deve-se atentar para as perdas de tecido cutâneo e muscular na região orofacial, possibilidade de formação de cicatrização patológica (fibroses), rigidez e tensão muscular.

A proposta deste capítulo foi mostrar os principais impactos provocados pelos traumas de face nas funções orofaciais. A seguir será esclarecido o tratamento fonoaudiológico desses casos.

110

REFERÊNCIAS

BRASIL. Câmara dos Deputados. *Crescem denúncias de violência doméstica durante pandemia*. Disponível em: www.camara.leg.br/noticias/661087-crescemdenuncias-de-violenciadomestica-durante-pandemia. Acesso em: 11 abr. 2022.

VIEIRA, Pâmela Rocha; GARCIA, Leila Posenato; MACIEL, Ethel Leonor. Noia. Isolamento social e o aumento da violência doméstica: o que isso nos revela? *Rev. Bras. Epidemiol.*, [S. l.], n. 23, 2020.

TRAWITZKI, L. V. V. Avaliação e reabilitação fonoaudiológica nos traumas de face. In: FELÍCIO, C. M.; TRAWITZKI, L. V. V. (org.). *Interfaces da Medicina, Odontologia e Fonoaudiologia no Complexo Cérvico-Craniofacial*. Barueri: Pro-Fôno, 2009. p. 333-348.

TRAWITZKI, L. V. V.; BORGES, C. G. P; GRECHI, T. H. Traumas de face: avaliação e tratamento fonoaudiológico. In: SILVA, H. J. et al. (org.) *Tratado de motricidade orofacial*. São José dos Campos: Pulso Editorial, 2019. p. 645-654.

5

ABORDAGEM FONOAUDIOLÓGICA NOS TRAUMAS FACIAIS

Luciana Vitaliano Voi Trawitzki

Vítimas de traumas de face, seja por acidente, seja por violência, podem receber o cuidado especializado de um profissional da Fonoaudiologia. Muitas mulheres são alvo de violência, e a região da face e pescoço é a mais atingida nesses casos. Vamos entender a seguir o porquê de o fonoaudiólogo participar da reabilitação de vítimas de traumas faciais, e como se dá essa abordagem.

POR QUE CASOS DE TRAUMAS DE FACE SÃO ENCAMINHADOS PARA A FONOAUDIOLOGIA?

Os casos de traumas de face que chegam para o atendimento fonoaudiológico são bastante diversificados em relação a sua complexidade. Sua etiologia é variada, assim como suas manifestações. Esses pacientes geralmente são encaminhados para o fonoaudiólogo por médicos ou cirurgiões-dentistas com a especialidade em cirurgia bucomaxilofacial. Alguns pacientes apresentam limitações nos movimentos da mandíbula, como para abrir a boca e levar a mandíbula para frente e para os lados. Podem apresentar dor, alterações na sensibilidade da face ou da boca e restrições nos movimentos da mímica facial, na língua, além de

dificuldades para mastigar, engolir e falar. O fonoaudiólogo especialista em Motricidade Orofacial é o profissional que atua com essas alterações.

TODOS OS CASOS DE TRAUMAS DE FACE NECESSITAM DA REABILITAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA?

Não todos. Alguns casos podem ser de restrições leves e temporárias. Entretanto, o profissional que os acompanha (médico ou cirurgião-dentista bucomaxilofacial) deverá estar atento às queixas e às limitações orofaciais do paciente e encaminhá-lo o mais breve possível para a reabilitação. Atualmente, em grandes centros de atendimento especializado, o fonoaudiólogo faz parte da equipe multidisciplinar e contribui com a reabilitação integrada.

113

COMO SE DÁ A ATUAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA NOS CASOS DE TRAUMA DE FACE?

Primeiro é preciso conhecer o paciente e investigar suas dificuldades.

A atuação fonoaudiológica nesses casos se dá por meio de uma entrevista com o paciente e o seu responsável (quando necessário), dedicada à compreensão do problema, à identificação das queixas e ao melhor entendimento do funcionamento das estruturas orofaciais. São solicitadas algumas informações sobre tratamentos anteriormente realizados (cirúrgicos ou não), presença de dor ou desconforto orofacial, dificuldades com os movimentos faciais, da mandíbula, do pescoço, assim

como dificuldades com a alimentação, a respiração e a fala. Investiga-se, também, quando possível, como era a condição miofuncional do paciente antes do trauma.

É necessário identificar a condição das estruturas orofaciais e seu funcionamento. Por meio do exame clínico, o fonoaudiólogo verificará as estruturas orofaciais em situação de repouso (análise estática) e em movimento (análise dinâmica), a denominada “avaliação miofuncional orofacial”. São feitas provas e medidas que serão comparadas com padrões de referência, para que sejam identificadas as alterações miofuncionais orofaciais.

114

A FONOTERAPIA OU REABILITAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA

A partir de uma investigação detalhada em relação às sequelas apresentadas, nela incluídos a condição miofuncional orofacial atual e o diagnóstico dado pelo médico ou cirurgião bucomaxilofacial, define-se um plano de tratamento fonoaudiológico, com o objetivo geral de recuperar os movimentos e as funções orofaciais, respeitando-se as limitações de cada caso.

A reabilitação fonoaudiológica tem como proposta: diminuir o edema e a dor; estimular a sensibilidade; alongar região de tecido cicatricial; estimular a mímica facial; recuperar os movimentos mandibulares; recuperar mobilidade, coordenação e, quando necessário, a força dos lábios, da língua e das bochechas; melhorar o posicionamento dos lábios e da língua; e melhorar a respiração, a mastigação, a deglutição e a fala do paciente.

QUANTO TEMPO DURA O TRATAMENTO FONOAUDIOLÓGICO?

O período de tratamento fonoaudiológico depende da complexidade do acometimento, do estado de saúde geral do paciente e da adesão do mesmo ao tratamento. A maioria dos casos pode seguir um protocolo de oito sessões terapêuticas, com melhoras evidentes já comprovadas. Em casos mais complexos, pode-se definir um plano de tratamento fonoaudiológico a curto, médio e longo prazo, em propostas conjuntas com a equipe, como em casos, por exemplo, com necessidade de novas cirurgias reparadoras. Por isso, é importante identificar a estabilidade e o limite da evolução terapêutica, de acordo com os parâmetros de exames adotados no começo do tratamento.

115

REFERÊNCIAS

TRAWITZKI, L. V. V. Avaliação e reabilitação fonoaudiológica nos traumas de face. In: FELÍCIO, C. M.; TRAWITZKI, L. V. V. (org.). *Interfaces da Medicina, Odontologia e Fonoaudiologia no Complexo Cérvico-Craniofacial*. Barueri: Pro-Fono, 2009. p. 333-348.

TRAWITZKI, L. V. V.; BORGES, C. G. P; GRECHI, T. H. Traumas de face: avaliação e tratamento fonoaudiológico. In: SILVA, H. J. et al. (org.) *Tratado de Motricidade Orofacial*. São José dos Campos: Pulso Editorial, 2019. p. 645-654.

6

TRAUMAS FACIAIS E SAÚDE MENTAL

Jullyane Chagas Barboza Brasilino

A oportunidade de participar do *webinar* sobre “Traumas da face e violência doméstica: impactos para funções orofaciais e qualidade de vida”, em fevereiro de 2021, foi muito rica, e proporcionou diversas reflexões. Participaram profissionais que atuam diretamente com as questões da violência contra as mulheres, seja a partir da militância política, com vistas à garantia de seus direitos, sejam aqueles/as que as auxiliam, a partir de suas práticas de cuidados em saúde com a fisioterapia, fonoaudiologia, odontologia e psicologia. No meu caso específico, o lugar de fala é mais situado nos cuidados e atenção no que diz respeito à saúde mental dessas mulheres que estão em situação de violência doméstica e familiar. Nesse sentido, o objetivo do presente texto é abordar de forma sucinta como os traumas faciais podem trazer implicações para a saúde mental dessas mulheres. Para isso, iniciaremos contextualizando os diversos tipos de violência e suas implicações, a violência doméstica e familiar contra a mulher no contexto da pandemia da Covid-19, e as implicações da violência e dos traumas na face para a vida das mulheres em situação de violência, especialmente em relação à sua saúde mental.

A VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E FAMILIAR CONTRA A MULHER E SUAS MANIFESTAÇÕES

A partir da instituição da Lei Maria da Penha (11.340/2006), a violência doméstica e familiar contra a mulher passou a ser definida como um crime com procedimento particular, o que gerou amplo interesse no debate público e uma transformação simbólica do conceito de violência contra a mulher, que, definitivamente, deixa de ser considerada um crime de menor potencial ofensivo (BRASILINO, 2010).

118

TIPOS DE VIOLÊNCIA

Estão previstos cinco tipos de violência doméstica e familiar contra a mulher na Lei Maria da Penha – Capítulo II, art. 7º, incisos I, II, III, IV e V: física, psicológica, moral, sexual e patrimonial. Nesse sentido, a violência contra a mulher é considerada qualquer conduta que cause dano emocional e diminuição da autoestima; prejudique e perturbe o pleno desenvolvimento da mulher; ou vise degradar ou controlar suas ações, comportamentos, crenças e decisões.

POR QUE NA FACE?

O estudo desenvolvido por Dourado e Noronha (2015) objetivou estimar a prevalência de lesões na face, cabeça e pescoço de mulheres agredidas pelo parceiro. Tal intuito partiu do reconhecimento de que o rosto é um local corporal privilegiado e de alto valor simbólico. As autoras destacam ainda que há grande convergência

em se apontar a região da cabeça, pescoço e, notadamente, a face como o local do corpo da mulher mais atingido nos episódios violentos.

Os resultados obtidos na pesquisa estimam que em 63,2% dos casos estudados houve trauma na face e/ou cabeça e/ou pescoço da mulher agredida. A análise das falas (a partir das entrevistas realizadas) evidenciou que os danos faciais, sobretudo os permanentes, tendem a produzir sentimentos de autodepreciação, humilhação e vergonha na vítima, gerando acentuado sofrimento psíquico.

119

A partir do objetivo do presente texto, que é o de abordar como os traumas faciais podem trazer implicações para a saúde mental das mulheres em situação de violência, destacamos aqui os resultados do estudo de Dourado e Noronha (2015), pois, de acordo com as autoras, julga-se necessário problematizar a explicação simplista do senso comum, e, muitas vezes, referida em algumas produções científicas, que atribui as altas taxas de lesões faciais em mulheres em situação de violência conjugal apenas ao fato de a face ser um sítio corporal desprotegido, de maior exposição.

Assim, como bem destacam as autoras, justifica-se uma investigação mais aprofundada diante da presunção de um dano físico – temporário ou permanente – que pode assumir relevância singular ao sugerir uma superposição entre violência física e psicológica, decorrente do caráter de humilhação, de ameaça ao lócus por excelência da identidade pessoal e de violação à dignidade humana que uma agressão ao rosto pode representar. Tais elementos apontam como é importante ficarmos atentos/as aos traumas na face decorrentes da

violência doméstica e familiar contra a mulher, e aos seus impactos em sua saúde física e mental (DOURADO; NORONHA, 2015).

A VIOLÊNCIA E O CONTEXTO DA PANDEMIA DA COVID-19

A violência é um fenômeno social, complexo e multifatorial que afeta pessoas, famílias e comunidades. A Organização Mundial da Saúde (OMS) chama a atenção para a violência como um problema de saúde pública. Nesse sentido, em situações de pandemia, tais como a da Covid-19, os indicadores de países como China, Espanha e Brasil evidenciaram que os casos de violência já existentes se agravaram, e, ao mesmo tempo, emergiram novos casos.

120

Os serviços das redes intrasetorial (saúde) e inter-setorial (assistência social, educação, sociedade civil organizada e terceiro setor) são fundamentais na busca de estratégias para proteção, oferecendo assistência social, apoio médico, psicológico, jurídico. Assim, é importante destacar que a população e a rede de apoio devem ter em mãos os contatos dos diversos serviços de emergência em saúde disponíveis durante uma situação de pandemia e certificar-se de que são capazes de oferecer a ajuda solicitada, assim como os de outros serviços necessários (MELO, 2020).

Nesse debate, uma questão pouco ou insuficientemente discutida por pesquisadores, gestores e demais membros dos comitês de crise para o enfrentamento da pandemia, por longo tempo, foram as repercussões

do distanciamento social no relacionamento interpessoal, especialmente entre parceiros íntimos, pais e filhos. Com base em situações de distanciamento social anteriores e no aumento súbito do registro de casos de violência no contexto de pandemia, organizações internacionais, pesquisadores e mídia leiga preocuparam-se com os indícios de aumento da violência doméstica, sendo o lar, muitas vezes, um lugar de medo e abuso. Ao se fazer uma breve revisão sobre o assunto nas mídias sociais e internet, percebe-se que o aumento da violência contra a mulher, e contra a criança e o adolescente durante o período de distanciamento social foi observado em diferentes países, tais como China, Reino Unido, Estados Unidos, França e Brasil. Um número alarmante chama atenção no contexto brasileiro: segundo dados do Ligue 180 disponibilizados pelo Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, houve um aumento de cerca de 17% no número de ligações com denúncias de violência contra a mulher durante o mês de março de 2020, período inicial da recomendação do distanciamento social no país (MARQUES, 2020).

121

A VIOLÊNCIA E SUAS IMPLICAÇÕES PARA A SAÚDE MENTAL

Em um estudo no qual é analisada a associação entre violência por parceiro íntimo (VPI) e uso de serviços de atenção primária à saúde em São Paulo, Schraiber, Barros e Castilho (2010) reiteram que não apenas há uma maior procura pelos serviços de saúde por parte das

mulheres que experimentam ou já experimentaram violência perpetrada por seus parceiros íntimos, bem como esse maior uso se relaciona com situações de violência mais graves e mais frequentes.

Afirmam então, com base nos resultados encontrados no estudo, que as mulheres que convivem com VPI repetitiva apresentam maior frequência de uso de serviços de saúde e de agravos à sua saúde, em especial problemas de saúde mental (SCHRAIBER; BARROS; CASTILHO, 2010).

122

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após as explanações ora feitas com o intuito de abordar como os traumas faciais podem trazer implicações para a saúde mental das mulheres em situação de violência doméstica e familiar, é imperativo dar visibilidade às dimensões objetivas e subjetivas da vitimização feminina no âmbito conjugal.

No setor saúde, em especial nas emergências e unidades básicas, mulheres que apresentem traumas faciais não acidentais e indicativos de violência por parceiro íntimo devem ser inquiridas acerca da origem dos agravos, e, nos casos confirmados, deve-se proceder ao encaminhamento para outros pontos da rede de enfrentamento à violência contra a mulher. Além disso, faz-se mister destacar que os traumas na face ocasionados pela violência doméstica provocam danos à saúde física e mental dessas mulheres, por vezes irreparáveis, e que a rede de apoio deve ser acionada para dar o suporte necessário/possível.

REFERÊNCIAS

BRASILINO, Jullyane Chagas Barboza. *Masculinidades no juizado de violência doméstica e familiar contra a mulher: performances em cena*. 2010. 147 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2010.

DOURADO, Suzana de Magalhães; NORONHA, Ceci Vilar. Marcas visíveis e invisíveis: danos ao rosto feminino em episódios de violência conjugal. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 9, p. 2911-2920, set. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000902911&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 11 abr. 2021.

123

MARQUES, Emanuele Souza *et al.* A violência contra mulheres, crianças e adolescentes em tempos de pandemia pela COVID-19: panorama, motivações e formas de enfrentamento. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 4, e.00074420, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2020000400505&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 11 abr. 2021.

MELO, Bernardo Dolabella *et al.* (org.). *Saúde mental e atenção psicossocial na pandemia COVID-19: violência doméstica e familiar na COVID-19*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2020. Cartilha. 22 p.

SCHRAIBER, Lilia Blima; BARROS, Cláudia Renata dos Santos; CASTILHO, Euclides Ayres de. Violência contra as mulheres por parceiros íntimos: usos de serviços de saúde. *Rev. bras. epidemiol.*, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 237-245, jun. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2010000200006&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 11 abr. 2021.

7

**A IMPORTÂNCIA
DA EQUIPE
MULTIDISCIPLINAR NA
ASSISTÊNCIA A PESSOAS
COM TRAUMATISMOS
FACIAIS EM SITUAÇÃO
DE VIOLÊNCIA
DOMÉSTICA**

*Maria Carolina Ferreira de Melo
Luciana Moraes Studart-Pereira*

INTRODUÇÃO

Os atos de violência doméstica são um problema de saúde pública mundialmente, além de ser uma barreira para o avanço da humanidade, afetando toda a sociedade sem respeitar as fronteiras sociais, religiosas, étnicas, etárias ou de formação. Quanto ao local das ocorrências das agressões, continua ele sendo, predominantemente, a residência das próprias vítimas, que são atacadas principalmente na face e na cabeça por meio de socos nas regiões dos olhos e da mandíbula (ADEODATO *et al.*, 2005; SANTOS *et al.*, 2020).

A violência interpessoal, no geral, apesar de ser um assunto bastante disseminado na sociedade, ainda tende a ser um tabu para algumas mulheres que, sofrendo por tal situação, ao chegarem ao local de pronto atendimento e serem atendidas pela equipe, não relatam a verdadeira causa do trauma por medo ou dependência do agressor. Nos Estados Unidos, por exemplo, mais de um quarto da população feminina que precisava de atendimentos emergenciais nos serviços de saúde apresentava traços relacionados a abusos contínuos (TUESTA, 1997).

Uma das consequências da violência doméstica é o trauma facial, que pode ser considerado uma das agressões mais avassaladoras encontradas nos centros de traumas, pelos inúmeros comprometimentos causados ao sistema estomatognático e suas funções orofaciais, bem como pelas sequelas emocionais – desproporções maxilomandibulares, disfunções craniomandibulares, entre outros; traumas em toda a região da face que podem resultar em impactos relevantes para a vida das vítimas (PEREIRA *et al.*, 2019; TRAWISTZKI, 2009). Segundo Pereira *et al.* (2019), considerando-se a totalidade de ocorrências de traumas de cabeça e pescoço, com exceção apenas daqueles oriundos de acidente automobilístico, 23% são resultado de violência doméstica; por outro lado, em 94% dos casos de violência doméstica registrados, as vítimas sofreram traumas nas regiões da cabeça ou do pescoço, ou em ambas.

126

Os traumas faciais integram grande parte das repercussões causadas pela violência doméstica, e se tornaram mais prevalentes durante a pandemia da Covid-19, em decorrência da necessidade do distanciamento social e pelo fato de as vítimas se encontrarem confinadas com seus agressores. As sequelas do trauma facial acarretam consequências emocionais, sociais e financeiras para a família e a sociedade, além de prejuízos específicos relacionados às funções orofaciais, considerando que são frequentes os comprometimentos nas estruturas responsáveis pelo desempenho das funções estomatognáticas. Nesse sentido, o trauma pode ser considerado um sério problema de saúde pública, social e comunitária, atingindo indivíduos de diversas

faixas etárias, e de etiologia multifatorial. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), metade dos óbitos traumáticos decorre de lesões em cabeça e pescoço (SANTOS; MEURER, 2013; RASSLAN; BIROLINI, 1998), podendo associar-se à máxima do filósofo Jean-Paul Sartre: “A violência, seja qual for a maneira como ela se manifesta, é sempre uma derrota”.

Entende-se ser imprescindível a capacitação de equipes multidisciplinares, a fim de possibilitar a identificação desses tipos de traumas, bem como proporcionar um atendimento mais acolhedor, uma vez que a vítima que sofre violência doméstica, na maioria das vezes, é atendida na presença do seu agressor, dificultando-se o real diagnóstico. Salienta-se que uma equipe multidisciplinar qualificada possibilita um olhar mais crítico que também auxilia na criação de medidas socioeducativas e preventivas (ALMEIDA *et al.* 2012; COIMBRA, RICCIARDI; LEVY, 2018). Esforços devem ser somados para a criação de políticas públicas e para o aprimoramento constante das equipes que se envolvem no atendimento de pessoas vítimas de violência doméstica (BELING *et al.*, 2021).

Ante o exposto, o objetivo deste capítulo é discorrer sobre a importância da qualificação desses profissionais e sobre a importância da integração da equipe multidisciplinar no acolhimento a vítimas com traumatismos faciais em situação de violência doméstica.

TRAUMA DE FACE E VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

As lesões da face estão presentes em metade das mortes em decorrência de trauma e possuem grande rele-

vância no sistema de saúde; e, apesar de a etiologia ser multifatorial, têm predominância as agressões físicas e os acidentes automobilísticos (ROSA *et al.*, 2008). As sequelas do trauma facial trazem sérios problemas à saúde física e à mental, que podem perdurar por toda a vida. Por isso, é necessário um tratamento inicial eficaz, rápido e multidisciplinar, observando o indivíduo como um ser integral, não sendo observadas apenas questões anatômicas, mas também de comprometimento funcional e psíquico (OLIVEIRA *et al.*, 2021).

128

Diversos fatores estão relacionados ao trauma de face decorrente da violência doméstica, a depender da característica da população estudada, podendo ser eles: fatores sociodemográficos como idade, uma vez que a prevalência dos traumas faciais originados de violência contra mulheres está entre os 20 e os 39 anos; o baixo nível de escolaridade; a condição profissional, por se tratar de mulheres casadas que em geral realizam trabalhos domésticos remunerados, ou donas de casa; o perfil étnico-racial, constituindo mulheres com cor de pele negra ou parda, a depender de como elas se considerem; fatores biológicos, uma vez que a expectativa e a qualidade de vida das vítimas diminuem, em razão de uma série de distúrbios, tais como insônia, fadiga, cefaleia, cansaço, fraqueza, entre outros; fatores psicoafetivos, com influência na saúde mental, diminuindo a autoestima, afetando a vida social, psíquica e profissional. As agressões à face são uma das formas que o agressor busca para intensificar o domínio e o controle sobre a mulher (CHAVES *et al.*, 2018; ADEODATO, 2005).

Em julho de 2020, a lei 14.022 tornou os serviços de apoio à mulher essenciais (ONU, 2020). Os profissionais de saúde devem ser capacitados para identificar traços e sinais de violência doméstica, principalmente a Atenção Básica de Saúde. Dessa forma, a vítima pode chegar a qualquer especialidade, não apenas médica ou odontológica, sendo assim imprescindíveis na equipe orientações para um atendimento igualitário e padronizado, voltado para a escuta e a empatia (VILELA; SILVA, 2019).

129

Os traumas faciais domésticos por agressão são mais frequentes em mulheres, porém em crianças e adolescentes também não são raros, sendo a ocorrência das fraturas maxilofaciais menor em crianças do que em adultos. Ainda se verifica carência de estudos sobre a relação que envolve violência doméstica e traumatismos faciais. Isso provavelmente se deve ao fato de as mulheres omitirem a verdadeira causa de suas lesões quando procuram tratamento profissional (MOURA, 2016).

Os profissionais de saúde são de extrema importância no atendimento e acolhimento dessas vítimas, sendo fundamental que as crenças populares não influenciem na conduta de trabalho dos profissionais, e sim estabeleçam um papel de confiança e compreensão para a conscientização das vítimas quanto à existência de atendimento integral e humanizado que as proteja, limitando-se não apenas ao tratamento das lesões, mas, sim, à causa do seu surgimento (SILVA *et al.*, 2015; PEREIRA *et al.*, 2019).

Nesse sentido, salienta-se a importância da capacitação dos profissionais envolvidos na identificação das causas das lesões, principalmente em vítimas de

violência doméstica acompanhadas de seu agressor no local de atendimento, além da importância da criação de estratégias para a disseminação de informações sobre violência doméstica, e da criação de medidas socioeducativas preventivas relacionadas às políticas de segurança pública, objetivando-se vencer o desafio da máxima popular enraizada na sociedade: “em briga de marido e mulher, ninguém mete a colher” (VIEIRA; GARCIA; MACIEL, 2020; CAVALCANTE; MARUBAYASHI, 2021).

130

O incentivo ao trabalho profissional junto a esses pacientes deve ser observado desde o período acadêmico. Considerando a formação profissional, uma proposição é a elaboração de projetos de intervenção em nível acadêmico em cursos na área da saúde, bem como com profissionais formados, a fim de melhorar o acolhimento da vítima pela equipe, a exemplo de conferências e cursos que debatam principalmente a atuação de cada especialidade, baseados no estudo do seu código de ética profissional como parâmetro de conduta norteando decisões e atitudes no ambiente de trabalho, e estimulando a autonomia e dando o suporte à vítima na escolha entre denunciar ou não a agressão sofrida (ALMEIDA *et al.*, 2012; BELING *et al.*, 2021).

Segundo as diretrizes para atendimento em casos de violência de gênero contra meninas e mulheres em tempos de pandemia de Covid-19, publicadas pela Organização Mundial de Saúde (2020), o atendimento a essas pessoas deve ser dividido em quatro etapas, sendo elas: 1. Apresentação e análise da segurança; 2. Escuta e análise da situação; 3. Encaminhamento e plano de segurança; 4. Conclusão do atendimento e mensagem

final. Na apresentação e análise de segurança, o profissional de saúde deve certificar-se de que a vítima se encontra em segurança, antes de prosseguir com aquele atendimento. Na escuta e na análise da situação, o profissional tem que praticar uma escuta acolhedora para a vítima, sempre lembrando que ela não é a responsável por aquela situação que ela está vivendo.

Nesse sentido, quanto à etapa do encaminhamento e plano de segurança, esta só pode ter continuidade se a vítima concordar com a situação. O profissional de saúde nunca deve determinar qual caminho a vítima tem que seguir, e sim aconselhar e mostrar-se disposto a ajudá-la. Por fim, a conclusão do atendimento será transmitir a mensagem para encorajar a vítima a prosseguir com o tratamento e realizar denúncias contra o agressor, caso seja de sua concordância (OMS, 2020).

131

EQUIPE MULTIDISCIPLINAR NO ATENDIMENTO A PESSOAS COM TRAUMAS FACIAIS

A interdisciplinaridade é um desafio que amplia a compreensão do mundo através da articulação das diversas áreas do campo da saúde por meio do trabalho em equipe, buscando-se estratégias para uma condução terapêutica diferenciada, potencializando um olhar mais integral do indivíduo. Dessa forma, a descompartmentalização dos núcleos de conhecimento específico de cada profissão reforça a articulação das diversas ações que a equipe multidisciplinar poderá executar por meio de uma comunicação recíproca, a partir da qual cada especialidade adquira a sua importância e reconheça

a dos outros profissionais para a criação de uma rede de medidas do cuidado à saúde, e alcance objetivos comuns (NASCIMENTO; STUDART-PEREIRA, 2018).

Os danos podem estar coligados ou não a traumatismos nas demais regiões do corpo. É de extrema importância que a história clínica do paciente seja obtida da maneira mais completa possível através da avaliação ofertada pelo serviço de saúde, a fim de reunir maiores informações. Algumas perguntas norteadoras como: “quando ocorreu o acidente?”, “como ocorreu o trauma?”, “houve perda de consciência?”, “foi realizado algum tratamento prévio?”, “quais os sintomas do momento?”, “se há dor, onde esta se localiza?”, “há alterações dos sentidos (visão, audição)?”, “há alteração da oclusão dentária?”, “dificuldade na abertura de boca?”, podem nortear a equipe de saúde sobre qual caminho seguir com o atendimento (SANTOS; MEURER, 2013). O trauma de face requer uma assistência multidisciplinar e envolve, principalmente, as especialidades de áreas como: medicina, psicologia, assistência social, jurisdição, psicopedagogia, enfermagem, cirurgia bucomaxilofacial, fonoaudiologia, entre outras.

132

Os centros de referência são locais de prevenção e enfrentamento da violência contra mulher, sendo um suporte a essas pessoas que estão em situação de violência. Dessa forma, compreende-se que todos os atendimentos ligados a esta temática devem ser feitos por uma equipe multiprofissional qualificada. Além dos serviços na área da saúde, há também a necessidade dos serviços na área da assistência jurídica, para conceder orientações sobre os direitos, os tipos de serviço

que estão disponíveis, além de diagnosticar quando é uma situação que precisa de abrigo, situações de separação, disputa de guarda dos filhos, e, se necessário, orientações sobre o acionamento de medidas protetivas da Lei Maria da Penha (COSTA *et al.*, 2013; HADANA; D'OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2010).

A porta de entrada, normalmente, são os psicólogos, a enfermagem e o serviço social, que têm como principal propósito transmitir à pessoa em situação de violência uma compreensão empática da situação. A assistência social orienta sobre auxílios financeiros e de melhoria de condição de vida, e a psicologia trata de questões mais profundas, como a construção de novos projetos de vida, a compreensão das dificuldades e seus enfrentamentos. A psicopedagogia também pode atuar nesses casos, propiciando atividades em grupo com objetivo de estimular a autoestima e seu fortalecimento (COSTA *et al.*, 2013).

O papel da enfermagem está tanto na porta de entrada quanto no decorrer do atendimento, caso seja necessária a realização de curativos e procedimentos técnicos. Dessa forma, há acolhimento, realização de triagem e encaminhamentos, quando necessário (HIGA *et al.*, 2008). Para a realização de cirurgias para o tratamento de fraturas dos ossos da face e estruturas, especialidades como a traumatologia bucomaxilofacial, a cirurgia craniofacial, a cirurgia plástica, entre outras, podem estar envolvidas (BORTOLI *et al.*, 2014; SANTOS; MEURER, 2013).

Nos traumas na região da face, a perda de substância muscular, a formação de cicatrização patológica, a

paralisia ou parestesia facial, o aumento ou modificação de estruturas faciais, as alterações oclusais e as dores faciais são comuns. Nesse sentido, alterações funcionais como: ineficiência mastigatória, modificações na fala, hipomobilidade mandibular e assimetrias faciais são frequentes (TRAWITZKI, 2004; TRAWITZKI; BORGES; GRECHI, 2019).

Considerando que é o fonoaudiólogo o responsável pela avaliação e reabilitação das funções orofaciais, esse profissional também tem papel fundamental junto a equipe multidisciplinar. A fonoterapia busca eliminar as principais queixas, minimiza sinais clínicos observados e promove reabilitação ou adaptações funcionais (BIANCHINI, 2004; CÂMARA, 2014). A reabilitação fonoaudiológica desses pacientes pode estar associada aos procedimentos tanto cirúrgicos quanto conservadores. Visa ao aumento da amplitude da abertura da boca, quando limitada; à adequação dos movimentos mandibulares, evitando adaptações nocivas; a promover simetria da mobilidade e da face; à estabilidade funcional (BIANCHINI, 2004).

134

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desafio da interdisciplinaridade deve ser uma meta a ser alcançada pelos profissionais envolvidos na assistência às pessoas que sofreram traumas de face, sejam eles oriundos de violência doméstica ou não, pois são múltiplas as demandas de sofrimento a serem respondidas. Quando o evento traumático acontece no contexto de violência, alcançar esse objetivo é imperativo. A

comunicação entre a equipe é a única maneira de proporcionar amparo integral e resolutivo a essas pessoas.

REFERÊNCIAS

ADEODATO, V. G. *et al.* Quality of life and depression in women abused by their partners. *Rev. Saúde Pública [online]*, v. 39, n. 1, p. 108-113, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n1/14.pdf>. Acesso em: 31 ago. 2020.

ALMEIDA, A. H. V. *et al.* The responsibility of health notifications in cases of violence against children and adolescents according to its code of ethics. *Arq. Odontol.*, Belo Horizonte, v. 48, n. 2, p. 102-115, abr./jun. 2012.

BELING, A. L. *et al.* Projeto de intervenção em um curso de medicina para acolhimento multidisciplinar à mulher em situação de agressão física domiciliar. In: GEVEHR, Daniel Luciano; THAINES, Aleteia Hummes. *Direitos humanos [...] de pesquisa*. Guarujá, SP: Editora Científica, 2021. p. 185-194.

BIANCHINI, E. M. G. *et al.* Pacientes acometidos por trauma da face: caracterização, aplicabilidade e resultados do tratamento fonoaudiológico específico. *Revista CEFAC*, São Paulo, v. 6, n. 4, p. 388-395, out./dez. 2004.

BORTOLI, M. M. Trauma Maxilofacial: Avaliação de 1385 casos de fraturas de face na cidade de Passo Fundo, RS. *Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac.*, Camaragibe, v. 14, n. 2, p. 87-94, abr./jun. 2014.

CAMARA, G. O. *et al.* Sistema miofuncional orofacial e trauma de face: revisão crítica da literatura. *Rev. Bras. Cir. Plást.*, [S. l.], v. 29, n. 1, p.: 151-8, 2014.

CAVALCANTE, Bárbara Queiroz de Santana; MARUBAYASHI, Najla Yokie Pereira. 2021. *Características clínicas decorrentes*

da violência contra a mulher. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Centro Universitário São Lucas, Porto Velho, 2021.

CHAVES, A. M. *et al.* Prevalência de traumatismos maxilofaciais causados por agressão ou violência física em mulheres adultas e os fatores associados: uma revisão de literatura. *RFO*, Passo Fundo, v. 23, n. 1, p. 60-67, jan./abr. 2018. Disponível em: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/08/910188/8081.pdf>. Acesso em: 31 ago. 2020.

COIMBRA, J. C.; RICCIARDI, U.; LEVY, L. Lei Maria da Penha, equipe multidisciplinar e medidas protetivas. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, Rio de Janeiro, v. 70, n. 2, p. 158-172.

CONGRESSO atende recomendação do CNS e aprova lei que combate violência doméstica durante a pandemia. *Conselho Nacional de Saúde (Ministério da Saúde)*, Brasil, 3 jul. 2020. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/1260-congresso-atende-recomendacao-do-cns-e-aprova-lei-que-combate-violencia-domestica-durante-pandemia#:~:text=As%20medidas%20protetivas%20já%20em,notificado%20da%20prorrogação%20das%20medidas>. Acesso em: 30 ago. 2020.

COSTA, D. A. C. *et al.* Assistência multiprofissional à mulher vítima de violência: atuação de profissionais e dificuldades encontradas. *Cogitare Enferm.*, [S. l.], v. 18, n., p. 2302-2309, abr./jun. 2013.

HADANA, H.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; SCHRAIBER, L. B. Os psicólogos na rede de assistência a mulheres em situação de violência situação de violência. *Rev. Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 18, n. 1, p. 33-59, jan./abr. 2010.

MACEDO, J. L. S. M.; CAMARGO, L. M.; ALMEIDA, P. F.; ROSA, S. C. Perfil epidemiológico de trauma de face dos pacientes atendidos no pronto socorro de um hospital público. *Rev. Col. Bras. Cir.*, [S. l.], v. 35, n. 1, p. 9-11, 2008.

MOURA, T. F. L.; DALTRO, R. M.; ALMEIDA, T. F. Facial trauma: a systematic view of literature. *RFO*, Passo Fundo, v. 21, n. 3, p. 331-337, set./dez. 2016. Disponível em: <http://seer.upf.br/index.php/rfo/article/view/6158/4223>. Acesso em: 31 ago. 2020.

NASCIMENTO, C. M. B.; STUDART-PEREIRA, L. M. Trabalho em equipe e interdisciplinaridade na clínica fonoaudiológica. In: ARAÚJO, A. N. et al. (org.) *Questões contemporâneas da clínica fonoaudiológica*, [S. l.: s. n.], 2018. p. 129-144.

OLIVEIRA, L. G. et al. Perfil de internações por traumatismo craniofacial em Belém, Estado do Pará, Brasil, entre 2016 e 2020. *Revista CEREUS*, [S. l.], v. 13, n. 4. p. 71-84, nov. 2021.

ONU (Organização das Nações Unidas). *Diretrizes para atendimento em casos de violência de gênero contra meninas e mulheres em tempos de pandemia da COVID-19*. ONU mulheres. Brasília: ONU, 2019.

PEREIRA, J. B. et al. Oral & maxilla facia trauma as result for domestic violence against women. *Revista UNINGÁ*, Maringá, v. 56, n. S3, p. 169-179, jan./mar. 2019. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/332208798_TRAUMA_BUCOMAXILOFACIAL_RESULTADO_DA_VIOLENCIA_DOMESTICA_CONTRA_A_MULHER_-_ORAL_MAXILLOFACIAL_TRAUMA_AS_RESULT_FOR_DOMESTIC_VIOLENCE_AGAINST_WOMEN. Acesso em: 31 ago. 2020.

RASSLAN, S.; BIROLINI, D. O trauma como modelo de doença. *Rev. Col. Bras. Cir.*, São Paulo, v. 25, n. 5, 1998. Editorial.

SANTOS, A. M. B.; MEURER, E. *Eventos agudos na atenção básica: trauma de Face*. Florianópolis: UFSC, 2013.

SANTOS, L. S. E. et al. *Impactos da pandemia de COVID-19 na violência contra a mulher: reflexões a partir da teoria da motivação humana de Abraham Maslow*. Disponível em: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/download/915/1280/1341>. Acesso em: 30 ago. 2020.

SILVA, E. N. *Contributo do médico dentista nos casos de violência doméstica contra mulheres: realidades do Brasil e de Portugal*. 2015. 73 f. Dissertação (Mestrado) – Curso de Medicina Dentária, Universidade Fernando Pessoa, Porto, 2015.

TRAWITZKI, L. V. V. et al. (org.) *Interfaces da Medicina, Odontologia e Fonoaudiologia no complexo cérvico-craniofacial*. São Paulo: Pró Fono, 2009. v. 1, p. 267-288.

TRAWITZKI, L. V. V.; BORGES, C. G. P.; GRECHI, T. H. Traumas de face: avaliação e tratamento fonoaudiológico. In: SILVA, H. J. et al. (org.) *Tratado de motricidade orofacial*. São José dos Campos: Pulso Editorial, 2019. p. 645-654.

TUESTA, A. J. A. *Gênero e Violência no Âmbito Doméstico: a perspectiva dos profissionais de saúde*. 1997. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1997.

VIEIRA, P. M.; GARCIA, L. P.; MACIEL, E. L. N. Isolamento social e o aumento da violência doméstica: o que isso nos revela? *Rev. Bras. Epidemiol.*, [S. l.], v. 9, n. 8, abr. 2020. e719986104. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/rbepid/2020.v23/e200033/pt>. Acesso em: 31 ago. 2020.

VILELA, P. F.; SILVA, S. C. *Violência contra a mulher associada ao trauma na odontologia: revisão integrativa de literatura*. 2019. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Centro Universitário de Tiradentes, Maceió, 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Diretrizes para o desenvolvimento de programas de qualidade no atendimento ao trauma*. International. Bogotá, Colombia: Association for Trauma Surgery and Intensive Care International Society of Surgery/ Société Internationale de Chirurgie, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *International Association for Trauma Surgery and Intensive Care*. Colombia: Sociedade Brasileira Integrada ao Trauma, 2009.

SOBRE AS AUTORAS E OS AUTORES

139

JULLYANE CHAGAS BARBOZA BRASILINO

Doutora em Psicologia Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC/SP). Mestre em Psicologia pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Desenvolve pesquisas na área de violência contra a mulher a partir da perspectiva feminista de gênero. Membro do Grupo de Pesquisa Práticas Discursivas e Produção de Sentidos da PUC/SP, cadastrado no Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Pesquisadora do Núcleo de Pesquisas em Gênero e Masculinidades (Gema) da UFPE (cadastrado no CNPq). Membro da Associação Brasileira de Psicologia Social (Abrapso) e da Rede Brasileira de Homens pela Equidade de Gênero (RHEG). Possui graduação em Psicologia pela UFPE. Tem experiência na área de Psicologia, com ênfase em Psicologia Social. Docente do curso de Graduação em Psicologia do *campus* Garanhuns da Universidade de Pernambuco (UPE), e do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento Socioambiental (PPGSDS/UPE); Pesquisadora do Laboratório em Ações Coletivas e Saúde (LACS) do *campus* Garanhuns

da UPE, onde o grupo de pesquisa em Saúde, Território, Cotidiano e Questões Sociais Contemporâneas (cadastrado no CNPq) está inserido.

LUCIANA MORAES STUDART-PEREIRA

Fonoaudióloga. Especialista em Motricidade Orofacial. Mestre em Ciências da Linguagem. Doutora em Saúde da Criança e do Adolescente. Docente do Curso de Fonoaudiologia da UFPE. Coordenadora do Projeto de Extensão Universitária Craniomandibular Inter. Membro fundador e vice-presidente (2021-2024) da Associação Brasileira de Motricidade Orofacial (Abramo). Diretora da Associação Brasileira do Sono (ABS), no triênio 2022-2024.

140

LUCIANA VITALIANO VOI TRAWITZKI

Fonoaudióloga. Especialista em Motricidade Orofacial. Mestre em Fisiologia Oral pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) e doutora em Ciências Médicas pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP) da Universidade de São Paulo (USP). Docente do Curso de Fonoaudiologia e do Programa de Pós-Graduação do Departamento de Oftalmologia, Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço da FMRP da USP. Membro do núcleo de apoio à pesquisa (NAP-Craniofacial) da USP.

MARIA CAROLINA FERREIRA DE MELO

Fonoaudióloga pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE).

MELISSA PICINATO-PIROLA

Fonoaudióloga. Especialista em Motricidade Orofacial. Mestre e Doutora em Ciências Médicas pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP) da Universidade de São Paulo (USP), com pós-doutorado pelo Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo (HRAC-USP). Docente da área de Motricidade Orofacial do Curso de Fonoaudiologia da Universidade de Brasília (UnB).

141

REGINA CÉLIA A. S. BARBOSA

Mãe de Filipe e Elias, esposa de Flávio Barbosa. É filósofa e Mestre em Ciência Política pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Professora universitária há 26 anos, nos cursos de Direito e demais áreas das Ciências Humanas; especialista em Neuropsicologia pelo Instituto Aliança de Linguística, Teologia e Humanidades (Ialth). É cofundadora e vice-presidente do Instituto Maria da Penha (IMP), responsável pelos programas de mentoria e formação pedagógica dos voluntários do IMP. Ativista na área de Enfrentamento à Violência contra a Mulher, Violência Doméstica e Violência de Gênero e Racismo. Membro representante da Sociedade Civil, da Comissão Seccional da Mulher Advogada (CSMA), da Ordem dos Advogados do Brasil, seccional de Pernambuco. Membro do Instituto Brasileiro de Ciências Criminais (IBCCrim). Foi Membro da Delegação w20 Brasil (2019/2021) e Gerente de Causas do Instituto Avon (2020/2022). É membro conselheira do Pacto Global Rede Brasil – Movimento Raça e Prioridade. Membro

conselheira da Visão Mundial e Vice-presidente do Sindicato dos Professores do Ensino Superior das IES de Recife e Região Metropolitana (Sinproes).

RICARDO JOSÉ DE HOLANDA VASCONCELLOS

Cirurgião bucomaxilofacial. Especialista, mestre e doutor em Cirurgia e Traumatologia Bucocomaxilofacial (CTBMMF), pela Faculdade de Odontologia de Pernambuco (FOP) da UPE. Professor associado livre-docente de CTBMMF da FOP da UPE. Coronel Dentista RR da Polícia Militar de Pernambuco (PMPE). Membro Titular da Academia Brasileira de Odontologia Militar (Abomi). Membro emérito e ex-presidente do Colégio Brasileiro de Cirurgia e Traumatologia Bucocomaxilofacial. Fellow da International Association of Oral and Maxillofacial Surgeons (IAOMS). International Faculty da AOCMF.

142

SUELY EMILIA DE BARROS SANTOS

Psicóloga. Doutora em Psicologia Clínica pela Universidade Católica de Pernambuco (Unicap). Professora adjunta do *campus* Garanhuns da UPE. Professora e pesquisadora dos Programas de Pós-Graduação em Psicologia, Práticas e Inovação em Saúde Mental (Prismal), e Saúde e Desenvolvimento Socioambiental (PPGSDS) do *campus* Garanhuns da UPE. Coordenadora do LACS do *campus* Garanhuns da UPE, onde o grupo de pesquisa em Saúde, Território, Cotidiano e Questões Sociais Contemporâneas (cadastrado no CNPq) está inserido. Membro da Rede Latino-Americana de Psicologia Rural.

Título Traumas de face e violência doméstica
Organização Luciana Moraes Studart-Pereira

Formato E-book

Tipografia Nexus Serif, Nexus Sans, Nexus Mix

Desenvolvimento Editora UFPE



Rua Acadêmico Hélio Ramos, 20 | Várzea, Recife-PE
CEP: 50740-530 | Fone: (81) 2126.8397
editora@ufpe.br | editora.ufpe.br

Em uma abordagem multidisciplinar, esta obra reúne experiências de profissionais de diferentes áreas que lidam com as consequências – físicas e emocionais – dos agravos sofridos na região da face por pessoas vitimadas pela violência doméstica.

Nas origens deste projeto está um grupo de extensão universitária da Universidade Federal de Pernambuco, o Craniomandibular Inter, que se dedica, entre outras atividades, ao atendimento fonoaudiológico de pessoas que sofreram traumatismos faciais, com foco na avaliação e na terapia das funções orofaciais.