



**Kelly Caroline Melo Ayres**

**Violência doméstica, perfil da vítima e o papel do dentista: *Uma revisão crítica da literatura***

**Monografia apresentada à Faculdade de Odontologia de Piracicaba, da Universidade Estadual de Campinas, como requisito para obtenção do título de Especialista em Odontologia em Saúde Coletiva.  
Orientador: Prof. Dr. Pedro Augusto T. Leme**

**PIRACICABA  
2013**

# Kelly Caroline Melo Ayres

## Violência doméstica, perfil da vítima e o papel do dentista: *Uma revisão crítica da literatura*

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA POR  
JOSIDELMA F COSTA DE SOUZA – CRB8/5894 - BIBLIOTECA DA  
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA DA UNICAMP

Ay74v Ayres, Kelly Caroline Melo, 1985-  
Violência doméstica, perfil da vítima e o papel do dentista:  
Uma revisão crítica da literatura / Kelly Caroline Melo Ayres. --  
Piracicaba, SP : [s.n.], 2013.

Orientador: Pedro Augusto Thiene Leme.  
Trabalho de Conclusão de Curso (especialização) –  
Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de  
Odontologia de Piracicaba.

1. Cirurgião - Dentista. 2. Gênero. I. Leme, Pedro  
Augusto Thiene. II. Universidade Estadual de Campinas.  
Faculdade de Odontologia de Piracicaba. III. Título.

**Monografia apresentada à Faculdade de  
Odontologia de Piracicaba, da Universidade  
Estadual de Campinas, como requisito para  
obtenção do título de Especialista em  
Odontologia em Saúde Coletiva.  
Orientador: Prof. Dr. Pedro Augusto T. Leme**

**PIRACICABA  
2013**



## Agradecimentos

Ao meu orientador Professor Pedro Augusto Thiene Leme, que com muita atenção e paciência orientou-me neste trabalho.  
À todos os colegas do Curso de Especialização, que com muita dedicação, estão concluindo este curso.  
E a minha mãe e irmão que estão sempre ao meu lado.

# SUMÁRIO

**RESUMO**

**ABSTRACT**

**1-INTRODUÇÃO -----6**

**Revisão Biobliográfica**

**2-METODOLOGIA -----9**

**3-DISCUSSÃO -----9**

**3.1- Nível de conhecimento dos graduandos e dos  
cirurgiões-dentista;**

**3.2 Legislação/Códigos de Ética;**

**3.2-Formas de agressão;**

**3.3- Perfil das Vítimas no Brasil;**

**3.4- Protocolo de notificação da violência;**

**4-CONCLUSÃO -----16**

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS -----17-19**

**ANEXO**

## RESUMO

A violência doméstica é definida como qualquer tipo de abuso físico, sexual ou emocional perpetrado por um parceiro contra o outro, além do abuso à crianças e idosos no ambiente doméstico. Trata-se de sério problema de saúde pública, atingindo todas as classes sociais. Este trabalho é uma revisão crítica da literatura sobre a violência doméstica e sobre os conhecimentos do cirurgião-dentista frente à notificação de maus tratos contra a mulher e as possíveis implicações legais e éticas a que estão sujeitos para isso, foram pesquisadas as principais fontes internacionais e nacionais, na busca de informações para avaliar o conhecimento e o papel do dentista frente à notificação de pacientes que sofrem agressão.

**Palavras chaves:** violência doméstica; cirurgião- dentista; maus tratos; gênero.

## ABSTRACT

Domestic violence is defined as any type of physical abuse, sexual or emotional abuse perpetrated by one partner against the other, and the abuse of children and elderly in the household. These are serious public health problem, affecting all social classes. This paper is a critical review of the literature on domestic violence and on knowledge of the dentist forward the notification of abuse against women and possible legal and ethical implications that are subject to this, the main sources were searched and international national, in search of information to evaluate the knowledge and role of the dentist forward the notification of patients suffering aggression.

**Keywords:** domestic violence; dentist; maltreatment; gender .

# 1-INTRODUÇÃO:

No Brasil, a violência contra crianças e adolescentes é a primeira causa de morte na faixa etária de cinco a dezenove anos e a segunda na faixa etária de um a quatro anos de idade (Pires, 2005). O tipo mais freqüente de maus-tratos contra a criança ou adolescente é a violência doméstica, que costuma prolongar-se pois o agente protetor da criança, tende a acobertar ou silenciar o ato de violência, seja pela cumplicidade dos adultos ou pelo medo que as vítimas têm de denunciar o abusador (Lara, 2000).

Na Conferência Mundial dos Direitos Humanos, realizada em Viena em 1993, “a violência contra as mulheres e crianças foi considerada o maior crime contra a Humanidade, tendo mais vítimas do que qualquer guerra mundial” ( Portal Cedim).

Para os profissionais da saúde, a habilidade para diferenciar indícios de maus-tratos de outras doenças é de grande importância. Os cirurgiões-dentistas estão em uma posição privilegiada para observar os sinais de maus-tratos, pois a maioria das injúrias, nos casos de abuso físico, envolvem as regiões de cabeça, pescoço e boca. (Cavalcanti, 2003). Em um estudo retrospectivo sobre violência com crianças e adolescentes residentes em João Pessoa - PB, foi constatado que a região da cabeça e face foram as mais atingidas, 60,9 por cento, sendo, as escoriações e equimoses as lesões mais frequentes. As lesões na cavidade bucal estavam presentes em 18,9 por cento das vítimas com lesão na região da cabeça e face, sendo os tecidos moles os mais atingidos (91,8 por cento) (Cavalcanti, 2001).

A violência doméstica é definida como “qualquer ato, conduta ou omissão que sirva para infligir, reiteradamente e com intensidade, sofrimentos físicos, sexuais, mentais ou econômicos, de modo direto ou indireto (por meio de ameaças, engano, coação ou qualquer outro meio) à qualquer pessoa que habite no mesmo agregado doméstico privado (pessoas – crianças, jovens, mulheres adultas, homens adultos ou idosos – a viver em alojamento comum) ou que, não habitando no mesmo agregado doméstico privado que o agente da violência, seja cônjuge ou companheiro marital ou ex-cônjuge ou ex-companheiro marital”. (Machado e Gonçalves, 2003 e Assis SG, 2007). Trata-se de um problema de saúde pública que atinge todas as classes sociais.

Para Soares *et al.* (1999), um novo campo profissional é delineado, o qual ganha sentido quando se constituem e se consolidam certas idéias sobre a violência doméstica: a idéia de que existe tal fenômeno, de que ele ocorre em proporções alarmantes, de que ele circunscreve um certo conjunto de ações, atitudes, envolvendo um leque determinado de relações, e de que se trata de um problema social e não dos indivíduos isoladamente ou de suas redes particulares de parentesco. “É através das produções e publicações de novos saberes acerca deste tema que ele se caracteriza em sua existência, evidencia seus contornos e determina sua magnitude, exatamente pela capacidade de suscitar e legitimar o debate sobre sua existência e importância” (Penna LHG, 2004). A pesquisa é fundamental para o desenvolvimento de programas e políticas de prevenção de violência. É crucial que o setor da saúde envolva a comunidade científica, incluindo Universidades, institutos de pesquisa e conselhos de ciência. (World Health, 2004 e Jacques PB, 2012)

A escassez de trabalhos sobre o tema no âmbito da saúde pública também pode ser explicada pela dificuldade dos profissionais de saúde lidarem com situações de violência; a falta de uma linguagem comum em relação ao tema, e a falta de conceitos que reúnem o conhecimento em saúde ao de outras áreas, como a jurídica, por exemplo (Ministério da Saúde 2002).

O Brasil possui em vigor legislações que determinam a obrigatoriedade da notificação da violência doméstica, seja contra crianças e adolescentes, mulheres e idosos (quadros 1, 2 e 3) .(Brasil,1990);( Brasil,2003);(Brasil,2003).

#### Quadro 1.Lei 8069 Estatuto da Criança e do Adolescente

Art. 13. Os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente serão obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade, sem prejuízo de outras providências legais.

Art. 245. Deixar o médico, professor ou responsável por estabelecimento de atenção à saúde e de ensino fundamental, pré-escola ou creche, de comunicar à autoridade competente os casos de que tenha conhecimento, envolvendo suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente:

Pena - multa de três a vinte salários de referência, aplicando-se o dobro em caso de reincidência.

#### Quadro 2. Lei10.778 Maria da Penha

Art. 1º Constitui objeto de notificação compulsória, em todo o território nacional, a violência contra a mulher atendida em serviços de saúde públicos e privados.

§ 1º Para os efeitos desta Lei, deve-se entender por violência contra a mulher qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público como no privado.

Lei 10741 Estatuto do Idoso

Art. 19. Os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra idoso serão obrigatoriamente comunicados pelos profissionais de saúde a quaisquer dos seguintes órgãos:

- I autoridade policial;
- II Ministério Público;
- III Conselho Municipal do Idoso;
- IV Conselho Estadual do Idoso;
- V Conselho Nacional do Idoso.

#### Quadro 3. Lei 10741 Estatuto do Idoso

Art. 19. Os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra idoso serão obrigatoriamente comunicados pelos profissionais de saúde a quaisquer dos seguintes órgãos:

- I autoridade policial;
- II Ministério Público;
- III Conselho Municipal do Idoso;
- IV Conselho Estadual do Idoso;
- V Conselho Nacional do Idoso.

Na rotina odontológica, o cirurgião dentista pode deparar-se com uma situação de violência como o profissional de saúde que identifica os sinais de violência, como aquele que trata as lesões decorrentes das agressões sofridas pela vítima,ou como alguém que não identifica/ omite e executa tratamentos dentários sem ver seu paciente como um todo.

Para todos esses casos, existem normas e leis já citadas que explicitam a conduta profissional a ser adequadamente tomada, cabendo até mesmo punição para aquele que se posicionar de forma omissa. Em geral, os aspectos ético-legais que envolvem os casos de violência contra a mulher estão relacionados com notificação compulsória, sigilo profissional e registro documental das lesões examinadas e do atendimento efetuado.

Silva *et al.* (2010) e Ângulo-Tuesta *et al.* (1997), ressaltam que as mulheres em situações de violência procuram os serviços de saúde por agravos à saúde física, mental e reprodutiva, porém os profissionais de saúde têm sérias dificuldades para identificar este fenômeno, e na ampla maioria dos casos em que se suspeita de violência, estes não são investigados. As causas dessa "não percepção" dos casos de violência doméstica devem-se provavelmente a várias circunstâncias como: despreparo dos profissionais da saúde, desinteresse, falta de tempo para escutar o paciente durante os atendimentos, ater-se somente às lesões físicas, e a uma cultura de que "em briga de marido e mulher, ninguém mete a colher". Para Jaramillo & Uribe *et al.*, "a maioria das disciplinas de saúde, medicina, odontologia e enfermagem, entre outros, não contemplam em seus currículos nem em seus programas de educação continuada, formação nos aspectos relacionados com a violência doméstica, e por isso, não se encontram preparados para oferecer uma atenção que seja efetiva na saúde da mulher maltratada" (Jaramillo, 2011).

O profissional da saúde tem o dever ético e legal de notificar, mesmo casos de suspeição; precisam estar preparados para reconhecê-la e tomar as providências necessárias. O respeito à criança, ao adolescente, à mulher e ao idoso suscita reflexões bioéticas, sendo, também dever ético/deontológico e legal. Necessária se faz a conscientização ética e legal do cirurgião-dentista quanto à importância na denúncia dos casos de violência (Pires, 2005).

Fundamental para a prevenção e manejo adequado dos maus tratos é a sua identificação. Assim, é importante que os profissionais saibam identificar indícios que podem sugerir a ocorrência de maus-tratos (Pires, 2005). Logo, nota-se a importância do DIAGNÓSTICO. Segundo, Backes DL *et al.* (1999), constituem-se indícios de maus tratos:

- a) lesões que não se justificam pelo tipo de acidente relatado e que são incompatíveis com a idade (ex: fratura de crânio por bater a cabeça no berço, fratura de perna em crianças com idade inferior a um ano);
- b) lesões como equimoses, lacerações, hematomas, fraturas, queimaduras e mordeduras;
- c) lesões em vários estágios de cicatrização ou cura;
- d) lesões em áreas não comuns de acidentes e quase sempre cobertas, como genitália e nádegas;
- e) demora para procurar atendimento médico após o acidente;

Os cirurgiões-dentistas estão em posição privilegiada para observar estes sinais de violência, entretanto, alguns motivos levam os profissionais de saúde a se omitirem em casos de maus-tratos/agressões: o medo de perder pacientes; a falta de confiança no serviço de proteção à criança, adolescente, mulher e idoso; o medo de lidar com os pais/marido/cuidador e de se envolver legalmente (Cavalcanti AL, 2001 e Kellog, 2007). Outros motivos também chamam a atenção, como a incerteza do diagnóstico, do mecanismo de denúncia, o desconhecimento da verdadeira responsabilidade em denunciar revelando a necessidade da capacitação do profissional ou mesmo da inclusão no currículo acadêmico do assunto (Cavalcanti AL, 2001 e Granville-Garcia AF, 2006 e Granville-Garcia AF, 2008).

A notificação da violência doméstica pelos profissionais de saúde contribui para o dimensionamento epidemiológico do problema, permitindo o desenvolvimento de programas e ações específicas, segundo Silva *et al.* há uma predominância de casos

de negligência de 45%, enquanto 26% das notificações relacionadas à violência física e 14% violência sexual suspeita. Os objetivos deste trabalho foram revisar a literatura e investigar o conhecimento dos cirurgiões-dentista, quanto à responsabilidade em notificar casos de violência doméstica em especial, contra a mulher e descrever as possíveis implicações legais e éticas a que estão sujeitos. Assim, foi realizada pesquisa na legislação brasileira e Códigos de ética da Medicina, odontologia, enfermagem e artigos de psicologia.

## REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

### 2-MÉTODO

#### FONTES DE BUSCA

Foram pesquisadas as fontes internacionais Web of Science Medline e PsycINFO, bem como as nacionais, Index Psi Periódicos, SciELO-Psi e LILACS na busca de informações para avaliar o conhecimento e o papel do dentista frente à notificação de pacientes que sofrem agressão. Os termos utilizados foram: “Violência doméstica”, “notificação de violência”, “violência familiar”, “maus-tratos”, “violência contra a mulher”. Assim, a obtenção dos artigos ocorreu através do pareamento entre violência doméstica e cada uma dessas palavras a cada procedimento de busca eletrônica efetuado. Como cada um dos portais de pesquisa apresenta especificidades relativas à organização de seus dados, os descritores citados foram utilizados como referência para a busca nos campos palavras do título (Web of Science); palavras-chave (Psyc Info); assunto e limites (Lilacs). Destaca-se que nesta última base a busca foi realizada com os termos somente em português. A expressão “violência doméstica” foi colocada no campo “assunto” e no campo “limites”, as palavras “feminino”, “mulher”, “adolescente”, uma vez que foi detectado que as palavras inicialmente utilizadas não geravam resultados positivos na busca. Essa diferença deve-se ao idioma predominante no Lilacs, que é o espanhol e o português, diferente do inglês, usado nas bases Web of Science e Psyc Info. A pesquisa foi limitada a artigos publicados em Inglês, Espanhol e Português.

#### CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO :

Foram excluídos artigos que descrevessem os seguintes tipos de instrumentos:

- Construídos com o objetivo de avaliar o perfil do agressor;
- Construídos para avaliar aspectos, físico e psicológicos dos idosos, adolescentes e crianças em situação de violência;
- Foram excluídos documentos que tratavam da violência de forma geral e os que não tinham como tema central a violência doméstica, alvo deste estudo. Essa análise foi realizada durante a coleta dos dados e também na fase de organização desses.

#### 3-DISSCUSSÃO:

Os resultados do levantamento para a revisão crítica serão apresentados juntamente com a respectiva discussão, separados por tópicos e quadros temáticos, que na verdade estão interligados. Apenas para efeito de maior clareza textual serão expostos desta forma.

## **Nível de conhecimento dos graduandos e dos cirurgiões-dentista:**

Luna *et al.* (2010) mostra por meio de sua pesquisa a influência positiva do conhecimento, do acesso a treinamento e da qualificação da formação sobre a atitude dos profissionais de saúde em notificar casos de maus-tratos. Levando a afirmativa supracitada em consideração, em relação ao presente estudo, 64,4% dos profissionais da Estratégia Saúde da Família de Fortaleza estavam habilitados a lidar adequadamente com situações de violência, exceto os cirurgiões-dentistas, pois 68,5% não conhecem o ECA e 60,8%, a ficha de notificação (BRASIL, 1990). O quadro I, abaixo reforça essa ideia, do desconhecimento destes profissionais e da falta de informação/treinamento para lidar com a problemática da violência doméstica. É importante avaliar a necessidade dos profissionais, deficiências, dúvidas para dessa forma completar as lacunas existentes, dentro do contexto que cada um se encontra.

**Quadro 4-** Nível de conhecimento dos dentistas e graduandos a cerca da violência doméstica

	<b>n</b>	<b>%</b>
Nunca recebeu informação a respeito do assunto	14	73,7
Na faculdade, durante o curso de graduação	2	10.52
Na especialização ou na pós graduação	1	5.26
Em congressos de Odontologia	2	10.2
Em cursos promovidos por outras instituições	0	0
Outras fontes	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>19</b>	<b>100</b>

**Fonte.** Fracon *et al.* 2011

Gomes *et al.* (2002) afirmam que a atitude dos profissionais de saúde diante da violência está relacionada àquilo que eles conseguem visualizar como tal. Desta maneira, não é possível esperar uma atuação diante de uma violência que não é reconhecida. Se os movimentos sociais contribuíram para a maior visibilidade da violência, trouxeram também uma identificação prévia de quem pode ser sua vítima – atrelada a uma ideia de vulnerabilidade e fragilidade (SARTI *et al.*, 2006). Deve se ressaltar que essa “identificação prévia”, não deve estar contaminada por jargões do tipo “*em briga de marido e mulher, não se mete a colher...*” pois, se essa premissa não for superada, dificilmente notificações relacionadas à mulheres agredidas ocorreram, não sendo portanto, culpa meramente da falta de conhecimento, mas do machismo, ainda existente na sociedade que persiste em subjugar o sexo oposto em suas relações sociais.

### **Legislação:**

O artigo 66 do Decreto-lei 3.688 de 1941, reconhece como contravenção penal, a omissão do profissional de saúde em não comunicar crime de violência do qual tenha conhecimento por meio do seu trabalho. Além do âmbito penal, existem normas que implicam na notificação compulsória dos casos de agressão como: Estatuto da Criança e Adolescente, Estatuto do Idoso, e a lei Maria da Penha, citadas na introdução. A prevenção e controle da violência são deveres do poder público, mas os profissionais da saúde também não podem, nem devem se isentar de tais responsabilidades.

A Constituição Federal aprovada em 05 de outubro de 1988, em seu artigo 5.º, inciso X garante que: “são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem

das pessoas, assegurado o direito à indenização material ou moral decorrente de sua violação". Artigo que reforça a importância do sigilo e o garante por lei. Já o artigo 154 do Código Penal de 1940 que trata sobre violação do segredo profissional, caracteriza por crime: "Revelar alguém, sem justa causa, segredo, de que tem ciência em razão de função, ministério, ofício ou profissão, e cuja revelação possa produzir dano a outrem" Pena - detenção, de três meses a um ano, ou multa.

Da mesma forma, o Código de Ética Odontológica estabelece no artigo 5.º, incisos VI e XIII, respectivamente, os deveres de guardar o segredo profissional e de resguardar sempre a privacidade do paciente. Porém, segundo o código de ética odontológico, não constitui quebra de sigilo profissional, quando:

CAPÍTULO VI (Resolução CFO-179/91, de 19/12/91)

#### **Quadro 5- Código de ética – permite a quebra do sigilo quando:**

§ 1º. Compreende-se como justa causa, principalmente:

- notificação compulsória de doença;
- colaboração com a justiça nos casos previstos em lei;
- perícia odontológica nos seus exatos limites;
- estrita defesa de interesse legítimo dos profissionais inscritos;
- revelação de fato sigiloso ao responsável pelo incapaz.

- **Código de Ética Odontológica:**

O Código de Ética odontológico apresenta as seguintes disposições a respeito: "Art. 5 – Constituem deveres fundamentais dos profissionais e entidades de Odontologia: V - zelar pela saúde e pela dignidade do paciente".

Art.10, inciso I, "exceto em situações nas quais a sua conservação implica diretamente na manutenção de um mal maior à vida ou à integridade do paciente". Assim, ao tomar conhecimento de algo que possa prejudicar algum desses direitos, o cirurgião-dentista deverá rompê-lo (Art.10, §1º, b).

Este artigo esclarece que é um dever do profissional quebrar o sigilo em casos de mal maior à vida, a dignidade e a integridade do paciente, sem que haja punição para isso. Contudo, esta contrariedade em leis, artigos, geram dúvidas nos profissionais que por medo, deixam de notificar, de denunciar maus-tratos, cometendo, desta forma crime de negligência, afinal não podem alegar o desconhecimento da Lei.

- **Código de Ética Médica:**

O Código de Ética Médica traz no capítulo I que: VI – "O médico guardará absoluto respeito pelo ser humano e atuará sempre em seu benefício. Jamais utilizará seus conhecimentos para causar sofrimento físico ou moral, para o extermínio do ser humano ou para permitir e acobertar tentativa contra sua dignidade e integridade". Nota-se que a maior preocupação nesse artigo, está na omissão, ou seja, o ato de pactuar com essa situação de degradação, mas tão ruim quanto a não identificação da violência ou a

pactuação é a omissão em denunciá-la. Isso, fica reforçado no Art. 1º “Causar dano ao paciente, por ação ou omissão, caracterizável como imperícia, imprudência ou negligência”.

- **Código de Ética da Enfermagem**

Segundo o Código de Ética da Enfermagem, é considerada infração ética "provocar, cooperar ou ser conivente com maus-tratos" (Art. 52), sob penas que variam de uma simples advertência à cassação de direito de exercer a profissão.

O setor de saúde não deve assumir unicamente a responsabilidade no combate à violência, entretanto, deve formar/ capacitar seus profissionais para que possam fazer um adequado diagnóstico e para que sejam capazes de detectar e notificar, a quem for competente, essa realidade que se apresenta de forma tão expressiva no cotidiano dos seus atendimentos, independentemente de área de atuação.

**Formas de agressão podem ser:**

A violência física, a violência psíquica, a violência sexual. A compreensão destes fatores está bem explícita no quadro esquematizado a seguir:

**Quadro 6**

<b>Formas de exercício da violência doméstica</b>
<b>Coagir e ameaçar</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ameaçar provocar lesões;</li> <li>• Ameaçar abandonar, suicidar-se, queixar-se do cônjuge à Segurança Social;</li> <li>• Coagir para prática de condutas ilícitas;</li> </ul>
<b>Intimidar</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aterrorizar devido á atitudes/comportamentos;</li> <li>• Destruir pertences ou objetos pessoais do outro;</li> <li>• Exibir armas;</li> </ul>
<b>Usar a violência emocional</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desmoralizar;</li> <li>• Fazer com que o outro se sinta mal consigo próprio(afetar auto estima);</li> <li>• Insultar;</li> <li>• Humilhar;</li> </ul>
<b>Isolar</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Controlar a vida do outro: com quem fala, o que lê;</li> <li>• Limitar o contato da vítima com outras pessoas;</li> <li>• Usar o ciúme como justificativa.</li> </ul>
<b>Minimizar, negar, condenar</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desvalorizar a violência e não levar em conta as preocupações do outro;</li> <li>• Afirmar que a agressão ou a violência nunca existiram;</li> </ul>

- Transferir para o outro a responsabilidade pelo comportamento violento;
- Afirmar que a culpa é do outro.

---

#### **Instrumentalizar os filhos**

---

- Fazer o outro sentir-se culpado usando os filhos;
- Usar os filhos para passar mensagens;
- Aproveitar as visitas de amigos para atormentar, hostilizar;
- Ameaçar levar de casa os filhos.

---

#### **Utilizar “Privilégios machistas”**

---

- Tratar a mulher como criada;
- Tomar sozinho todas as decisões importantes;

---

#### **Utilizar a violência econômica**

---

- Evitar que o outro tenha ou mantenha um emprego;
- Forçar o pedido de dinheiro;
- Fixar uma mesada;
- Apossar-se do dinheiro do outro;
- Impedir que o outro conheça ou possa ter um rendimento familiar.

---

#### **Usar como desculpa:**

---

- Alcolismo;
  - Desemprego ;
  - Depressão;
  - Progressão da violência, devido a vitima provocar ;
- 

**Fonte:** Machado e Gonçalves 2003. IN: Alves C, 2005

*“A violência de gênero significa que não são as diferenças biológicas entre os homens e as mulheres nem os papéis sociais que ambos desempenham que determinam o emprego da violência contra a mulher. Significa, isto sim, que são os papéis sociais impostos a homens e mulheres, reforçados por culturas patriarcais, que estabelecem relações de violência entre os sexos”*(Tavares et al.2000).

Leal et al. (2005) em um estudo etnográfico analisou os entraves para a notificação de maus-tratos por parte dos profissionais de saúde em uma emergência de um hospital de trauma, em Porto Alegre, constatou que existe maior comprometimento com o registro quando trata de crianças e adolescentes (especialmente o abuso sexual) do que quando as vítimas são mulheres. Entretanto, o profissional de saúde tem por dever comunicar crime cometido contra qualquer pessoa, independentemente de idade, raça ou gênero da vítima para não incorrer em crime de omissão.

#### **Perfil das Vítimas no Brasil :**

**Quadro7- Perfil das vítimas de violência doméstica:**

%	Total	Centro-Oeste	Nordeste	Sudeste	Sul
Falta de condições econômicas para viver sem o companheiro	27	16	31	27	24
Preocupação com a criação dos filhos	20	31	21	16	25
Medo de ser morta caso rompa a relação	15	21	13	15	16
Falta de autoestima	12	13	6	15	15
Vergonha de admitir que foi agredida/apanha	11	7	10	14	8
Dependência afetiva	6	8	7	5	5
Vergonha de se separar	9	4	10	7	8
Nenhuma dessas	1	1	1	1	---
Base	1.800	188	509	821	282

**Fonte:** Pesquisa instituto Avon/IPSOS, 2011

**\*Na região Nordeste e no Centro-Oeste a falta de condições econômicas apresentam os maiores índices (31%).**

Como podemos observar no quadro IV a dependência econômica, ainda é um dos principais entraves à denúncia e ao rompimento da relação vítima-agressor muitas das vítimas se vêem desamparadas/reféns e acabam se sujeitando à repetidas agressões e humilhações .Pode –se afirmar que a detecção e a notificação são importantes instrumentos de política pública no combate a violência, entretanto, se não forem tratadas as causas deste “aprisionamento”, e se não forem oferecidas perspectivas de melhora às vítimas, essas situações continuaram a se perpetuar.

**Protocolo de notificação da violência:**

É no cenário de despreparo dos profissionais, que, por falta de informações suficientes, se limitam a cuidar das lesões físicas e esquecem suas razões reais (Chaim LAF, 1995;Deslands SF, 2000;Mendez-Hernandez P, Sales-Peres A ,2008) que é elaborada a ficha de notificação. Esta é definida como um instrumento de vigilância epidemiológica, tal como outros já tradicionais no âmbito da saúde pública (BRASIL, 2002). Os estados e municípios brasileiros dispõem, basicamente de dois tipos de sistemas de dados acerca da violência: os do SIM (Sistema de Informação de Mortalidade) e os do SIH-SUS (Sistema de Informações Hospitalares) (NJAINÉ; REIS, 2005). A maior limitação em termos de informação é a faltade um sistema de registro dos casos que não chegam a óbito e que também não geram internação, ou seja, a violência que chega aos ambulatórios e serviços da rede básica, de forma crônica e não aguda. O Ministério da Saúde elaborou um instrumento para suprir essa necessidade que é composto por uma folha, frente e verso, e suas questões estão subdivididas em campos, que englobam, desde dados gerais, dados da pessoa atendida, dados de residência, dados da ocorrência, se houve lesão, maior detalhamento em caso de violência sexual, dados do provável autor da agressão, até os dados sobre evolução e encaminhamento, no setor Saúde, definida pelo CID 10 (Código Internacional de Doenças), em ficha produzida especificamente pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO	
FICHA DE NOTIFICAÇÃO			
Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 1 - Negativa 2 - Individual 3 - Surto 4 - Inquérito Tracoma	3 Data da Notificação	
	2 Agravado/doença	4 UF 5 Município de Notificação Código (IBGE)	
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) Código	7 Data dos Primeiros Sintomas	
Notificação Individual	8 Nome do Paciente		9 Data de Nascimento
	10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12 Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9- Ignorado
	14 Escolaridade 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª à 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica		13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Pará 5-Indígena 9- Ignorado
	15 Número do Cartão SUS	16 Nome da mãe	
Notificação de Surto	17 Data dos 1ºs Sintomas do 1º Caso Suspeito	19 Local Inicial de Ocorrência do Surto 1 - Residência 2 - Hospital / Unidade de Saúde 3 - Creche / Escola 4 - Asilo 5 - Outras Instituições (alojamento, trabalho) 6- Restaurante/ Padaria 7 - Eventos 8 - Casos Dispersos no Bairro 9- Casos Dispersos Pelo Município 10 - Casos Dispersos em mais de um Município 11 - Outros Especificar	
	18 Nº de Casos Suspeitos/ Expostos	20 UF 21 Município de Residência Código (IBGE) 22 Distrito	
Dados de Residência	23 Bairro	24 Logradouro (rua, avenida,...) Código	25 Número 26 Complemento (apto., casa, ...)
	27 Geo campo 1	28 Geo campo 2	29 Ponto de Referência
	30 CEP	31 (DDD) Telefone	32 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado
	33 País (se residente fora do Brasil)	Município/Unidade de Saúde	
Notificante	Nome		Assinatura
	Função		

Notificação Sinan NET Cod. 406023 SVS 17/07/2006

**Ficha1-Figura1-ficha do Sinan, destinada à notificação compulsória de violência doméstica, sexual e outros tipos de violência contra à mulher.**

Apesar de ter formato e apresentação semelhantes aos de outras fichas de notificação (segue os mesmos princípios de qualquer notificação compulsória de agravos já tradicionais na saúde pública (como tuberculose, HIV, dengue, etc.), porém, trata-se de um novo instrumento para se fazer notificação. Neste momento seria interessante conhecer as definições de notificação e denúncia: A notificação é uma comunicação formal e institucional acerca de uma dada situação específica. Ela, em si, não instaura uma denúncia, contudo, nada impede que, paralelamente à notificação, esta seja efetuada. Já denúncia é o nome técnico dado à peça processual que dá início à ação penal promovida pelo Ministério Público. No sentido mais rigoroso do termo, o que cabe ao setor saúde, portanto, é a comunicação formal, a notificação, sendo reservado às outras instâncias a instauração ou não da denúncia (BRASIL, 2002, 2005a).

A legislação brasileira, embora clara quanto à obrigatoriedade de notificar, oferece pouca orientação aos profissionais. Nesse sentido, parece necessário e urgente que:

- as noções legais sejam esclarecidas, explicitando o que se compreende por maus-tratos e quais as situações que devem ser notificadas; e não o que os profissionais, considerem como tal; (Gomes *et al.* 2002)
- o texto legal se faça acompanhar de discussão a respeito dos diversos manuais de orientação acerca da questão da violência contra a criança existentes no país;
- a concepção de suspeita seja também esclarecida; na ausência de orientação, casos suspeitos ou confirmados podem ser notificados (Galvão VABM 2009)
- a atuação dos Conselhos Tutelares seja discutida, a fim de melhor capacitar

tecnicamente as equipes, disponibilizar recursos para suas ações e integrá-las aos demais serviços envolvidos no atendimento às vítimas de violência.

e) A falta ou desconhecimento dos serviços que existem no município sejam sanadas.

Mas, sobretudo, parece necessário discutir as conseqüências do ato de notificar pois, nele é que se encontram os maiores desafios dos diversos profissionais e das diversas agências (Saliba,2007).

f)Haja esclarecimentos quanto à respaldos legais , aliada à instruções quanto à medo das represálias e de possíveis transtornos legais advindos desse ato.

Esta revisão, constatou por meio de artigos sobre violência doméstica que apesar dos avanços conquistados no ensino da graduação e da pós graduação que ainda, existem lacunas na transmissão deste conhecimento aos alunos,logo esse tema deveria ser valorizado por meio de investimentos na qualificação de docentes e discentes, de modo que no futuro os cirurgiões-dentista possam estar capacitados para diagnosticar casos de maus-tratos e saibam exercer seu dever de “zelar pela saúde e dignidade de seu paciente”(Daruge, 2000; Garbin, 2006).

## **4-CONCLUSÃO:**

Por intermédio desta revisão de literatura,pode se afirmar que o conhecimento dos profissionais de Odontologia perante o tema:” violência doméstica”, ainda é insuficiente. Por isso, se faz necessária uma maior abordagem da temática no ensino de graduação e que os profissionais já formados, tenham maior acesso à leis,fichas de notificação para que com esses conhecimentos possam atuar de forma ativa na prevenção e na notificação de casos, zelando assim pela saúde e dignidade de seus pacientes.

Logo,os profissionais da saúde tem o dever de notificar os casos de violência,sendo protegidos pelo Código de Ética Odontológico, podendo assim,resguardar sua própria segurança legal e ainda servindo como poderoso instrumento para dimensionar a violência doméstica no país.

## Referências\*

- Alves C . Monografia-Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra. 2005.
- Angulo-Tuesta AJ . Gênero e violência no âmbito doméstico: a perspectiva dos profissionais de saúde [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Osvaldo Cruz; 1997.
- Assis SG. Prevenção, monitoramento, capacitação e pesquisa. In: Minayo MCS, Deslandes SF, organizadoras . Análise diagnóstica da política para redução de acidentes e violências. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.
- Backes DL. Indicadores de maus-tratos em crianças e adolescentes para uso na prática de enfermagem . Porto Alegre: Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 1999. [citado 2003 mar 29]. Disponível em: <http://www.pericias-forenses.com.br/indic.htm>.
- Brasil. Decreto-Lei n.º 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Institui o Código Penal Brasileiro. Rio de Janeiro; 1940.
- Brasil. Lei no.3.688, de 3 de outubro de 1941. Lei das Contravenções Penais. [lei na Internet]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/Decreto-Lei/Del3688.htm>
- BRASIL. Lei n.º 3.268, de 30 de setembro de 1957. Código de Ética Médica. Disponível em: [www.jusbrasil.com.br/legislacao/104139](http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/104139).
- Brasil Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. Estatuto da criança e do adolescente. Disponível em: [www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8069.htm)
- Brasil Lei n.10741, de 01 de outubro de 2003. Disponível em: [www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/2003/L10.741.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.741.htm)
- BRASIL. *Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes – um passo a mais na cidadania em saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- Brasil Lei n. 10.778, de 24 de novembro de 2003. Disponível em: [www.planalto.gov.br/ccivil/leis/2003/L10.778.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil/leis/2003/L10.778.htm)
- BRASIL. *Aspectos jurídicos do atendimento às vítimas de violência sexual: perguntas e respostas para profissionais de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a (Série direitos sexuais e direitos reprodutivos, caderno 7).
- Brasil. Lei n.º 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher e dá outras providências. Enfermagem. Brasília ; 2006.
- Cavalcanti AL . Abuso Infantil: protocolo de atendimento odontológico. RBO. 2001; 58(6):378-80.
- Cavalcanti ALF .Prevalence, characteristics and oral manifestations of physical abuse in children and adolescents in the metropolitan area of João Pessoa - PB ; João Pessoa; s.n; 2003. 133 p. ilus, tab.
- Brasil. Conselho Federal de Odontologia. Resolução n.º 42, de 20 de maio de 2003. Aprova o Código de Ética Odontológica. Rio de Janeiro; 2003.
- Chaim LAF. Odontologia versus criança maltratada. Rev Assoc Paul Cir Dent. 1995;49(2):142-4.
- Daruge E , Chaim LAF , Gonçalves RJ. Criança maltratada e a Odontologia – conduta, percepção e perspectivas: uma visão crítica [cited 2000 Jul 11]. Available from: [URL:http://www.odontologia.com.br/artigos.asp?id=117](http://www.odontologia.com.br/artigos.asp?id=117).
- Deslandes SF , Gomes R , Silva CMFP. Caracterização dos casos de violência doméstica contra a mulher atendidos em dois hospitais públicos do Rio de Janeiro. Cad Saúde Pública. 2000;16(1):129-37.
- Deslandes SF. Frágeis deuses: profissionais da emergência entre os danos da

- violência e a recriação da vida. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2002.
- FraconTE , Silva RHA , Bregagnolo JC. Avaliação da conduta do cirurgião-dentista ante a violência doméstica contra crianças e adolescentes no município de Cravinhos (SP).RSBO. 2011; Apr-Jun;8(2):153-9.
- Galvão VABM , Dimenstein M. Protocolo de notificação da violência: entre o risco e a vulnerabilidade; Mental. 2009; vol.7; no.13; Barbacena.
- Granville-Garcia AF , Menezes VA , Filho BT ,Rodrigues PF. Ocorrência de Maus Tratos em Crianças e Adolescentes na Cidade de Caruaru. Pesq. Bras. Odontop. Clin. Integr. 2006; 6(1):67-72.
- Granville-Garcia AF , Menezes VA , Silva PFRM. Maus Tratos Infantis: Percepção e responsabilidade do cirurgião dentista. Rev. Odonto Ciênc. 2008; 23(1):35-9.
- Gomes R , Junqueira MFPS , Silva CO , Junger WLA. Abordagem dos maus-tratos contra a criança e o adolescente em uma unidade pública de saúde. Ciênc. Saúde Coletiva; 2002 ,n. 2, v. 7.
- Jacques PB , Olinda Q B. Revista Brasileira em Promoção da Saúde. 2012; Vol.25(2), p.127 .
- Jaramillo DE , Uribe TM. Rol del personal em La atención a lãs mujeres maltratadas.Invest Educ Enferm; 2001;19:38-45 .
- Kellogg ND. Committee on Child Abuse and Neglect. Evaluation of Suspected Child Physical Abuse. Pediatrics. 2007; 119(6):1232-41.
- Lara MCA. Violência e vitimização da criança. In: Ricco RG, Del Ciampo LA, Almeida CAN. Puericultura: princípios e prática. Atenção integral à Saúde.2000. São Paulo: Atheneu.
- Leal SMC , Lopes MJM. Violência como objeto da assistência em um hospital de trauma: "o olhar" da enfermagem. Cien Saude Coletiva ; 2005; 10(2):419-431.
- Luna GLM , Ferreir RC , Vieir LJES. Mandatory reporting of child abuse by professionals of Family Health Teams; Ciênc. saúde coletiva;2010 vol.15 n.2 Rio de Janeiro Mar.
- Machado, Carla e Gonçalves , Abrunhosa R. Violência e Vítimas de Crimes. Coimbra: Quarteto,2 ed ; 2003.
- Marciano ALV. A escuta do profissional de saúde pública às mulheres em situação de violência de gênero. Belo Horizonte: [Dissertação de Mestrado Universidade Federal de Minas Gerais];1998 .
- Mendez-Hernandez P ,Valdez-Santiago R ,Viniestra-Velazquez L , Riviera-Riviera L, Salmerón-Castro J. Violencia contra la mujer: conocimiento y actitud del personal médico del Instituto Mexicano del Seguro Social. Salud Publica Mex. 2003;45(6):472-82.
- Ministério da Saúde (Br). Violência intrafamiliar:orientações para prática em serviço. 2002 ; Brasília (DF): Secretaria de Políticas de Saúde.
- NJAINE, K , REIS, A. C. Qualidade da informação sobre acidentes e violências. In: BRASIL. *Impacto da violência na saúde dos brasileiros*. Brasília: Ministério da Saúde. 2005; p. 313-340.
- Penna LHG , Santos NC , Souza ER. Scientific Production about Domestic Violence in the health area.Rev Enferm UERJ; 2004;12:192-8.
- Pires ALD , Miyazaki MCOS. Children and adolescents maltreatment: a literature review for health professionals. Arq Ciênc Saúde.2005; jan-mar;12(1):42-9 .
- Pires JMA. Barreiras, para notificação pelo pediatra, de maus-tratos infantis. Rev. Bras. Saude Mater. Infant. 2005; 5(1):103-108.
- Portal de Direito Internacional:[WWW.cedin.com.br](http://WWW.cedin.com.br)
- SARTI C A , Barbosa RM ,Suarez MM. Violência e gênero: vítimas demarcadas. Physis: Revista de Saúde Coletiva, 2006; n. 16, v. 2, 167-183.
- Sales-Peres A ,Silva RHA , Lopes-Júnior C , Carvalho SPM. Odontologia e o desafio

- na identificação de maus-tratos. *Odontol Clín-Cient*. 2008 ; 7(3):185-9.
- Saliba O , GARBIN CA S , Garbin AJI , Dossi AP . Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. *Revista de Saúde Pública/ Journal of Public Health*.2007; v. 41 , p. 472-477.
- Silva RF ,Prado MM ,Garcia RR ,Júnior ED ,Daruge E. Professional practice of the dentist in light of the “Maria da penha” law . *Rev Sul-Bras Odontol*. 2010 Mar;7(1):110-6.
- Silva M AI ,Ferriani MGC. Violência doméstica: do visível ao invisível Domestic violence: from the visible to the invisible *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2007, Vol.15, p.275-281.
- SINANNET - Fichas de Investigação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação. [www.cve.saude.sp.gov.br/](http://www.cve.saude.sp.gov.br/)
- Soares BM. *Mulheres invisíveis: Violência conjugal e novas políticas de segurança*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 1999.
- Tavares DC. *Violência doméstica:Uma questão de saúde pública*. São Paulo:[Dissertação de mestrado Universidade de São Paulo];2000 .
- Tornavoi D C ,GaloR ,Silva RHA. Conhecimento de profissionais de Odontologia sobre violência doméstica. *RSBO*; Jan-Mar;8(1):54-9;2011.  
[www.institutoavon.org.br](http://www.institutoavon.org.br); Pesquisa Instituto AVON/IPSOS Percepções sobre “ A violência doméstica contra a mulher no Brasil”.2011; 2 estudo;pg 12 .
- World Health Organization - WHO. *Preventing violence: a guide to implementing the recommendations of the World Report on Violence and Health*. Geneva; 2004.

## ANEXO

### OS SERVIÇOS DE APOIO

A rede de enfrentamento é composta por:

- Agentes governamentais e não governamentais formuladores, fiscalizadores e executores de políticas voltadas para as mulheres.
- Serviços/programas voltados para a responsabilização dos agressores; universidades.
- Órgãos federais, estaduais e municipais responsáveis pela garantia de direitos (como habitação, educação, trabalho).
- Serviços especializados e não especializados de atendimento às mulheres em situação de violência (que compõem a rede de atendimento às mulheres em situação de violência).

Atualmente o país dispõe de:

- 193 Centros de Referência de Atendimento à Mulher.
  - 388 Delegacias Especializadas no Atendimento à Mulher.
  - 71 Casas-abrigo: locais seguros que oferecem abrigo protegido e temporário, além de atendimento integral (psicossocial e jurídico) à mulheres em situação de violência doméstica (acompanhadas ou não de seus filhos) sob risco de morte iminente. O acesso às Casas-abrigo se dá somente por encaminhamento dos serviços especializados da rede de atendimento (que realizam avaliação e triagem).
  - 609 serviços de saúde especializados, com equipes multi disciplinares capacitadas.
  - 70 Juizados de violência doméstica.
  - 54 Núcleos/Defensorias Especializados de Atendimento à Mulher.
  - 20 Promotorias Especializadas/Núcleos de Gênero do Ministério Público: movem ação penal pública, solicitam que a polícia civil inicie ou dê prosseguimento às investigações e solicitam, ao juiz, a concessão de medidas protetivas de urgência.
  - cerca de 1.000 Centros de Referência de Assistência Social: não são especializados no atendimento à mulher, mas funcionam como portas de saída nos municípios onde não existe nenhum outro tipo de serviço.
- Informações mais detalhadas sobre todos esses serviços você obtém no site da Secretaria de Políticas para as Mulheres: [www.sepm.gov.br](http://www.sepm.gov.br)

Serviços de referências da rede pública municipal para o atendimento completo:

#### REGIÃO SUL

- H.M. DR. FERNANDO MAURO PIRES DA ROCHA - CAMPO LIMPO  
ESTRADA DE ITAPECERICA, 1661 - CAMPO LIMPO  
FONE: 5512-4400  
Realiza primeiro atendimento, colhe exames, fornece medicação (pílula do dia seguinte e profilaxia de DST/Aids), faz seguimento e realiza aborto previsto por lei nos casos indicados.

#### REGIÃO CENTRO-OESTE

- H.M. PROF. MARIO DEGNI - HOSPITAL JARDIM SARAH  
Rua LUCAS DE LEYDE, 257 - V. ANTONIO

FONE: 3768-4900

Realiza primeiro atendimento, colhe exames, fornece medicação (pílula do dia seguinte e profilaxia de DST/Aids), faz seguimento e realiza aborto previsto por lei nos casos indicados.

- HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO MUNICIPAL  
RUA CASTRO ALVES, 60 – 3º ANDAR  
FONE: 3208-2211

Realiza primeiro atendimento, colhe exames, fornece medicação (pílula do dia seguinte e profilaxia de DST/Aids), faz seguimento e realiza aborto previsto por lei nos casos indicados.

### **REGIÃO SUDESTE E LESTE**

- H.M. DR. ARTHUR RIBEIRO SABOYA - JABAQUARA  
AV. FRANCISCO DE PAULA QUINTANILHA RIBEIRO, 860 - JABAQUARA  
FONE: 5012-0021

Realiza primeiro atendimento, colhe exames, fornece medicação (pílula do dia seguinte e profilaxia de DST/Aids), faz seguimento e realiza aborto previsto por lei nos casos indicados.

- H.M. DR. CARMINO CARICCHIO - TATUAPÉ  
AV. CELSO GARCIA, 4815 - TATUAPÉ  
FONE: 6191-7000

Realiza primeiro atendimento e realiza aborto previsto por lei nos casos indicados.

- H.M. DR. ALEXANDRE ZAIO – V. NHOCUNÉ  
RUA ALVES MALDONADO, 128  
FONE: 6749- 0956/6749-2855

Realiza primeiro atendimento, colhe exames, fornece medicação (pílula do dia seguinte e profilaxia de DST/Aids).

### **REGIÃO NORTE**

- H.M.M. ESCOLA DR. MARIO DE MORAES ALTENFELDER SILVA  
AV. DEPUTADO EMILIO CARLOS, 3.100 – V. NOVA CACHOEIRINHA  
FONE: 3986.1000

Realiza primeiro atendimento, colhe exames, fornece medicação (pílula do dia seguinte e profilaxia de DST/Aids), faz seguimento e realiza aborto previsto por lei nos casos indicados.

- H.M. DR. JOSÉ SOARES HUNGRIA (PIRITUBA)  
AV. MENOTTI LAUDISIO, 100  
FONE: 3974-7000/3974-0683.

Realiza primeiro atendimento, colhe exames, fornece medicação (pílula do dia seguinte e profilaxia de DST/Aids) e faz seguimento.