

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS  
FACULDADE DE ODONTOLOGIA

LAILA MENEZES HAGEN  
VIVIAN CRISTINA DE MELO

**A ATUAÇÃO DO CIRURGIÃO-DENTISTA NO COMBATE À VIOLÊNCIA DE  
GÊNERO: UMA REVISÃO DE LITERATURA**



MACEIÓ-AL  
2021

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS  
FACULDADE DE ODONTOLOGIA

LAILA MENEZES HAGEN  
VIVIAN CRISTINA DE MELO

**A ATUAÇÃO DO CIRURGIÃO-DENTISTA NO COMBATE À VIOLÊNCIA DE  
GÊNERO: UMA REVISÃO DE LITERATURA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Alagoas, como parte dos requisitos para conclusão do curso de Bacharel em Odontologia.  
Orientadora: Profa. Dra. Izabel Maia Novaes

MACEIÓ-AL  
2021



**Catálogo na fonte**  
**Universidade Federal de Alagoas**  
**Biblioteca Central**  
**Divisão de Tratamento Técnico**

Bibliotecária: Taciana Sousa dos Santos – CRB-4 – 2062

H143a Hagen, Laila Menezes.

A atuação do cirurgião-dentista no combate à violência de gênero: uma revisão de literatura / Laila Menezes Hagen, Vivian Cristina de Melo. – 2021. 29 f.

Orientadora: Izabel Maia Novaes.  
Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso em Odontologia) – Universidade Federal de Alagoas. Faculdade de Odontologia. Maceió, 2021 .

Bibliografia: f. 27-29.

1. Odontologia. 2. Violência contra a mulher. 3. Violência doméstica. I. Melo, Vivian Cristina de. II. Título.

CDU: 616.314: 36

## **AGRADECIMENTOS DO TCC**

Primeiramente gostaríamos de agradecer a Deus, por nos proporcionar perseverança durante nosso caminho.

Somos gratas aos nossos pais por todo o esforço investido em nossa educação e à toda nossa família pelo apoio que sempre nos deram durante toda a nossa vida.

Deixamos um agradecimento especial à nossa orientadora, Prof<sup>a</sup> Izabel Novaes, pelo incentivo e pela dedicação do seu escasso tempo ao projeto de pesquisa, seus conhecimentos fizeram grande diferença no resultado final deste trabalho.

Somos gratas também a todos os nossos amigos do curso de graduação que compartilharam dos inúmeros desafios que enfrentamos, sempre com o espírito colaborativo.

Agradecemos aos funcionários da Universidade Federal de Alagoas que contribuíram direta e indiretamente para a conclusão deste trabalho, assim como a todos os mestres que contribuíram com a nossa formação acadêmica e profissional durante a nossa vida.

Eu, Vivian, agradeço a minha dupla e amiga Laila, pelas trocas de ideias e ajuda mútua, pela paciência e compreensão nos momentos difíceis, juntas conseguimos avançar e ultrapassar todos os obstáculos.

Por fim, eu, Laila, agradeço imensamente à Vivian por ter aceitado o desafio de realizar este trabalho, e, principalmente, pela sua amizade que tenho a sorte de levar da graduação.

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
2. OBJETIVOS	16
2.1 Objetivo geral	16
2.2 Objetivos específicos	16
3. METODOLOGIA	17
3.1 Critérios de inclusão	17
3.2 Critérios de exclusão	18
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	19
4.1 Identificação de lesões em cabeça e pescoço	20
4.2 Notificação dos casos violência contra a mulher e sua correlação com o código de ética odontológica	22
4.3 O conhecimento e a percepção do cirurgião-dentista acerca da violência de gênero	24
5. CONCLUSÃO	26
REFERÊNCIAS	27

**MANUSCRITO**

---

## **A ATUAÇÃO DO CIRURGIÃO-DENTISTA NO COMBATE À VIOLÊNCIA DE GÊNERO: UMA REVISÃO DE LITERATURA**

THE ROLE OF THE DENTIST IN COMBATING GENDER VIOLENCE: A LITERATURE REVIEW

**Laila Menezes Hagen<sup>1</sup>**

**Vivian Cristina de Melo<sup>2</sup>**

**Izabel Maia Novaes<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Aluna de graduação, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Alagoas, Campus AC Simões, Av. Lourival Melo Mota, S / N, Tabuleiro do Martins, Maceió, AL, Brasil. lailahagen96@gmail.com.

<sup>2</sup>Aluna de graduação, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Alagoas, Campus AC Simões, Av. Lourival Melo Mota, S / N, Tabuleiro do Martins, Maceió, AL, Brasil. vivianmelo96@gmail.com.

<sup>3</sup>Professora de Odontologia Legal e de Saúde Coletiva, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Alagoas, Campus AC Simões, Av. Lourival Melo Mota, S / N, Tabuleiro do Martins, Maceió, AL, Brasil. izabelnovaes@gmail.com.

### **Autor para correspondência:**

Profa. Dra. Izabel Maia Novaes

Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Alagoas

Av. Lourival Melo Mota, s/n

Tabuleiro dos Martins Maceió/AL, Brasil

CEP: 57072-900

Telefone: (82) 3214-1169

E-mail: izabelnovaes@gmail.com

## **A ATUAÇÃO DO CIRURGIÃO-DENTISTA NO COMBATE À VIOLÊNCIA DE GÊNERO: UMA REVISÃO DE LITERATURA**

### **RESUMO**

A violência é um problema de saúde pública, e o dentista tem um papel importante no combate dela. Esta revisão de literatura foi realizada através de uma pesquisa bibliográfica nas bases de dados online, e teve como objetivo reunir dados disponíveis em estudos que relacionaram a odontologia com a violência contra a mulher, facilitando a compreensão desse vínculo. Os resultados incluíram artigos com foco nas lesões bucais e faciais, na notificação compulsória, além da responsabilidade ética e do conhecimento que o profissional deve ter para acolher a vítima. A maioria das mulheres que reportaram agressão física tinham idade de 25 a 35 anos, solteiras, a ocupação mais citada foi de serviços domésticos, as agressões foram, majoritariamente, cometidas pelo companheiro da vítima. As lesões em tecidos moles foram as mais registradas, sendo as mais comuns: edema, laceração, abrasão e contusão. A investigação de suas causas é um importante fator, já que diante da suspeita ou confirmação de um caso de violência contra a mulher o profissional tem o dever de realizar a notificação compulsória, como consta na Lei nº 13.931. As instruções sobre a violência doméstica durante a formação mostraram-se escassas, resultando no despreparo de alguns profissionais voltados unicamente para a avaliação física, negligenciando a origem do problema.

**Palavras-chave:** Violência contra a mulher; Odontologia; Violência doméstica.



## **THE ROLE OF THE DENTIST IN COMBATING GENDER VIOLENCE: A LITERATURE REVIEW**

### **ABSTRACT**

Violence is a public health problem, and the dentist has an important role in combating it. This literature review was carried out through a bibliographic search in the online databases, and its purpose was to gather data available in studies that related dentistry with violence against women, facilitating the understanding of this link. The research results included articles focusing on the oral and facial injuries, compulsory notification, in addition to the ethical responsibility and knowledge that the professional must have to welcome the victim. The majority of women who reported physical aggression were aged 25 to 35 years old, single, the occupations most cited were domestic services, and the aggressions were mostly committed by their partner. The soft tissue injuries were the most recorded in the analyzed reports and the most common were: edema, laceration, abrasion and contusion. The investigation of the injuries cause is an important factor, since when a suspect or confirmation of a case of violence against women is suspected, the professional has the duty to carry out the compulsory notification, as stated in Law No. 13,931. Instructions on domestic violence during training were scarce, resulting in the oversight of some professionals who only turn to the physical evaluation, neglecting the source of the problem.

**Keywords:** Violence against women; Dentistry; Domestic violence.

## 1. INTRODUÇÃO

A violência causa, diariamente, efeitos devastadores em diversas esferas da vida de suas vítimas, devendo ser vista sob um amplo olhar, para que possa ser identificada e intercedida, mesmo quando a mesma não se manifeste de um modo mais evidente. A Organização Mundial de Saúde (OMS) (1), em 2002, delineou a violência como:

O 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 possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação de liberdade.

A referida agência elucida, ainda, as consequências que podem ser geradas pela violência, tanto as físicas, como as psicológicas e as sociais e que são capazes de se manifestar a curto ou longo prazo. O enfoque, nesta visão, está na saúde dos indivíduos, e não em questões culturais (1). No entanto, não foi sempre assim. Houve um longo histórico de evolução na percepção da violência como um problema de saúde pública.

Para Minayo e Souza (2), a década de 60 foi determinante nesse processo, quando a *síndrome do bebê espancado* passou a ser estudada, fazendo com que, posteriormente, diversos países identificassem os maus tratos como uma questão onde se requer a intervenção do setor de saúde. Outro importante contribuinte nessa jornada foi o feminismo com seus ideais, buscando uma nova visão para a problemática da violência de gênero, invisível a uma sociedade patriarcal consolidada.

No Brasil, em meio ao contexto de movimentos sociais democratas nos anos 80, e também sob a influência de Organizações não Governamentais (ONGs) e de organizações internacionais, houve a introdução gradual do tema violência nas pautas

de discussões do setor da saúde, e na década de 90 o tema verdadeiramente se consolidou. Nessa época, a violência assumiu o segundo lugar no perfil de mortalidade geral, evidenciando o crescimento da problemática que o tema trazia e a exigência da criação de estratégias de prevenção à violência (2).

No Relatório Mundial sobre Violência e Saúde, a OMS (1) delimita de forma clara os tipos de violência de acordo com o seu causador, tais sejam:

**Quadro 1–** Tipos de violência conforme seu causador

<b>Tipo de violência</b>	<b>Definição</b>
Auto infligida	Realizada pela própria pessoa.
Interpessoal	Pode ser causada por indivíduos relacionados por parentesco ou não, neste grupo se encontram as agressões feitas por parceiro íntimo, bem como contra idosos, crianças e adolescentes, dentre outros exemplos.
Coletiva	Realizada por grupos maiores, como Estados, organizações terroristas e violência de multidões.

Fonte: Organização Mundial da Saúde (OMS). Relatório mundial sobre violência e saúde. Genebra, 2002. Modificado pelas autoras.

Além disso, a violência pode ter natureza psicológica, física, sexual e, ainda, ter característica de negligência ou privação (1). No presente trabalho, iremos abordar a violência interpessoal.

Uma das manifestações da violência interpessoal é a violência de gênero, que representa, além de um problema de saúde, um empecilho ao desenvolvimento econômico e social. O brutal tema da violência baseada no gênero, se refere a

qualquer tipo de conduta que cause danos, físicos ou psicológicos, a mulheres e meninas, tendo sido motivada meramente por se tratar do sexo feminino (3).

O ambiente familiar acaba sendo um meio propício para a manifestação da violência de gênero. Day et al. (4) abrangem a classificação, quando se refere à violência intrafamiliar, compreendendo qualquer comportamento prejudicial, dentro ou fora de casa, partindo de um membro da família a outro, seja um parentesco consanguíneo ou não.

Em grande destaque devido a sua maior prevalência, encontra-se a violência por parceiro íntimo (namorados, ex-namorados e esposos), que corresponde a 58% dos casos de agressão contra a mulher quando comparada à agressão contra a mulher realizada por outros parentes, consequência de uma intensa necessidade de dominação sobre a mesma presente em muitos homens em suas relações afetivas (5).

A nível mundial estudos mostram que a porcentagem das mulheres entrevistadas que já foram agredidas por um companheiro está entre 20% e mais de 50%, além de muitas também terem passado por violência sexual e psicológica associadas às agressões (3).

No Brasil, o Mapa da Violência Contra a Mulher (5) aponta que o estado de São Paulo foi o que mais noticiou agressões domésticas contra mulheres (1251 casos), seguido por Alagoas (811 casos) e pelo Distrito Federal (802 casos).

Nesses casos noticiados, a faixa etária prevalente das mulheres agredidas foi entre 18 e 59 anos (83,7%), em seguida ficaram as mulheres com mais de 60 anos (15%) e, por último, as meninas com menos de 18 anos (1,4%).

O Atlas da Violência de 2018 (6), relacionado ao Brasil, revela 4.519 homicídios de mulheres no total anual. Observando o decorrer de 10 anos, de 2008 a 2018, houve o aumento de 4,2% nos homicídios de mulheres no Brasil. Entre os anos de 2013 e 2018 houve um aumento de 8,3% nos homicídios dentro das residências, onde há o agravante, a ser estudado, da significativa porcentagem do número de feminicídios.

Como resposta a esses dados, através do II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (II PNPM) (7), o governo federal traçou metas e ações com o objetivo de reduzir os índices de todas as formas de violência contra as mulheres, dentre elas está a ampliação de suas atividades para o nível internacional, de forma a alcançar brasileiras que vivem no exterior e sofrem de diversas formas de violência, entre as quais tráfico de pessoas. Além disso, o II PNPM consolidou a implementação da Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres (8) que busca implementar ações previstas no II PNPM definindo prioridades como: garantia da aplicabilidade da Lei Maria da Penha, ampliação e fortalecimento da rede de serviços para mulheres em situação de violência, garantia de segurança cidadã e acesso a justiça, garantia dos direitos sexuais, enfrentamento à exploração sexual e ao tráfico de mulheres e garantia da autonomia das mulheres em situação de violência e ampliação de seus direitos.

É neste contexto de prevenção à violência e promoção de saúde que se insere o profissional de saúde, fazendo-se necessária a preparação deste para a identificação e o acolhimento das mulheres ou de qualquer vítima que venha à sua procura.

No entanto, estudos têm demonstrado que isso não ocorre, por motivos variados, como o despreparo dos atuantes nesta área e questões culturalmente estabelecidas na sociedade em geral (9).

Jaramillo e Uribe (10) reforçam a importância da atenção do profissional, considerando que muitas vezes a vítima tem vergonha de falar abertamente sobre a violência sofrida, sendo necessária a observação das características das lesões, a fim de analisar as possibilidades de suas causas, e não só tratar a lesão, ignorando seu possível contexto.

No que se refere às áreas frequentemente acometidas em casos de agressão, variados estudos expõem a anteposição que a região da cabeça e pescoço têm, justificando a grande relevância do tema especificamente para odontólogos (9,11,12,13). Portanto, no presente trabalho, pretende-se investigar o abrangente papel do cirurgião-dentista como profissional na linha de frente de combate à violência doméstica.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

Contribuir para uma visão abrangente do profissional de saúde relacionada ao tema violência contra a mulher e, conseqüentemente, para um comportamento que busque auxiliar as vítimas.

### **2.2 Objetivos específicos**

- (1) Levantar dados recentes acerca da violência contra a mulher;
- (2) Identificar lesões decorrentes de agressão que mais acometem a região de cabeça e pescoço em mulheres vitimadas;
- (3) Investigar a conduta que deve ser feita pelo cirurgião-dentista quando confrontado com pacientes mulheres em situação de violência doméstica;
- (4) Averiguar o conhecimento dos cirurgiões-dentistas sobre o tema.

### **3. METODOLOGIA**

O trabalho desenvolvido seguiu os preceitos do estudo exploratório, de natureza teórica, por meio de uma pesquisa bibliográfica, que, segundo Gil (14), “é desenvolvida a partir de material já elaborado, constituído de livros e artigos científicos”. Foram pesquisados artigos científicos através das bases de dados ScientificElectronic Library Online (SciELO), Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e PubMed, a fim de obter informações acerca da preparação e da atuação do cirurgião-dentista diante da mulher vítima de violência doméstica. Os descritores utilizados para a busca foram “violência doméstica”, “violência contra a mulher” e “odontologia”, e foi demarcado o período de publicação dos artigos de 2000 a 2020. Para fortalecer a discussão e os argumentos foram consultadas também pesquisas amplamente citadas e reconhecidas pelo tema da violência contra mulher em geral. A fim de esclarecer e respaldar o segmento referente à notificação compulsória e ética, foram utilizados documentos legislativos e o Código de Ética Odontológica (CEO).

Os materiais selecionados a partir da pesquisa bibliográfica foram analisados segundo os critérios de Bardin (15): organizados, codificados e categorizados, para estruturar a discussão facilitando o entendimento do leitor no tema proposto.

#### **3.1 Critérios de inclusão**

- (1) Estudos de pesquisas primárias;
- (2) Pesquisas que se encontram disponíveis online;



(3) Artigos publicados de 2000 a 2020.

### **3.2 Critérios de exclusão**

(1) Artigos que incluem como objeto de estudo homens e mulheres, não delimitando os dados obtidos de cada sexo;

(2) Pesquisas realizadas com mulheres que apresentavam algum tipo de necessidades especiais.

#### 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Tendo como fundamento a profundidade e as necessidades já expostas e vinculadas ao tema, propõe-se analisar a etapa de construção do conhecimento, indispensável para o combate à violência de gênero e à redução de danos causados às vítimas.

A princípio, foram observados os perfis das mulheres vítimas de violência que recorreram a serviços específicos de atendimento à mulher ou aos serviços gerais de perícia nos Institutos Médicos Legais (IMLs) que constavam nas pesquisas, onde se pôde perceber alguns padrões nos registros disponíveis.

O intervalo de idade das vítimas presente nos laudos dos estudos analisados esteve entre 18 a 45 anos, destacando-se a faixa etária de 25 a 35 anos, sendo as mulheres desta idade as que mais reportaram agressões (11,16-19). Estes achados vão de encontro com o estudo realizado por Garbin et al. (9), que indica um maior número de vítimas com até 15 anos (51,1%), demonstrando que a violência doméstica atinge as mais variadas idades; no entanto, deve ser considerado o alto índice de casos de maus-tratos reportados, que não se tratam de violência de gênero necessariamente, mas sim de crimes provocados pelos responsáveis dos dependentes.

Quanto às profissões exercidas pelas mulheres, apesar desta variável não constar em todos os estudos analisados, as mais citadas foram: serviços domésticos, “dona de casa”, serviços autônomos e professora (16,18,20). Referente ao agressor e sua relação com a vítima, observou-se a prevalência de cônjuges, companheiros ou

parceiros domésticos; também foram citados ex-companheiros, ex-maridos, familiares e, em menor frequência, desconhecido (16,11,18,19,21).

O estado civil da maioria das mulheres constava nos registros dos estudos realizados como solteira (18,19), concordando com a pesquisa realizada por Nóbrega et al. (22), que obteve o mesmo resultado com 56,7% das mulheres.

No entanto, a verossimilhança desses padrões encontrados pode ser questionável, visto que os reais números podem estar escondidos em casos não reportados, por diversas questões, e na ausência de dados nos laudos.

Devido à amplitude do conteúdo, foram observadas e destacadas três categorias principais nos artigos analisados, resultantes das pesquisas.

#### **4.1 Identificação de lesões em cabeça e pescoço**

Os estudos investigados pela presente revisão bibliográfica foram realizados, em sua maioria, com base em laudos de IMLs, onde o examinador teve ciência que ocorreu uma agressão que resultou na lesão a ser averiguada. Todavia, os dados encontrados também servem como base para profissionais em casos de uma possível agressão ou de incoerência entre o tipo da injúria e a história relatada pela paciente, podendo trazer um conhecimento maior acerca das características das lesões.

As lesões na região da cabeça têm prevalência em muitos estudos interessados em agressão física contra a mulher, o que se deve tanto por ser uma região mais exposta, quanto pelo dano psicológico que a agressão na face pode causar, afetando a autoestima da vítima e, por conseguinte, sua vida social (23). Segundo Araújo et al. (16), 50% das lesões analisadas em sua pesquisa acometeram

cabeça e pescoço, sendo na cabeça a grande maioria destas. Bernardino et al. (24) observou em seu estudo o acometimento de traumas isolados na cabeça em 22% dos casos, ficando abaixo apenas de múltiplos traumas em diferentes partes do corpo (50,3%).

Como exposto por Araújo et al. (16), em muitos laudos faltam a informação referente à etiologia do dano causado à vítima, prejudicando o levantamento de dados. Em seus estudos, dos 210 laudos totais, em 117 não constavam o tipo de violência sofrida, contendo apenas que havia ocorrido violência física. Nos demais, 38 (18,1%) consistiam em tapas, 32 (15,3%) em socos, 18 em pontapés e chutes (8,5%). De forma destoante, Soares et al. (11) têm em seus achados, como forma disparada de agressão, os instrumentos contundentes, que representaram 91,22% dos casos analisados no ano de 2015 e 95,020% em 2016. Rezende et al. (18) tiveram como resultado nesse quesito que: 49,1% dos casos a agressão foi nua, sem o uso de instrumento, e em apenas 3 lesões foi utilizado algum instrumento. Em 48,1%, não houve relato quanto ao uso ou não de instrumentos, reafirmando a negligência de informações em muitos relatos.

As lesões em tecidos moles foram as mais registradas nos laudos analisados e as mais constantes foram: edema, laceração, abrasão e contusão (11,16-19,21). Para Bernardino et al. (24), similarmente, regiões de tecidos moles foram as mais acometidas, com laceração facial em 96,1% dos resultados.

Considerando os tipos de lesões distribuídas na face, para Araújo et al. (16), o edema traumático na região nasal foi o tipo de lesão mais encontrada, seguido pela região malar esquerda, edema traumático na região zigomática esquerda e equimose na região labial superior esquerda. Já para Chiaperini et al. (17), a região oral foi a

mais acometida (20,6%), seguida pela região nasal (16,0%), região infraorbital e região interna da boca (14,2%).

Muitos dos artigos encontrados não especificaram injúrias dentárias. Castro et al. (19) encontraram 927 relatos de mulheres vítimas de violência de gênero que continham lesões orais ou craniofaciais, dentre eles havia apenas 24 acometimentos dentários, sendo 12 fraturas, 8 avulsões, 3 luxações e 1 subluxação. Já Rezende et al. (18), em seu achado total de 108 laudos de mulheres vítimas de agressão física, teve um número mais significativo de lesões nos dentes e nos tecidos periodontais: 45 fraturas dentárias, 29 concussões, 19 subluxações e 13 avulsões.

#### **4.2 Notificação dos casos violência contra a mulher e sua correlação com o código de ética odontológica**

Uma vez reconhecidos pelo profissional, os casos devem ser compulsoriamente notificados, conforme consta na Lei nº 13.931 (25): “Art. 1º Constituem objeto de notificação compulsória, em todo o território nacional, os casos em que houver indícios ou confirmação de violência contra a mulher atendida em serviços de saúde públicos e privados”. Sendo assim, é dever do profissional que ao atender uma mulher e, ante uma suspeita de violência, informar o caso à autoridade policial competente.

A notificação é uma etapa determinante no combate à violência, através dela o fato criminoso adquire evidência e é possível traçar o seu perfil epidemiológico, o que permite a adoção de medidas preventivas e reparadoras (26). Segundo Braz e Cardoso (27), além da questão legal relacionada à responsabilidade profissional à realização da notificação compulsória pelos profissionais, há que se ressaltar a

questão ética, que se impõe à sua conduta, o que, no caso específico do exercício profissional odontológico, é regida pelo CEO (28).

O CEO (28), ao estabelecer os direitos e deveres dos cirurgiões-dentistas, aponta como dever fundamental no artigo 9º, inciso VII: “zelar pela saúde e pela dignidade do paciente”. Determina-se, por este meio, a responsabilidade integral do profissional sobre o seu paciente, sendo-lhe, assim, impositiva a devida e necessária atenção à observância do citado dispositivo ético. No campo da ética, impõem-se, de um lado, o cumprimento do resguardo do sigilo profissional (artigo 9º, inciso VIII) e, de outra parte, o cuidado com a privacidade do paciente (artigo 9º, inciso XV). A notificação compulsória, a ser feita em casos de violência e a cooperação em casos judiciais não constituem infração ao CEO, em conformidade com o disposto em seu artigo 14: inciso I e Parágrafo Único: incisos I e II e no artigo 16. In verbis: “Não constitui, também, quebra do sigilo profissional a comunicação ao Conselho Regional de Odontologia (CRO) e às autoridades sanitárias as condições de trabalho indignas, inseguras e insalubres.” Apesar das leis que explicitam este dever profissional, há uma escassez em relação às instruções dos procedimentos que devem ser seguidos para o cumprimento das mesmas, resultando na subnotificação de casos (29).

Segundo o Manual para Atendimento às Vítimas de Violência na Rede de Saúde Pública do Distrito Federal (DF) (30), o procedimento de notificação a ser adotado pelo profissional de saúde segue as seguintes etapas: (a) Preenchimento de duas vias da Ficha Única de Notificação; (b) Adicionar uma ficha ao prontuário da paciente; (c) Enviar uma ficha ao Serviço Social ou ao Programa de Prevenção e Atendimento às Vítimas de Violência – PAV. Além disso, se a violência foi física e/ou sexual, orienta-se a paciente a fazer a denúncia na Delegacia de Polícia, de onde será encaminhada ao IML para fazer os devidos exames. Existe também a Rede

Intersetorial, que oferece apoio através do Conselho dos Direitos da Mulher, Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), serviço de apoio jurídico, dentre outros.

### **4.3 O conhecimento e a percepção do cirurgião-dentista acerca da violência de gênero**

O estudo realizado por Garbin et al. (31) com 111 cirurgiões-dentistas expressou que 74,4% deles não sabem como proceder para realizar a notificação de violência intrafamiliar. 67,5% alegaram não saber a respeito das leis vigentes, 28% disseram conhecê-las e 4,5% não souberam responder ao questionamento. No mesmo estudo, 55% dos profissionais afirmaram não ter responsabilidade pela notificação dos casos de violência, enquanto 45% reconheceram-se responsáveis. Assim, é possível relacionar estes resultados, que sugerem o descompromisso de alguns profissionais, com a subnotificação ocorrente.

Outro aspecto preocupante foi a resposta dada pelos mesmos profissionais quando questionados sobre como agiriam diante de um caso de violência: 60% afirmaram que fariam algo, 30% não fariam nada e 10% não souberam responder. Portanto, é preciso reforçar a necessidade da incorporação dos princípios éticos entre os profissionais da saúde, os quais têm o dever de melhorar a qualidade de vida dos indivíduos que recorrem a seus serviços, oferecendo-lhes, adequadamente, os devidos acolhimento e suporte.

De acordo com Saliba et al. (26), os profissionais estão comumente voltados para o tratamento de lesões, e não estão inteirados da abrangência da questão, seja por falta de preparo, por questões culturais e/ou pessoais. Segundo Jaramillo e Uribe

(10), há uma escassez de conteúdos acerca da violência na formação de profissionais de saúde, se tratando, então, de um problema na base da educação profissional.

A pesquisa realizada por Simões et al. (32) analisou a ótica de estudantes da área de saúde sobre o tema violência contra a mulher. Verificou-se um conhecimento superficial dos alunos, já que, no geral, eles não demonstraram conhecer os tipos de violência que podem afligir a mulher e reconhecerem inaptidão para lidar com as vítimas. Os autores chamam atenção para a problemática de uma educação voltada unicamente para o modelo biomédico, que pode ser um importante contribuinte para as dificuldades relatadas pelos alunos, que resultam em comportamentos futuros indesejados, como a limitação ao tratamento físico, negligenciando o contexto em que se insere o paciente.

Tornavoi et al. (33) realizaram um estudo com dentistas formados pela mesma instituição (Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo), a fim de investigar o conhecimento destes sobre a violência doméstica. Dos 180 entrevistados, 27% já tinham atendido mulheres vítimas de violência doméstica; 35% suspeitaram de que a paciente tinha sofrido agressão. Em relação à condução dos casos de violência, 69% indicaram a conversa com a vítima como melhor conduta e 23% referiram repassar aos órgãos competentes. Referente ao conhecimento obtido durante a faculdade, 47% relataram que não houve aprendizado sobre violência contra mulheres e idosos; sendo assim, 64% dos profissionais reconheceram-se como não aptos para lidar com essas situações. Apesar das condutas citadas pelos entrevistados serem coerentes, foi possível confirmar a deficiência de instruções e informações sobre o tema no processo de aprendizagem.



## 5. CONCLUSÃO

Por fim, e considerando o teor da revisão de literatura realizada, infere-se o importante papel do cirurgião-dentista no processo de enfrentamento da violência contra a mulher. Este papel é constituído por diversos aspectos e em diferentes momentos, iniciando com um olhar livre de estigmas, de preconceitos e de machismo, de forma que ao se deparar com uma vítima, consiga enxergar um indivíduo, plenamente merecedor dos legítimos e devidos direitos humanos.

A atenção constante do profissional é essencial para detectar lesões e indícios de incoerência no transcurso da história clínica relatada. O acolhimento e o apoio, através da conversa, além das orientações a serem seguidas pela vítima, são de extrema importância, a fim de que ela saiba que existem centros de acolhimento que oferecem o suporte necessário.

Ademais, por não poder ser sonegada, se impõe a notificação compulsória que deve ser realizada pelo profissional, incluindo todos os registros que possam contribuir para a adequada visualização do fenômeno da violência.

Para todo esse processo o conhecimento do profissional é essencial, devendo ser estruturado desde sua formação, para que sua assistência possa ser concedida integralmente.

## REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde (OMS). Relatório mundial sobre violência e saúde. Genebra, 2002.
2. Minayo MCS, Souza ER. É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública. *Ciê. Saúde Coletiva*. 1999;4(1):7-32.
3. Heise L. Genderbased abuse: the global epidemic. *Cad. Saúde Pública*. 1994;10(1):135-145.
4. Day VP et al. Violência doméstica e suas diferentes manifestações. *Rev. Psiquiatr. Abr.* 2003;25(1):9-25.
5. Comissão de Defesa dos Direitos da Mulher: Mapa da Violência Contra a Mulher 2018.
6. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada: Atlas da Violência 2020.
7. Plano Nacional de Políticas para as Mulheres. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2013.
8. Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres Secretaria de Políticas para as Mulheres – Presidência da República Brasília, 2011
9. Garbin CAS, Garbin AJI, Dossi AP, Dossi MI. et al. Violência Doméstica: análise das lesões em mulheres. *Cad. Saúde Pública*. Dez. 2006;22:2567-2573.
10. Jaramillo DE, Uribe TM. Rol del personal de salud en la atención a las mujeres maltratadas. *InvestEducEnferm*.2001;19(1):38-45.
11. Soares EMG, Cavalcanti RR, Wanderley AEC, Souto RRFA, Lessa RM, Tenório Neto, JF. Análise Pericial das Lesões Situadas em Cabeça e Pescoço de Mulheres Vítimas de Violência Doméstica Atendidas em um Instituto Médico Legal de Maceió – Al. *RBOL*. 2018;5(3):12-22.
12. Schraiber LB, D'oliveira AFPL, França-Junior I, Pinho AA. Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. *Rev Saúde Pública*. 2002;36(4):470-7.
13. Garcia MV, Ribeiro LA, Jorge MT, Pereira GR, Resende AP. Caracterização dos casos de violência contra a mulher atendidos em três serviços na cidade de Uberlândia, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2008;24(11):2551-2563.
14. Gil AC. Métodos e Técnicas de Pesquisa Social. 6. ed. São Paulo: Atlas; 2008.
15. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2011.

16. Araújo RJG, Mendes MBBL, Castro TM, Moreira Júnior MT, Araújo ABL, Pacheco LM. Análise dos traumas de face que acometem mulheres vítimas de violência doméstica. *Full Dent. Sci.* 2011; 3(9):78-85.
17. Chiaperini A, Bérnago AL, Bregagnolo LA, Bregagnolo, JC, Watanabe MGC, Silva RHA. Danos bucomaxilofaciais em mulheres: registros do Instituto Médico-legal de Ribeirão Preto (SP), no período de 1998 a 2002. *Rev. odonto ciênc.* 2009;24(1):71-76.
18. Rezende EJC, Araújo TM, Moraes MAS, Santana JSS, Radicchi R. Lesões buco-dentais em mulheres em situação de violência: um estudo piloto de casos periciados no IML de Belo Horizonte, MG. *RevBrasEpidemiol.* 2007;10(2): 202-14.
19. Castro TL, Tinoco RLR, Lima LNC, Costa LRS, Francesquini Júnior L, Daruge Júnior E. Violenceagainstwomen: characteristicsofheadandneck injuries. *Ver. Gaúcha. Odontol.* Abr-jun 2017;65(2):100-108.
20. Limoglia, CVA., Minayo MCS. Violência conjugal, um problema social e de saúde pública: estudo em uma delegacia do interior do Estado do Rio de Janeiro. *Ciênc. Saúde Coletiva.* 2009;14(2):595-604.
21. Santana JLB et al. Lesões corporais e faciais em mulheres submetidas a exame de corpo de delito em Recife/PE, Brasil. *Odontol. Clín.-Cient.* abr-jun 2011;10(2):133-136.
22. Nóbrega LM, Bernardino, IM, Barbosa KGN, Silva JAL, Massoni ACLT, d'Ávila S. Pattern of oral-maxillofacial trauma from violenceagainstwomen and its associatedfactors. *DentTraumatol.* Jun 2017;33(3):181-188.
23. Dourado SM, Noronha CV. Visibleandinvisiblemarks: facial injuries sufferedbywomen as theresultofactsofdomesticviolence. *Ciênc& Saúde Coletiva* 2015; 20(9):2911-20.
24. Bernardino IM, Santos LM, Ferreira AVP, Lima TLMA, Nóbrega LM, d'Ávila S. Intimatepartnerviolenceagainstwomen, circumstancesofaggressionsand oral-maxillofacial traumas: A medical-legal andforensic approach. *Leg. Med.* 2018;31:1–6.
25. Brasil. Lei nº 13.931 de 10 de dezembro de 2019. Presidência da República, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Altera a Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003, para dispor sobre a notificação compulsória dos casos de suspeita de violência contra a mulher. Brasília, DF; 2019. [Acesso em 2020 dez. 10]. Disponível em:  
[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2019/lei/L13931.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/L13931.htm)
26. Saliba O, Garbin CAS, Garbin AJI, Dossi AP. Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. *Rev Saúde Pública* 2007;41(3):472-7.

27. Braz M, Cardoso MHCA. Em contato com a violência: os profissionais de saúde e seus pacientes vítimas de maus tratos. *Rev Latino Am Enfermagem*. 2000;8(1):91-7.
28. Brasil. Conselho Federal de Odontologia. Resolução CFO nº 118, de 11 de maio de 2012.
29. Garbin CAS, Dias IA, Rovida TAS, Garbin AJI. Desafios do profissional de saúde na notificação da violência: obrigatoriedade, efetivação e encaminhamento. *Ciê. Saúde Coletiva* 2015;20(6):1879-1890.
30. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Manual para Atendimento às Vítimas de Violência na Rede de Saúde Pública do Distrito Federal. Brasília: Secretaria de Saúde do Distrito Federal; 2009.
31. Garbin CAS, Rovida TAS, Costa AA, Garbin AJI. Percepção e atitude do cirurgião-dentista servidor público frente à violência intrafamiliar em 24 municípios do interior do estado São Paulo, 2013-2014. *Epidemiol. Serv. Saúde* jan-mar 2016;25(1):179-186.
32. Simões AV, Juliana CM, Izabella GBS, Vanda PR, Vilara MMMP, Lucia HGP. Identificação e conduta da violência doméstica contra a mulher sob a ótica dos estudantes universitários. *EnfermeríaActualen Costa Rica*. 2019; 37.
33. Tornavoi DC, Galo R, Silva RHA. Conhecimento de profissionais de Odontologia sobre violência doméstica. *RSBO*. 2011 Jan-Mar;8(1):54-9.