

CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIDADE DE ENSINO SUPERIOR DOM BOSCO  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

**LUANA GARRETO CANTANHEDE**

**O papel do cirurgião-dentista com mulheres vítimas de violência doméstica:**  
revisão de literatura

São Luís

2021

**LUANA GARRETO CANTANHEDE**

**O papel do cirurgião-dentista com mulheres vítimas de violência doméstica:  
revisão de literatura**

Monografia apresentada ao Curso de Graduação em Odontologia do Centro Universitário Unidade de Ensino Superior Dom Bosco como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Odontologia.

Orientadora: Profa. Dra. Fabiana Suelen Figuêredo de Siqueira

São Luís

2021

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
Centro Universitário – UNDB / Biblioteca

Cantanhede, Luana Garreto

O papel do cirurgião-dentista com mulheres vítimas de violência doméstica: revisão de literatura. / Luana Garreto Cantanhede. \_\_ São Luís, 2021.

45 f.

Orientador: Prof. Fabiana Suelen Figuêredo de Siquera  
Monografia (Graduação em Odontologia) - Curso de Odontologia –Centro Universitário Unidade de Ensino Superior Dom Bosco –UNDB, 2021.

1. Violência doméstica. 2. Violência contra mulher.
3. Odontologia legal. I. Título.

CDU 616.314:396-053.2

**LUANA GARRETO CANTANHEDE**

**O papel do cirurgião-dentista com mulheres vítimas de violência doméstica:  
revisão de literatura**

Monografia apresentada ao Curso de Odontologia  
do Centro Universitário Unidade de Ensino Superior  
Dom Bosco como requisito parcial para obtenção  
do grau de bacharel em Odontologia.

Aprovada em 02/12/2021

**BANCA EXAMINADORA**

---

**Profa. Dra. Fabiana Suelen Figuêredo de Siqueira (Orientadora)**  
Centro Universitário Unidade de Ensino Superior Dom Bosco - UNDB

---

**Profa. Dra. Danielli Maria Zucateli Feitosa (Avaliador 1)**  
Centro Universitário Unidade de Ensino Superior Dom Bosco - UNDB

---

**Andria Milano San Martins (Avaliador 2)**  
Centro Universitário Unidade de Ensino Superior Dom Bosco - UNDB

Dedico este trabalho à minha família, que sempre fez de tudo para que eu pudesse chegar até aqui.

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus por ter me permitido concluir esse projeto de vida, pela oportunidade de cursar Odontologia e por ter me dado forças sempre que precisei.

Agradeço a mim mesma, por ter tido perseverança e determinação, por não ter desistido quando tudo parecia ir contra os meus sonhos, pela coragem de vencer os medos que surgiram durante o curso e por ter descoberto em mim alguém forte, que aos poucos foi conquistando as próprias metas.

Aos meus pais, que decidiram investir no meu futuro, priorizando minha educação desde a infância, colocando-me em boas escolas e apesar de sempre ser em outra cidade, fazendo todo esforço possível, enfrentando o cansaço, a distância, o tempo corrido e as dificuldades financeiras que com certeza surgiram no percurso. Ao meu irmão, que viveu tudo isso comigo, sempre sendo o lado calmo e tranquilo, me passando toda a calma do mundo nos dias difíceis.

À minha mãe, dedicada, forte e firme, que sempre frisou o quanto a educação transforma vidas e abre portas. Que me ensinou a ser forte e não desistir quando tudo ficasse difícil. Ela, que sempre cobrava boas notas, esforço e seriedade com meu futuro. Ela, que me ensinou a investir em mim, me colocar em primeiro lugar e ter amor próprio. A propósito, teve grande participação na escolha do tema deste trabalho, pois a profissão dela (assistente social) me fez enxergar o quanto a violência contra a mulher está presente na sociedade, mesmo que nossa bolha social muitas vezes esconda essa realidade.

Ao meu pai, que literalmente fez o impossível várias vezes por mim. Que é exemplo de coragem e ousadia. Que sempre fez questão de frisar todos os sofrimentos que já viveu na vida e como iria fazer de tudo para evitar que eu passasse pelo mesmo. Pai, nunca esquecerei teu apoio. Vou lembrar de quando você me deixou em São Luís e chegou chorando ao ver meu quarto vazio, de quando foi a faculdade comigo por uma semana só pra me ensinar a andar de ônibus, do seu apoio quando eu disse que já poderia morar sozinha, mesmo tendo acabado de completar 18 anos.

À minha vó Zilda, que me alfabetizou, tirando as tardes pra me ensinar a ler e escrever, com toda a paciência do mundo. Não dá para esquecer os livros de caligrafia, a tabuada e os livros infantis, trabalho esse que valeu a pena. Minha vó,

que me ensinou a ter princípios, que aguentava minhas travessuras e acompanhava todos os meus passos, diariamente. Obrigada pelo começo, vó.

Ao meu namorado, que sempre foi um apoio, me acompanha durante toda a graduação e até antes dela, na época dos vestibulares. Obrigada por confiar em mim quando eu não confiei, por toda força e apoio, pelo respeito mútuo e por focar em um bom futuro junto a mim. Aliás, sou grata por me permitir conhecer sua família, pessoas maravilhosas que sempre me ajudaram.

À minha dupla, esse ser brilhante com quem literalmente convivi durante 05 anos. Sempre serei grata pela linda jornada que trilhamos, por nossa troca de aprendizados e de incentivos, pelos choros e decepções, que quando compartilhados ficaram mais leves. A graduação não seria a mesma sem você. Aos meus amigos Matheus, Marcos e Alanna, que mesmo estando um período a frente, nos acolheram, compartilharam aprendizados, momentos divertidos e todos os dramas que só a faculdade nos proporciona, tenho orgulho de cada um de vocês.

Por fim, sou grata aos professores maravilhosos que tive o prazer de conhecer. Pelos conhecimentos fundamentais que desde o começo foram passados e que hoje servem de base para nos tornar responsáveis com a ciência e prática clínica. Agradeço a prof. Luana Cantanhede por sempre nos corrigir de um jeito que só ela sabe; ao prof. Pedro Natividade por toda alegria e companheirismo desde o primeiro período; a prof. Erica Valois por sempre estar à disposição para nos ouvir, ensinar e corrigir; ao prof. Cícero por sua mansidão e humanidade ao ensinar. E, em especial, a minha orientadora Fabiana Figüredo e Danielle Zucateli, que sempre foram inspiração na área, obrigada.

## RESUMO

A violência doméstica contra mulher é considerada um problema de saúde pública, sendo entendida como qualquer ato que cause danos físicos, sexuais, financeiros ou psicológicos à mulher. Uma vez que essas lesões são mais comuns na região de cabeça e pescoço, profissionais de saúde, inclusive o cirurgião-dentista (CD), possuem um importante papel na detecção precoce e notificação desses casos. Diante disso, o objetivo deste trabalho é mostrar a importância da correta conduta do cirurgião-dentista no atendimento inicial, notificação e detecção de casos, bem como seu papel na reabilitação oral de mulheres vítimas de violência doméstica. Este trabalho é classificado como uma revisão de literatura de pesquisa descritiva e abordagem qualitativa, os levantamentos bibliográficos foram feitos através de bases de dados online, destacando-se o Google Acadêmico, Pubmed, BBO, ABOL e Scielo. Foram selecionados artigos publicados entre 2010 e 2021 (com exceção ao intervalo de tempo para publicações relevantes ao tema), nos idiomas português e inglês. Conclui-se que os profissionais de saúde não possuem uma conduta satisfatória com pacientes vítimas de violência doméstica, tanto na detecção de casos como na notificação, principalmente por despreparo, desconhecimento e desconfiança da resolutividade dos casos pelo serviço público, sendo necessária a implementação de debates sobre o assunto nos ambientes acadêmicos e profissionais.

**Palavras-Chaves:** Violência Doméstica. Violência contra mulher. Odontologia Legal.



## **ABSTRACT**

Domestic violence against women is considered a public health problem, being understood as any act that causes physical, sexual, financial or psychological harm to women. Since these injuries are more common in the head and neck region, health professionals, including dentists (CD), play an important role in the early detection and notification of these cases. Therefore, the objective of this study is to show the importance of correct conduct by dentists in the initial care, notification and detection of cases, as well as their role in the oral rehabilitation of women victims of domestic violence. This work is classified as a literature review of descriptive research and qualitative approach, the bibliographic surveys were made through online databases, highlighting Academic Google, Pubmed, BBO, ABOL and Scielo. Articles published between 2010 and 2021 were selected (except for the time interval for publications relevant to the topic), in Portuguese and English. It is concluded that health professionals do not have a satisfactory behavior with patients who are victims of domestic violence, both in case detection and notification, mainly due to lack of preparation, ignorance and distrust of the resolution of cases by the public service, requiring the implementation of debates on the subject in academic and professional environments.

**Keywords:** Domestic Violence. Violence Against Women. Forensic Dentistry.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	9
<b>2 METODOLOGIA</b> .....	12
<b>3 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	13
<b>3.1 Histórico da violência doméstica contra a mulher</b> .....	13
<b>3.2 Consequências físicas e psicológicas à vítima de violência doméstica</b> .....	15
<b>3.3 Natureza e prevalência das lesões</b> .....	17
<b>3.4 Conduta e papel do cirurgião-dentista frente as vítimas de violência doméstica</b> .....	19
<b>4 CONCLUSÃO</b> .....	22
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	23
<b>APÊNDICE</b> .....	27

## 1 INTRODUÇÃO

Atos violentos que acontecem dentro dos lares, a princípio, enquadram-se no conceito de violência intrafamiliar, que pode ser entendida como toda ação que fira a integridade física, psicológica, o bem-estar e a liberdade de um membro da família (mesmo sem laços de sangue). Geralmente essa violência é cometida por alguém que esteja na posição de poder e autoridade, tal barbárie afeta principalmente mulheres, crianças, idosos e deficientes mentais ou físicos. O termo “violência doméstica” inclui pessoas que convivem no ambiente familiar, mas não necessariamente são da família, como empregados, agregados e também inclui a agressão feita pelo parceiro íntimo (DAY *et al.*, 2003).

A violência contra mulher é caracterizada como qualquer ato de violência de gênero que possa causar ou cause danos em âmbito físico, sexual ou psicológico para mulher, seja na vida pública ou privada. Essa problemática é tão urgente e preocupante que segundo a Organização das Nações Unidas/ONU Mulheres (2017), 40% das mulheres brasileiras já foram vítimas de violência doméstica em algum período da vida, e ainda, a pesquisa aponta que dentre 83 países, o Brasil ocupa a 5ª posição do ranking em casos de feminicídio, em que uma mulher é morta a cada 2 horas em território nacional (ONUBR, 2017; DA SILVA, 2019).

Ainda, a violência doméstica contra a mulher quase sempre é acompanhada de violência psicológica e sexo forçado. Esse tipo de violência não se classifica como violência interpessoal, pois nesse caso, homens estão mais sujeitos a serem vítimas de estranhos, enquanto mulheres costumam ser vítimas de membros da própria família e de parceiros íntimos. Dados apontam o quanto esse assunto é urgente: os parceiros íntimos cometem cerca de 40 a 70% dos homicídios femininos no mundo (DAY *et al.*, 2003).

Mesmo com o medo e vivendo sob constante ameaça, algumas mulheres conseguem abandonar os parceiros violentos, principalmente quando as agressões são intensificadas. Mulheres mais jovens são mais propensas a sair desse meio, principalmente quando possuem apoio familiar e quando os filhos são envolvidos na agressão. Porém, somente a separação não é o suficiente, visto que os riscos de assassinato pelo parceiro são maiores após a separação, por isso a importância de leis que protejam as vítimas através da intervenção de políticas públicas (LIMA e WERLANG, 2011; DA SILVA, 2019).

Sabe-se que quando há violência doméstica do tipo física e/ou sexual, comumente a vítima apresenta traumas na região da face, como ao redor dos olhos, seios da face, lábios, dentição e cavidade oral, logo, o CD tem um papel importante na detecção precoce, acompanhamento e notificação de violência aos órgãos competentes. Adicionalmente, os profissionais de saúde são os primeiros a entrar em contato com as vítimas, que buscam tratar as lesões de face (COSTA *et al.*, 2013; MALACHIAS, 2017).

Vale ressaltar, que é dever dos profissionais de qualquer área da saúde notificar casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos, sob pena de multa se não notificarem, de acordo com o Decreto-lei 3.688 de 1941 (BRASIL, 1941). Infelizmente, a maioria dos profissionais não notifica, seja por não saber como, não acreditar no poder judiciário ou não ter recebido o conhecimento necessário, ainda na faculdade, para lidar com situações de violência e mazelas sociais, de forma a não ver o paciente como um todo, tratando somente a "queixa principal" e não a etiologia (MALACHIAS; 2017).

Logo, os profissionais de saúde tendem a tratar os ferimentos, mas não costumam abordar a questão com o paciente e nem notificam aos órgãos competentes, através da ficha de notificação que é encaminhada ao serviço social ou ao Programa de Prevenção e Atendimento às Vítimas de Violência - PAV, da Unidade de Saúde. Sabe-se que as alterações estéticas decorrentes de violência física causam distúrbios psicológicos e, nesses casos, a importância da estética vai além de parâmetros físicos, pois atua devolvendo qualidade de vida e autoestima ao paciente (SALAZAR-GAMARRA; DE OLIVEIRAB; DIBC; 2015).

Na odontologia, o CD além de ter que notificar a agressão, pode atuar em conjunto com uma equipe multiprofissional, devolvendo a função, estética e autoestima através da reabilitação oral. Todavia, existem poucos casos sobre a atuação do cirurgião-dentista relatados na literatura, levando à suspeita de pouca atuação odontológica na reabilitação e notificação de pacientes em situações de violência doméstica. Essa prática faz com que a violência doméstica não seja vista como um problema de saúde pública e dificulta as políticas de saúde levantadas para combater a violência. Além disso, o pouco acesso às intervenções odontológicas e estéticas prejudica o prognóstico dessas vítimas (CARVALHO; GALO; DA SILVA, 2013).

Dessa forma, o presente estudo tem como objetivo relatar o histórico da violência doméstica contra a mulher, enfatizando a natureza e a prevalência das lesões, demonstrando a importância da correta conduta do cirurgião-dentista no atendimento inicial e tratamento de mulheres vítimas de violência doméstica, uma vez que seguir a conduta adequada contribui significativamente para o levantamento de políticas públicas que enfrentem e combatam esse tipo de violência.

## 2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de revisão de literatura, de natureza descritiva com abordagem qualitativa, uma vez que o tema escolhido fornecerá resultados através da percepção e análise de dados subjetivos.

A coleta de dados foi feita através de levantamentos bibliográficos realizados através de bases de dados *online*, destacando-se o Google Acadêmico, Pubmed, BBO, ABOL e Scielo. Foram selecionados artigos publicados entre 2010 e 2021 - com exceção ao intervalo de tempo para publicações relevantes ao tema, nos idiomas português e inglês. As palavras-chave para essa pesquisa, retiradas do DECS (Descritores em Ciências da Saúde), foram: “Violência Doméstica” (Domestic Violence);” “Violência contra mulher” (Violence Against Women) e “Odontologia Legal” (Forensic Dentistry).

Para critérios de inclusão, foram realizados uma seleção artigos científicos e relatos de caso que citam o tema abordado, que tenham sido publicados nos últimos dez anos (salvo publicações relevantes), no idioma inglês ou português. A busca total revelou cerca de 125 artigos, que foram lidos os resumos e selecionados 35 como fonte de construção à fundamentação teórica. Os critérios de exclusão baseiam-se em publicações que não possuem os mesmos objetivos já citados na pesquisa e nenhuma palavra-chave em comum, além de publicações não relevantes para o tema.

Como a pesquisa apresenta cunho qualitativo, foi feita uma análise textual discursiva, através da leitura de resumos. As publicações que possuíam descritores e objetivos em comum foram selecionadas, a fim de cumprir com os objetivos elencados nesta revisão de literatura, ademais, publicações que apresentaram dados ligados a consequências psicológicas e físicas da violência contra mulher, conduta do CD e papel da odontologia estética foram utilizadas como fonte de pesquisa e fundamentação teórica.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 Histórico da violência doméstica contra a mulher

As raízes da violência de gênero são profundas, pois advêm de uma construção social patriarcal. Sabe-se que os papéis de gênero são passados de geração a geração como se fossem papéis próprios do homem e mulher, entretanto, é válido ressaltar que a construção da violência doméstica contra mulher não está ligada às diferenças biológicas entre os sexos, mas sim aos papéis sociais atribuídos a cada gênero (CREPSCHI *et al.*, 2005; SIGNORELLI; AUAD; PEREIRA, 2013).

A força masculina sempre dominou a sociedade. Na antiga sociedade romana, o Estado não punia delitos de mulheres, essa responsabilidade era do homem/marido. Já a Grécia, no século V, considerava somente os homens como cidadãos, as mulheres nascidas em famílias ricas ficavam em casas até a morte, enquanto as mais pobres tinham que trabalhar no mercado e campo (COELHO e SANTIAGO, 2014).

Costumes chocantes ocorriam também nas tribos dos primitivos Hindus, em que dois irmãos poderiam ter a mesma esposa e após a morte do marido, era costume incinerar a esposa. No feudalismo, os homens mantinham controle total sobre as esposas, onde, quando viajavam, elas eram obrigadas a usar cintos de castidade, para não duvidarem quanto à legitimidade dos filhos (OSÓRIO, 2002).

A monogamia surgiu na sociedade para legitimar os filhos dos homens. No Brasil Imperial, casos de adultério passaram a ser punidos pelo código penal em 1830, a esposa adúltera poderia ser presa por até 3 anos e a traição era uma afronta aos direitos do marido (COELHO e SANTIAGO, 2014; PORTO, AMARAL, 2014).

Entretanto, crimes passionais de homicídio contra a mulher tinham a pena absolvida ou eliminada, de acordo com o artigo 27 do Código Penal Brasileiro de 1890, pois entendia-se que os sentidos e a inteligência do acusado eram anulados pela paixão e emoção súbita, que o levavam a uma insanidade momentânea e a cometer o homicídio, como se fosse um “crime de paixão” (COELHO e SANTIAGO, 2014).

Ainda, o Código Civil Brasileiro de 1916 decretava que a mulher só poderia trabalhar fora com autorização do marido, uma vez que a inserção da mulher no mercado de trabalho era vista como uma afronta à união da família. Direitos básicos,

como direito ao voto feminino no Brasil, só surgiu no ano de 1932 e direito ao ingresso no ensino superior somente em 1879 (PORTO, AMARAL, 2014).

A desigualdade entre homens e mulheres inicia na relação familiar, uma vez que esperam que as mulheres sejam passivas, sensíveis, obedientes, subordinadas e responsáveis pelo lar e pelo cuidado dos filhos e marido; já o homem recebe o papel de chefe e provedor do lar, além de poder em âmbito público. Tal construção valoriza o homem em relação à mulher, pois o primeiro é visto como dominador, enquanto o outro é dominado, dessa forma, a mulher perde autonomia e fica mais suscetível a ser vítima de violência (CREPSCHI *et al.*, 2005).

Entender a relação de gênero é fundamental para analisar toda desigualdade e violência sofrida pelas mulheres em toda história, pois somente quando essa questão foi levantada, ainda no século XX, é que a violência doméstica começou a ser vista como um problema social e de saúde pública. Nos anos 70, as mulheres passam a reivindicar os papéis desqualificados e opressivos que lhes são atribuídos apenas por serem mulheres, gerando seu enclausuramento no lar e sua submissão ao provedor (GOMES *et al.*, 2007; DA FONSECA; RIBEIRO; LEAL, 2012).

Mudanças políticas e iniciativas dos movimentos feministas em todo o mundo aos poucos têm possibilitado formas de combate a injustiça e desigualdade de gênero. Em 1993, a violência sexual foi reconhecida como um problema de saúde pública pela Organização Mundial de Saúde. Em 1999, o Ministério de Saúde implementou normas para prevenção e tratamento de sequelas da violência sexual contra mulheres e adolescentes (BRASIL, 2012; LAMEIRA, DE SOUZA, 2016).

Avanços também foram notórios nos anos 2000. Em 2003, a Secretaria Especial de Políticas para Mulheres da Presidência da República estabeleceu políticas públicas para a melhoria da vida da mulher brasileira. Em 2004, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher promoveu melhoria das condições de vida e saúde feminina. A Lei Maria da Penha (nº 1340/2006) abriu portas para o julgamento de crimes contra a mulher, visando a dignidade humana (MARTINS, CERQUEIRA, MATOS, 2015)

Em 2007, foi criado o Pacto Nacional pelo Enfrentamento da Violência contra a Mulher, que cobra a prevenção e combate à violência, além de garantir os direitos das mulheres nas esferas sociais, familiares, educacionais, do trabalho, da saúde e da segurança pública. Em 2013, foi sancionada a Lei que prevê atendimento



integral e multidisciplinar às vítimas de violência sexual em todos os serviços de urgência e emergência do SUS (BRASIL, 2013).

A partir dessa discussão de gênero levantada, a violência doméstica foi entendida como um fenômeno multifacetado que necessita de intervenção de políticas públicas, destacando-se a implantação de serviço de atenção à mulher vítima de violência, como Delegacia de Proteção às Mulheres (DPMs) e centros de referência de atenção à mulher vítima de violência (GOMES et al., 2007).

### **3.2 Consequências físicas e psicológicas à vítima de violência doméstica**

A agressão pelo parceiro íntimo é o tipo de violência mais comum e possui um padrão rotineiro, em que o agressor tem o controle e domina a situação. No dia a dia, esses abusos podem se manifestar através de agressões físicas com golpes, tapas, socos, chutes, surras, estrangulamento, queimaduras, uso de objetos perfurocortantes, quebra de objetos e ameaças de ferir membros próximos. A agressão psicológica ocorre por meio de intimidações, humilhações e menosprezo, coerção sexual e comportamentos de extremo controle, restringindo o acesso da vítima a família e amigos (DAY *et al.*, 2003; SIGNORELLI; AUAD; PEREIRA, 2013).

Segundo Day *et al.*, (2003), os fatores causais estão relacionados: (1) ao agressor: ser homem, ter sofrido abuso ou presenciado violência na infância, pai ausente, alcoolismo e uso de drogas; (2) à relação: conflito conjugal e controle das finanças pelo parceiro; (3) aos fatores da comunidade: pobreza, desemprego, isolamento das vítimas e família, alta taxa de criminalidade no meio, (4) aos fatores sociais: normatização da violência como método de resolução de conflitos, normas socioculturais que dão ao homem maior poder e domínio, mas desqualificam a mulher, conceito de masculinidade ligado a dominação, honra e agressão.

Nessa mesma direção, Soares *et al.*, (2018) e De Oliveira *et al.*, (2019), fizeram uma pesquisa acerca da ocorrência de lesões na região de cabeça e pescoço de mulheres submetidas ao exame pericial em Maceió/AL e Fortaleza/CE, respectivamente. Todos os autores concordaram quanto aos dados encontrados, chegando à conclusão que a faixa etária de maior prevalência foi entre 30-59 anos, com escolaridade até o ensino médio e ocupação de atividade manual ou donas de casa.

Os agressores são companheiros ou ex-companheiros, do sexo masculino e o tecido mais afligido foi tecido mole, deixando lesões do tipo equimose, escoriação e edema, com instrumento contundente; ainda, Soares *et al.*, (2018) destacaram que a maioria das vítimas foi classificada economicamente como classe D.

Muitas vezes, a mulher é julgada quando continua submetendo-se ao parceiro violento, entretanto, essa atitude está diretamente ligada às limitações que ela possui, como medo de represália, perda de suporte financeiro, falta de suporte familiar, dependência emocional ou preocupação com os filhos. Outros fatores que contribuem para a continuação da relação são: sintomas depressivos; repetição de modelo parental violento; maus-tratos, abandono e violência sexual na infância; sentimento de culpa pelo comportamento violento do parceiro, entre outros (DAY et al 2003).

Quanto às consequências psicológicas, destaca-se uma pesquisa qualitativa realizada por Zancan e Wassermann (2013), que selecionaram quatro mulheres e buscaram avaliar a presença de depressão, ansiedade, desesperança, ideação suicida e o nível de autoestima. Duas mulheres apresentavam moderados índices de depressão, com tristeza intensa, baixa autoestima e falta de expectativa quanto ao futuro. Entretanto, chamou atenção que as quatro participantes apresentavam grave ansiedade e baixo nível de autoestima, revelando que a agressão gera nas vítimas sentimentos de fracasso e insatisfação consigo mesmas, atrapalhando sua autoimagem e sua capacidade de adaptação à vida diária e a relacionamentos interpessoais.

Os traumas maxilofaciais provocam graves repercussões estéticas, psicológicas e sociais. Além da região de cabeça e pescoço ser mais exposta e menos “protegida”, lesões na face estão diretamente ligadas a humilhação, sentimento comum nas vítimas. As cicatrizes, disfunções mastigatórias e estéticas são lembretes dolorosos do abuso. Além disso, funções do sistema estomatognático como deglutição, fala e mastigação também podem ser afetadas por traumas faciais (CHAVES *et al.*, 2018).

Geralmente, as vítimas apresentam certas reações após o trauma, como memórias vividas dos eventos de violência, pesadelos, vigilância constante, ansiedade, medo, abuso de substâncias, problemas sexuais, tristeza, raiva, agressividade, desespero, falta de confiança, auto isolamento. A violência doméstica

está mais relacionada ao trauma tipo II, com reações que perduram por mais tempo (diferentemente do trauma tipo I, em que as reações duram menos tempo). A vítima passa a ter sintomas como somatização, mudanças de identidade e percepção do agressor, mudanças no sentido da vida e nas suas relações interpessoais, ansiedade, depressão e estresse pós-traumático são a constatação mais comum nos estudos clínicos das vítimas de violência (GOMES, 2012).

Como a face costuma ser o alvo mais atingido, além de danos físicos, as lesões provocam danos psicológicos, pois ao agredir a face, o agressor atinge diretamente a autoimagem da vítima, o rosto representa uma região privilegiada em todas as culturas e ele carrega as emoções e identidade do indivíduo. Por isso, é comum que as vítimas sintam vergonha, humilhação e culpa. Muitas mulheres param de se maquiar, pois sentem que ao revelar o rosto, também estão expondo a violência sofrida (DO NASCIMENTO *et al.*, 2012).

### **3.3 Natureza e prevalência das lesões**

A Organização Pan Americana de Saúde (2006) dividiu o ciclo de violência contra a mulher em três fases. A primeira é caracterizada pela acumulação da tensão, quando as agressões são “mais leves” e menos frequentes, por isso a vítima costuma ser compreensiva e tenta encontrar um motivo para agressividade, acreditando que não ocorrerá novamente (ARAUJO *et al.*, 2019).

Na segunda fase ocorre a explosão da violência, com agressões mais graves e mais frequentes. A vítima costuma estar à mercê do agressor e já não tem muito controle sobre a situação. Já na terceira fase, a violência e tensão desaparecem por um tempo, o agressor demonstra arrependimento e amabilidade, promete que não acontecerá novamente, enquanto a vítima sente alívio e acredita que é responsabilidade dela manter a paz no lar (ARAUJO *et al.*, 2019).

O Decreto-Lei 2.848 (07 de dez de 1940) do código penal, no artigo 129, classificou as lesões em leves, graves, gravíssimas e lesões corporais que resultam em morte. Lesões leves causam danos superficiais, como danos à pele, hipoderme, vasos arteriais e venosos. Lesões graves geram sequelas temporárias por mais de 30 dias, causando fragilidade de membro, sentido ou função, aceleração do parto e perigo de vida (BRASIL, 1940).

Ainda de acordo com o código, lesões gravíssimas são aquelas que resultam em incapacidade permanente de trabalho, enfermidade incurável, perda de membro, sentido ou função, aborto e deformidade permanente. Casos de lesão seguida de morte só podem ser classificados assim se o autor do crime não quis a morte, nem assumiu o risco de matar. Se esses crimes ocorrem no contexto de violência doméstica, a pena para lesões leves é aumentada de 3 meses para 03 anos e o resto é aumentada em 1/3 (BRASIL, 1940).

Em relação a prevalência de lesões, um estudo de casos e controles com vítimas atendidas em serviços de urgência e emergência foi realizado usando dados do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), 623 mulheres vítimas de violência doméstica foram selecionadas. Destas, 97,4% sofreram violência física: 60,7% com força corporal/espancamento; 20,9% com objetos perfurocortantes e 11,9% com objetos contundentes. As agressões resultaram em corte/laceração (46,4%) e contusão (20,2%), chamou atenção que a região da cabeça foi a mais atingida (39,5%) (GARCIA *et al.*, 2016).

Em concordância com outros estudos, nota-se uma alta incidência de lesões por instrumentos contundentes, resultando principalmente em equimoses (28,85%) e escoriações (24,59%). Lesões extraorais foram mais comuns na região orbital (17,14%), cervical (16,63%) e frontal (12,51%). Já em região intraoral, as lesões são mais frequentes em lábios, entretanto, a porcentagem de 11,63% de lesões dentárias também chamou atenção, pois 50% dessas lesões causaram fratura dental, principalmente no incisivo superior (41,67%). Destaca-se que o CD tem papel fundamental na reabilitação oral dessas vítimas, pois os dentes anteriores, principalmente os incisivos superiores, chamam muita atenção no sorriso e afetam absurdamente a autoestima dessas vítimas (CASTRO, 2017).

Em contrapartida, Rezende *et al.*, (2007) classificaram a maioria das lesões como “nuas”, sem uso de instrumento, que são lesões causadas por tapas, chutes, socos, empurrões e espancamentos. O punho é o mais usado nos ataques, causando fraturas faciais em 30% das vítimas. Em síntese, o CD pode estar envolvido em casos de violência de duas formas: identificando os sinais de violência ou tratando das lesões em região de cabeça e pescoço, principalmente as intraorais. Portanto, saber a melhor conduta é essencial para lidar com esses pacientes.

### **3.4 Conduta e papel do cirurgião-dentista frente as vítimas de violência doméstica**

Sabe-se que o CD está entre os profissionais da saúde que tem a maior possibilidade de entrar em contato com o paciente que sofre violência, doméstica, pois os sinais e lesões encontram-se na região de cabeça e pescoço. Entretanto, muitos não se sentem aptos para diagnosticar, fazer a notificação compulsória e, para piorar, é comum que haja julgamento do profissional por acreditar em crenças ultrapassadas, resultando em uma relação abalada com a paciente, de maneira que o profissional não consiga atuar de forma efetiva (CARVALHO; GALO; DA SILVA, 2013).

Garbin *et al.*, (2016), em uma pesquisa para avaliar se os profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF) encontravam dificuldades para reconhecer e notificar casos de violência, obtiveram como resultados: 75,4% dos profissionais não conheciam a ficha de notificação de violência e 60% não se sentiam responsáveis pela notificação. Os dados lamentáveis ressaltam a falta de conhecimento e preparo dos profissionais em lidar com a violência doméstica, colaborando com o elevado índice de vítimas que sofrem diariamente as consequências dessa violência sem suporte adequado.

Ainda, uma pesquisa para identificar o conhecimento e atuação dos cirurgiões-dentistas e estudantes de odontologia frente a violência doméstica, contou com 223 participantes que responderam um questionário sobre o tema. Destes, 70,4% não sabiam a diferença entre notificação compulsória e denuncia, 32,3% não se sentiam confortáveis para fazer a notificação compulsória por motivos de medo de represália (33,3%), medo (10,4%) e não ter conhecimento (20,8%), 48,4% não sabiam identificar lesões suspeitas de violência e 99,1% acreditam que esse assunto deveria ser mais discutido na graduação (LUZ, LORETO, BARROS, 2021).

A Portaria Nº 2.406 de 5 de novembro de 2004 instituiu o Serviço de Notificação Compulsória e a partir disso, a ficha de notificação de violência interpessoal e/ou autoprovocada deve ser preenchida pelo profissional de saúde em casos suspeitos ou confirmados de violência contra a mulher. O profissional preenche duas vias, uma fica no prontuário do paciente e a outra é encaminhada para Vigilância Epidemiológica do município (SANTINON, GUALDA, SILVA, 2010; FERNANDES *et al.*, 2018).

Muitos profissionais temem notificar e sofrer represálias, entretanto, a notificação compulsória é de origem formal, institucional e sigilosa, isso significa que

a notificação não é uma denúncia e não expõe o profissional a possíveis constrangimentos. Vale destacar que a Lei 13.931/19, do dia 10 de dezembro de 2019, obriga os serviços públicos e privados de saúde a comunicar às autoridades policiais suspeitas e confirmação de violência em um prazo de até 24 horas (DA SILVA *et al.*, 2021).

Sabe-se que o Código de Ética Odontológico possui alguns incisos que podem ser relacionados a casos de violência doméstica: no artigo 9, incisos VII a IX citam que o profissional deve zelar pela saúde e dignidade do paciente, promover saúde coletiva ao desempenhar suas funções e resguardar o sigilo profissional (que pode ser quebrado para colaboração da justiça em casos previstos em lei, como na violência doméstica); o artigo 11 enquadra como infração ética permitir que o paciente seja desrespeitado, ou seja, do ponto de vista ético a notificação significa cumprir com os deveres do cirurgião-dentista, que deve zelar pela saúde e dignidade do paciente (DE ALMEIDA, 2012; OLIVEIRA 2018).

Hasse e Vieira (2014), fizeram uma pesquisa sobre como os profissionais de saúde atendem mulheres em situações de violência, que escancarou ainda mais os embates sofridos na saúde. Foram entrevistados 221 profissionais, em que somente 61 tiveram algum tipo de capacitação para atender essas vítimas; 49% desses profissionais realizam consulta e encaminhamento, 39,6% realizam apenas consulta e 11,4% afirmaram não fazer nada, pois a vítima pediu sigilo (conduta inadequada).

Muitos profissionais fazem encaminhamentos inadequados, encaminhando apenas para um serviço/profissional (principalmente Delegacia de Defesa da Mulher ou psicólogo), sem acompanhar o caso, o que é considerado insuficiente em casos de violência contra mulher, além de ir contra o princípio de integralidade. Outros problemas podem ser elencados, como a demora no atendimento dessas mulheres no setor público, a falta de tato no atendimento, erros quanto às condutas dos profissionais e a chamada "rota crítica" em que a paciente vai para vários serviços várias vezes, gerando desgaste e desistência da procura por ajuda (OLIVEIRA *et al.*, 2009).

O atendimento de vítimas de violência doméstica exige o cumprimento de deveres legais e éticos do profissional, geralmente relacionados a notificação compulsória. O profissional deve notificar de forma sigilosa, usando códigos da CID-10 (T74, etc) na ficha de notificação disponível pelo SINAN, que é encaminhada às

autoridades competentes. Essa notificação é essencial, pois torna possível dimensionar a violência e suas consequências em um nível coletivo/nacional, esses dados facilitam a implantação de políticas públicas de combate à violência doméstica (Hasse & Vieira, 2014).

Logo, é necessário que o CD não trate somente as sequelas resultantes da agressão, mas atue de forma humanizada e integral, pois o bom acolhimento nesse momento é fundamental para que ocorra vínculo entre vítima e o serviço de saúde. É dever legal do CD reconhecer as leis e sua correta conduta frente à violência, ainda, quando se trata de violência doméstica contra mulher, é mandatório, segundo a Lei 10.778, que haja a notificação compulsória aos serviços especializados, para ser encaminhada aos órgãos de Vigilância Sanitária (DA SILVA, 2019).

## 4 CONCLUSÃO

Por meio deste estudo consta-se:

A importância da presença do CD no atendimento de mulheres vítimas de violência doméstica, uma vez que ele é um dos primeiros profissionais a ter contato com a vítima, ainda na atenção primária de saúde.

O CD, ainda possui condutas inadequadas com esses pacientes, destacando-se a falta de conhecimento, o medo de represálias ao notificar, o preconceito com as vítimas, o tratamento curativo e encaminhamentos inadequados, que fazem a vítima andar em círculos. Ainda, se faz necessário que as faculdades de odontologia preparem mais os seus alunos para identificação desses casos, bem como na tomada de decisão correta.



## REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei nº 2.848, de 7 de Dezembro de 1940. **Institui o Código Penal**. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/del2848compilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm) Acesso em: 30/08/2021.

BRASIL, Lei no.3.688, de 3 de outubro de 1941. **Lei das Contravenções Penais**. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/CCIVIL\\_03/DecretoLei/Del3688.htm](http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/DecretoLei/Del3688.htm) Acesso em: 24/08/2020

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica**. 3.ed. Brasília: Ministério da saúde, 2012.

BRASIL. Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013. Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual. **Diário oficial da união**, 2013.

CARVALHO, Luciana Maria Ferreira; GALO, Rodrigo; DA SILVA, Ricardo Henrique Alves. **O cirurgião-dentista frente à violência doméstica: conhecimento dos profissionais em âmbito público e privado**. Medicina (Ribeirão Preto Online), São Paulo, v. 46, n. 3, p. 297-304, 2013.

CASTRO, Talita Lima de *et al.* Violence against women: characteristics of head and neck injuries. **RGO-Revista Gaúcha de Odontologia**, v. 65, p. 100-108, 2017.

COELHO, MTD; SANTIAGO, Rosilene Almeida. **A violência contra a mulher: antecedentes históricos**. 2014.

COSTA, Daniela Anderson Carvalho *et al.* Assistência multiprofissional à mulher vítima de violência: atuação de profissionais e dificuldades encontradas. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 18, n. 2, 2013.

CREPSCHI, Jaira Lopes Brandão *et al.* **Significações psicológicas dadas a violência sexual por mulheres atendidas em ambulatório especializado universitário: um estudo clinico-qualitativo**. 2005. 170 p. Tese (doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, SP. 2005

DA FONSECA, Denire Holanda da; RIBEIRO, Cristiane Galvão; LEAL, Noêmia Soares Barbosa. Violência doméstica contra a mulher: realidades e representações sociais. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, v. 24, n. 2, pág. 307-314, agosto de 2012.

DA SILVA, Anayla Oliveira *et al.* Violência doméstica: A importância da formação do Cirurgião-Dentista frente a esse agravo. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 5, p. e4110514654-e4110514654, 2021.

DA SILVA, Eloise Dayane Martins. A odontologia e a violência doméstica contra mulheres: diagnóstico e conduta. **Scire Salutis**, Sergipe, v. 9, n. 3, p. 22-32, 2019.

DAY, Vivian Peres *et al.* Violência doméstica e suas diferentes manifestações. **Revista de psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Rio Grande do Sul, v. 25, p. 9-21, 2003.

DE ALMEIDA, André Henrique do Vale *et al.* A responsabilidade dos profissionais de saúde na notificação dos casos de violência contra crianças e adolescentes de acordo com seus códigos de ética. **Arquivos em Odontologia**, v. 48, n. 2, 2012.

DE LIMA, Gabriela Quadros; WERLANG, Blanca Susana Guevara. Mulheres que sofrem violência doméstica: contribuições da psicanálise. **Psicologia em Estudo**, v. 16, n. 4, p. 511-520, 2011.

DE MACEIÓ-AL. **RBOL-Revista Brasileira de Odontologia Legal**, Goiás, v. 5, n. 3, 2018.

D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas *et al.* Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero: uma alternativa para a atenção primária em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, p. 1037-1050, 2009.

DE OLIVEIRA, Matheus Vasconcelos Jácome *et al.* Análise temporal das agressões físicas contra a mulher sob a perspectiva da odontologia legal na cidade de Fortaleza, Ceará. **RBOL-Revista Brasileira de Odontologia Legal**, Goiás, v. 6, n. 3, 2019.

DOS SANTOS CHAVES, Amandia *et al.* Prevalência de traumatismos maxilofaciais causados por agressão ou violência física em mulheres adultas e os fatores associados: uma revisão de literatura. **Revista da Faculdade de Odontologia-UPF**, v. 23, n. 1, 2018.

FERNANDES, Tamiris Bonfim *et al.* Notificação de violência: conhecimento de cirurgiões-dentistas que atuam na Região Carbonífera, SC. **Revista da ABENO**, v. 18, n. 2, p. 124-134, 2018.

GARBIN, Cléa Adas Saliba *et al.* Reconhecimento e notificação de violência pelos profissionais da estratégia de saúde da família. **Archives of Health Investigation**, São Paulo, v. 5, n. 1, 2016.

GARCIA, Leila Posenato *et al.* Violência doméstica e familiar contra a mulher: estudo de casos e controles com vítimas atendidas em serviços de urgência e emergência. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, 2016.

GOMES, Nadielene Pereira *et al.* Compreendendo a violência doméstica a partir das categorias gênero e geração. **Acta paulista de enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 504-508, 2007.

GOMES, Rilzeli Maria. Mulheres vítimas de violência doméstica e transtorno de estresse pós-traumático: um enfoque cognitivo comportamental. **Revista de Psicologia da IMED**, v. 4, n. 2, p. 672-680, 2012.

HASSE, Mariana; VIEIRA, Elisabeth Meloni. Como os profissionais de saúde atendem mulheres em situação de violência? Uma análise triangulada de dados. **Saúde em Debate**, v. 38, n. 102, p. 482-493, 2014.

LAMEIRA, Lolita Yara; DE SOUZA, Gilson Sidney Amâncio. LEI MARIA DA PENHA—HISTORICIDADE E EFICÁCIA DAS MEDIDAS PROTETIVAS. **ETIC-ENCONTRO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA-ISSN 21-76-8498**, v. 12, n. 12, 2016.

MALACHIAS, Raphael Corrêa. **Violência contra mulher relacionada ao trauma de face**. Tese (especialização) – Universidade Federal de Minas Gerais, Especialização de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial, São Paulo. 2017.

MARTINS, Ana Paula Antunes; CERQUEIRA, Daniel Ricardo de Castro; MATOS, Mariana Vieira Martins. **A institucionalização das políticas públicas de enfrentamento à violência contra as mulheres no Brasil**. 2015.

OLIVEIRA, Bruno Gonçalves de *et al.* Responsabilidade dos profissionais de saúde na notificação dos casos de violência. **Revista Bioética**, v. 26, p. 403-411, 2018.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **ONU alerta para os custos da violência contra as mulheres no mundo**. ONU Mulheres, 2017. Disponível em: <<http://www.onumulheres.org.br/noticias/onu-alerta-para-os-custos-da-violencia-contra-as-mulheres-no-mundo/>>. Acesso em:24/08/2020.

OSÓRIO, Luiz Carlos. **Casais e famílias: uma visão contemporânea**. Artmed, 2002.

PEREIRA, Jade Bernardi *et al.* Trauma bucomaxilofacial resultado da violência doméstica contra a mulher. **REVISTA UNINGÁ**, v. 56, n. S3, p. 169-179, 2019.

PORTO, Maria Laura; AMARAL, Waldemar Naves do. Violência sexual contra a mulher: Histórico e conduta. **Femina**, p. 209-215, 2014.

REZENDE, Edson José Carpintero *et al.* Lesões buco-dentais em mulheres em situação de violência: um estudo piloto de casos periciados no IML de Belo Horizonte, MG. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 10, p. 202-214, 2007.

SALAZAR-GAMARRAA, Rodrigo; DE OLIVEIRAB, Joaquim Augusto Piras; DIBC, Luciano Lauria. A estética em reabilitação bucomaxilofacial. **Revista APCD de Estética**, São Paulo, v. 3, n. 1, p. 42-52, 2015.

SANTINON, Evelyn Priscila; GUALDA, Dulce Maria Rosa; SILVA, L. C. F. P. Violência contra a mulher: notificação compulsória e outros instrumentos legais de uso dos profissionais de saúde. **Revista Âmbito Jurídico**, v. 13, n. 74, 2010.

SIGNORELLI, Marcos Claudio; AUAD, Daniela; PEREIRA, Pedro Paulo Gomes. Violência doméstica contra mulheres e a atuação profissional na atenção primária à saúde: um estudo etnográfico em Matinhos, Paraná, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 6, p. 1230-1240, 2013.

SOARES, Ericca Maria Gomes *et al.* **ANÁLISE PERICIAL DAS LESÕES SITUADAS EM CABEÇA E PESCOÇO DE MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA ATENDIDAS EM UM INSTITUTO MÉDICO LEGAL**

ZANCAN, Natália; WASSERMAN, V. G. Marcas Psicológicas da Violência Doméstica contra a Mulher. **Revista de Psicologia IMED**, Rio Grande do Sul, v. 5, n. 1, p. 40-6, 2013.

## APÊNDICE

## APÊNDICE A – Artigo científico

**O papel do cirurgião-dentista com mulheres vítimas de violência doméstica:**

revisão de literatura

**The role of the dentist with women victims of domestic violence:** literature

review

Luana Garreto Cantanhede<sup>1</sup>Fabiana Suelen Figuêredo de Siqueira<sup>2</sup>**RESUMO**

Atualmente, a violência doméstica contra mulher é considerada um problema de saúde pública, sendo entendida como qualquer ato que cause danos físicos, sexuais, financeiros ou psicológicos a mulher. Uma vez que essas lesões são mais comuns na região de cabeça e pescoço, profissionais de saúde, inclusive o cirurgião-dentista, possuem um importante papel na detecção precoce e notificação desses casos. Diante disso, o objetivo desse trabalho é mostrar a importância da correta conduta do cirurgião-dentista no atendimento inicial, notificação e detecção de casos, bem como seu papel na reabilitação oral de mulheres vítimas de violência doméstica. Este trabalho é classificado como uma revisão de literatura de pesquisa descritiva e abordagem qualitativa, os levantamentos bibliográficos foram feitos através de bases de dados online, destacando-se o Google Acadêmico, Pubmed, BBO, ABOL e Scielo. Foram selecionados artigos publicados entre 2010 e 2021 (com exceção ao intervalo de tempo para publicações relevantes ao tema), nos idiomas português e inglês. Conclui-se que os profissionais de saúde não possuem uma conduta satisfatória com pacientes vítimas de violência doméstica, tanto na detecção de casos como na notificação, principalmente por despreparo, desconhecimento e desconfiança da resolutividade dos casos pelo serviço público.

**Palavras-Chaves:** Violência Doméstica. Violência contra mulher. Odontologia Legal.

---

<sup>1</sup> Graduanda em Odontologia do Centro Universitário Unidade de Ensino Superior Dom Bosco, São Luís, MA, Brasil.

<sup>2</sup> Docente do Curso de Graduação em Odontologia do Centro Universitário Unidade de Ensino Superior Dom Bosco, Doutora.

## ABSTRACT

Currently, domestic violence against women is considered a public health problem, being understood as any act that causes physical, sexual, financial or psychological harm to women. Since these lesions are more common in the head and neck region, health professionals, including dentists, play an important role in the early detection and notification of these cases. Therefore, the objective of this study is to show the importance of correct conduct by dentists in the initial care, notification and detection of cases, as well as their role in the oral rehabilitation of women victims of domestic violence. This work is classified as a literature review of descriptive research and qualitative approach, the bibliographic surveys were made through online databases, highlighting Academic Google, Pubmed, BBO, ABOL and Scielo. Articles published between 2010 and 2021 were selected (except for the time interval for publications relevant to the topic), in Portuguese and English. It is concluded that health professionals do not have a satisfactory behavior with patients who are victims of domestic violence, both in case detection and notification, mainly due to lack of preparation, lack of knowledge and distrust of the resolution of cases by the public service.

**Keywords:** Domestic Violence. Violence Against Women. Forensic Dentistry.

## INTRODUÇÃO

Atos violentos que acontecem dentro dos lares, a princípio, enquadram-se no conceito de violência intrafamiliar, que pode ser entendida como toda ação que fira a integridade física, psicológica, o bem-estar e a liberdade de um membro da família (mesmo sem laços de sangue). Geralmente essa violência é cometida por alguém que esteja na posição de poder e autoridade, tal barbárie afeta principalmente mulheres, crianças, idosos e deficientes mentais ou físicos. O termo “violência doméstica” inclui pessoas que convivem no ambiente familiar, mas não necessariamente são da família, como empregados, agregados e também inclui a agressão feita pelo parceiro íntimo (DAY *et al.*, 2003).

A violência contra mulher é caracterizada como qualquer ato de violência de gênero que possa causar ou cause danos em âmbito físico, sexual ou psicológico

para mulher, seja na vida pública ou privada. Essa problemática é tão urgente e preocupante que segundo a ONU Mulheres (2017), 40% das mulheres brasileiras já foram vítimas de violência doméstica em algum período da vida, e ainda, a pesquisa aponta que dentre 83 países, o Brasil ocupa a 5ª posição do ranking em casos de feminicídio, em que uma mulher é morta a cada 2 horas em território nacional (ONUBR, 2017; DA SILVA, 2019).

Ainda, a violência doméstica contra a mulher quase sempre é acompanhada de violência psicológica e sexo forçado. Esse tipo de violência não se classifica como violência interpessoal, pois nesse caso, homens estão mais sujeitos a serem vítimas de estranhos, enquanto mulheres costumam ser vítimas de membros da própria família e de parceiros íntimos. Dados apontam o quanto esse assunto é urgente: os parceiros íntimos cometem cerca de 40 a 70% dos homicídios femininos no mundo (DAY *et al.*, 2003).

Mesmo com o medo e vivendo sob constante ameaça, algumas mulheres conseguem abandonar os parceiros violentos, principalmente quando as agressões são intensificadas. Mulheres mais jovens são mais propensas a sair desse meio, principalmente quando possuem apoio familiar e quando os filhos são envolvidos na agressão. Porém, somente a separação não é o suficiente, visto que os riscos de assassinato pelo parceiro são maiores após a separação, por isso a importância de leis que protejam as vítimas através da intervenção de políticas públicas (LIMA e WERLANG, 2011; DA SILVA, 2019).

Sabe-se que quando há violência doméstica do tipo física e/ou sexual, comumente a vítima apresenta traumas na região da face, como ao redor dos olhos, seios da face, lábios, dentição e cavidade oral, logo, o cirurgião-dentista tem um papel importante na detecção precoce, acompanhamento e notificação de violência aos órgãos competentes. Adicionalmente, os profissionais de saúde são os primeiros a entrar em contato com as vítimas, que buscam tratar as lesões de face (COSTA *et al.*, 2013; MALACHIAS, 2017).

Vale ressaltar, que é dever dos profissionais de qualquer área da saúde notificar casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos, sob pena de multa se não notificarem, de acordo com o Decreto-lei 3.688 de 1941 (BRASIL, 1941). Infelizmente, a maioria dos profissionais não notifica, seja por não saber como, não acreditar no poder judiciário ou não ter recebido o conhecimento necessário, ainda na faculdade, para lidar com situações de violência e mazelas sociais, de forma a não ver o paciente



como um todo, tratando somente a “queixa principal” e não a etiologia (MALACHIAS; 2017).

Logo, os profissionais de saúde tendem a tratar os ferimentos, mas não costumam abordar a questão com o paciente e nem notificam aos órgãos competentes, através da ficha de notificação que é encaminhada ao serviço social ou ao Programa de Prevenção e Atendimento às Vítimas de Violência - PAV, da unidade de saúde. Sabe-se que as alterações estéticas decorrentes de violência física causam distúrbios psicológicos e, nesses casos, a importância da estética vai além de parâmetros físicos, pois atua devolvendo qualidade de vida e autoestima ao paciente (SALAZAR-GAMARRAA; DE OLIVEIRAB; DIBC; 2015).

Na odontologia, o cirurgião-dentista além de ter que notificar a agressão pode atuar em conjunto com uma equipe multiprofissional, devolvendo a função, estética e autoestima através da reabilitação oral. Todavia, existem poucos casos sobre a atuação do cirurgião-dentista relatados na literatura, levando à suspeita de pouca atuação odontológica na reabilitação e notificação de pacientes em situações de violência doméstica. Essa prática faz com que a violência doméstica não seja vista como um problema de saúde pública e dificulta as políticas de saúde levantadas para combater a violência. Além disso, o pouco acesso às intervenções odontológicas e estéticas prejudica o prognóstico dessas vítimas (CARVALHO; GALO; DA SILVA, 2013).

Dessa forma, o presente estudo tem como objetivo mostrar a importância da correta conduta do cirurgião-dentista no atendimento inicial e tratamento de mulheres vítimas de violência doméstica, uma vez que seguir a conduta adequada contribui significativamente para o levantamento de políticas públicas que enfrentem e combatam a violência doméstica.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo de revisão de literatura, de natureza descritiva com abordagem qualitativa, uma vez que o tema escolhido fornecerá resultados através da percepção e análise de dados subjetivos.

A coleta de dados foi feita através de levantamentos bibliográficos realizados através de bases de dados *online*, destacando-se o Google Acadêmico, Pubmed, BBO, ABOL e Scielo. Foram selecionados artigos publicados entre 2010 e

2021 - com exceção ao intervalo de tempo para publicações relevantes ao tema, nos idiomas português e inglês. As palavras-chave para essa pesquisa, retiradas do DECS (Descritores em Ciências da Saúde), foram: “Violência Doméstica” (Domestic Violence);” “Violência contra mulher” (Violence Against Women) e “Odontologia Legal” (Forensic Dentistry).

Para critérios de inclusão, foram realizados uma seleção artigos científicos e relatos de caso que citam o tema abordado, que tenham sido publicados nos últimos dez anos (salvo publicações relevantes), no idioma inglês ou português. A busca total revelou cerca de 125 artigos, que foram lidos os resumos e selecionados 35 como fonte de construção à fundamentação teórica. Os critérios de exclusão baseiam-se em publicações que não possuem os mesmos objetivos já citados na pesquisa e nenhuma palavra-chave em comum, além de publicações não relevantes para o tema.

Como a pesquisa apresenta cunho qualitativo, será feita uma análise textual discursiva, através da leitura de resumos. As publicações que possuam descritores e objetivos em comum serão selecionadas, a fim de cumprir com os objetivos elencados nesta revisão de literatura, ademais, publicações que apresentam dados ligados a consequências psicológicas e físicas da violência contra mulher, conduta do CD e papel da odontologia estética serão utilizadas como fonte de pesquisa e fundamentação teórica.

## **REVISÃO DE LITERATURA**

### **Histórico da violência doméstica contra a mulher**

As raízes da violência de gênero são profundas, pois advém de uma construção social patriarcal. Sabe-se que os papéis de gênero são passados de geração a geração como se fossem papéis próprios do homem e mulher, entretanto, é válido ressaltar que a construção da violência doméstica contra mulher não está ligada às diferenças biológicas entre os sexos, mas sim aos papéis sociais atribuídos a cada gênero (CREPSCHI et al., 2005; SIGNORELLI; AUAD; PEREIRA, 2013).

A força masculina sempre dominou na sociedade. Na antiga sociedade romana, o Estado não punia delitos de mulheres, essa responsabilidade era do homem/marido. Já a Grécia, no século V, considerava somente os homens como cidadãos, as mulheres nascidas em famílias ricas ficavam em casas até a morte,

enquanto as mais pobres tinham que trabalhar no mercado e campo (COELHO e SANTIAGO, 2014).

Costumes chocantes ocorriam também nas tribos dos primitivos Hindus, em que dois irmãos poderiam ter a mesma esposa e após a morte do marido, era costume incinerar a esposa. No feudalismo, os homens mantinham controle total sobre as esposas, onde, quando viajavam, elas eram obrigadas a usar cintos de castidade, para não duvidarem quanto a legitimidade dos filhos (OSÓRIO, 2002).

A monogamia surgiu na sociedade para legitimar os filhos dos homens. No Brasil imperial, casos de adultério passaram a ser punidos pelo código penal em 1830, a esposa adúltera poderia ser presa por até 3 anos e a traição era uma afronta aos direitos do marido (COELHO e SANTIAGO, 2014; PORTO, AMARAL, 2014).

Entretanto, crimes passionais de homicídio contra a mulher tinham a pena absolvida ou eliminada, de acordo com o artigo 27 do código penal brasileiro de 1890, pois entendia-se que os sentidos e a inteligência do acusado eram anulados pela paixão e emoção súbita, que o levavam a uma insanidade momentânea e a cometer o homicídio, como se fosse um “crime de paixão” (COELHO e SANTIAGO, 2014).

Ainda, o código civil brasileiro de 1916 decretava que a mulher só poderia trabalhar fora com autorização do marido, uma vez que a inserção da mulher no mercado de trabalho era vista como uma afronta a união da família. Direitos básicos, como direito ao voto feminino no Brasil, só surgiu no ano de 1932 e direito ao ingresso no ensino superior somente em 1879 (PORTO, AMARAL, 2014).

A desigualdade entre homens e mulheres inicia na relação familiar, uma vez que esperam que as mulheres sejam passivas, sensíveis, obedientes, subordinadas e responsáveis pelo lar e pelo cuidado dos filhos e marido; já o homem recebe o papel de chefe e provedor do lar, além de poder em âmbito público. Tal construção valoriza o homem em relação à mulher, pois o primeiro é visto como dominador, enquanto o outro é dominado, dessa forma, a mulher perde autonomia e fica mais suscetível a ser vítima de violência (CREPSCHI *et al.*, 2005).

Entender a relação de gênero é fundamental para analisar toda desigualdade e violência sofrida pelas mulheres em toda história, pois somente quando essa questão foi levantada, ainda no século XX, é que a violência doméstica começou a ser vista como um problema social e de saúde pública. Nos anos 70, as mulheres passam a reivindicar os papéis desqualificados e opressivos que lhes são

atribuídos apenas por serem mulheres, gerando seu enclausuramento no lar e sua submissão ao provedor (GOMES et al., 2007; DA FONSECA; RIBEIRO; LEAL, 2012).

Mudanças políticas e iniciativas dos movimentos feministas em todo o mundo aos poucos tem possibilitado formas de combate a injustiça e desigualdade de gênero. Em 1993, a violência sexual foi reconhecida como um problema de saúde pública pela Organização Mundial de Saúde. Em 1999, o Ministério de Saúde implementou normas para prevenção e tratamento de sequelas da violência sexual contra mulheres e adolescentes (BRASIL, 2012; LAMEIRA, DE SOUZA, 2016).

Avanços também foram notórios nos anos 2000. Em 2003, a secretaria Especial de Políticas para Mulheres da Presidência da República estabeleceu políticas públicas para a melhoria da vida da mulher brasileira. Em 2004, a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher promoveu melhoria das condições de vida e saúde feminina. A Lei Maria da Penha (nº 1340/2006) abriu portas para o julgamento de crimes contra a mulher, visando a dignidade humana (MARTINS, CERQUEIRA, MATOS, 2015)

Em 2007, foi criado o Pacto Nacional pelo Enfrentamento da Violência contra Mulher, que cobra a prevenção e combate à violência, além de garantir os direitos das mulheres nas esferas sociais, familiares, educacionais, do trabalho, da saúde e da segurança pública. Em 2013, foi sancionada a Lei que prevê atendimento integral e multidisciplinar às vítimas de violência sexual em todos os serviços de urgência e emergência do SUS (BRASIL, 2013).

A partir dessa discussão de gênero levantada, a violência doméstica foi entendida como um fenômeno multifacetado que necessita de intervenção de políticas públicas, destacando-se a implantação de serviço de atenção a mulher vítima de violência, como Delegacia de Proteção às Mulheres (DPMs) e centros de referência de atenção à mulher vítima de violência (GOMES et al., 2007).

### **Consequências físicas e psicológicas à vítima de violência doméstica**

A agressão pelo parceiro íntimo é o tipo de violência mais comum e possui um padrão rotineiro, em que o agressor tem o controle e domina a situação. No dia a dia, esses abusos podem se manifestar através de agressões físicas com golpes, tapas, socos, chutes, surras, estrangulamento, queimaduras, uso de objetos perfurocortantes, quebra de objetos e ameaças de ferir membros próximos. A

agressão psicológica ocorre por meio de intimidações, humilhações e menosprezo, coerção sexual e comportamentos de extremo controle, restringindo o acesso da vítima a família e amigos (DAY *et al.*, 2003; SIGNORELLI; AUAD; PEREIRA, 2013).

Segundo Day *et al.*, (2003), os fatores causais estão relacionados: (1) ao agressor: ser homem, ter sofrido abuso ou presenciado violência na infância, pai ausente, alcoolismo e uso de drogas; (2) à relação: conflito conjugal e controle das finanças pelo parceiro; (3) aos fatores da comunidade: pobreza, desemprego, isolamento das vítimas e família, alta taxa de criminalidade no meio, (4) aos fatores sociais: normatização da violência como método de resolução de conflitos, normas socioculturais que dão ao homem maior poder e domínio, mas desqualificam a mulher, conceito de masculinidade ligado a dominação, honra e agressão.

Nessa mesma direção, Soares *et al.*, (2018) e De Oliveira *et al.*, (2019), fizeram uma pesquisa acerca da ocorrência de lesões na região de cabeça e pescoço de mulheres submetidas ao exame pericial em Maceió/AL e Fortaleza/CE, respectivamente. Todos os autores concordaram quanto aos dados encontrados, chegando à conclusão que a faixa etária de maior prevalência foi entre 30-59 anos, com escolaridade até o ensino médio e ocupação de atividade manual ou donas de casa.

Os agressores são companheiros ou ex-companheiros, do sexo masculino e o tecido mais afligido foi tecido mole, deixando lesões do tipo equimose, escoriação e edema, com instrumento contundente; ainda, Soares *et al.*, (2018) destacaram que a maioria das vítimas foi classificada economicamente como classe D.

Muitas vezes, a mulher é julgada quando continua submetendo-se ao parceiro violento, entretanto, essa atitude está diretamente ligada as limitações que ela possui, como medo de represália, perda de suporte financeiro, falta de suporte familiar, dependência emocional ou preocupação com os filhos. Outros fatores que contribuem para a continuação da relação são: sintomas depressivos; repetição de modelo parental violento; maus-tratos, abandono e violência sexual na infância; sentimento de culpa pelo comportamento violento do parceiro, entre outros (DAY *et al.* 2003).

Quanto às consequências psicológicas, destaca-se uma pesquisa qualitativa realizada por Zancan e Wassermann (2013), que selecionaram quatro mulheres e buscaram avaliar a presença de depressão, ansiedade, desesperança,

ideação suicida e o nível de autoestima. Duas mulheres apresentavam moderados índices de depressão, com tristeza intensa, baixa autoestima e falta de expectativa quanto ao futuro. Entretanto, chamou atenção que as quatro participantes apresentavam grave ansiedade e baixo nível de autoestima, revelando que a agressão gera nas vítimas sentimentos de fracasso e insatisfação consigo mesmas, atrapalhando sua autoimagem e sua capacidade de adaptação a vida diária e a relacionamentos interpessoais.

Os traumas maxilofaciais provocam graves repercussões estéticas, psicológicas e sociais. Além da região de cabeça e pescoço ser mais exposta e menos “protegida”, lesões na face estão diretamente ligadas a humilhação, sentimento comum nas vítimas. As cicatrizes, disfunções mastigatórias e estéticas são lembretes dolorosos do abuso. Além disso, funções do sistema estomatognático como deglutição, fala e mastigação também podem ser afetadas por traumas faciais (CHAVES *et al.*, 2018).

Geralmente, as vítimas apresentam certas reações após o trauma, como memórias vividas dos eventos de violência, pesadelos, vigilância constante, ansiedade, medo, abuso de substâncias, problemas sexuais, tristeza, raiva, agressividade, desespero, falta de confiança, autoisolamento. A violência doméstica está mais relacionada ao trauma tipo II, com reações que perduram por mais tempo. A vítima passa a ter sintomas como somatização, mudanças de identidade e percepção do agressor, mudanças no sentido da vida e nas suas relações interpessoais, ansiedade, depressão e estresse pós-traumático são a constatação mais comum nos estudos clínicos das vítimas de violência (GOMES, 2012).

Como a face costuma ser o alvo mais atingido, além de danos físicos, as lesões provocam danos psicológicos, pois ao agredir a face, o agressor atinge diretamente a autoimagem da vítima, o rosto representa uma região privilegiada em todas as culturas e ele carrega as emoções e identidade do indivíduo. Por isso, é comum que as vítimas sintam vergonha, humilhação e culpa. Muitas mulheres param de se maquiar, pois sentem que ao revelar o rosto, também estão expondo a violência sofrida (DO NASCIMENTO *et al.*, 2012).

### **Natureza e prevalência das lesões**

A Organização Pan Americana de Saúde (2006) dividiu o ciclo de violência contra a mulher em três fases. A primeira é caracterizada pela acumulação da tensão, quando as agressões são “mais leves” e menos frequentes, por isso a vítima costuma ser compreensiva e tenta encontrar um motivo para agressividade, acreditando que não ocorrerá novamente (ARAUJO *et al.*, 2019).

Na segunda fase ocorre a explosão da violência, com agressões mais graves e mais frequentes. A vítima costuma estar à mercê do agressor e já não tem muito controle sobre a situação. Já na terceira fase, a violência e tensão desaparecem por um tempo, o agressor demonstra arrependimento e amabilidade, promete que não acontecerá novamente, enquanto a vítima sente alívio e acredita que é responsabilidade dela manter a paz no lar (ARAUJO *et al.*, 2019).

O Decreto-Lei 2.848 (07 de dez de 1940) do código penal, no artigo 129, classificou as lesões em leves, graves, gravíssimas e lesão corporal que resultam em morte. Lesões leves causam danos superficiais, como danos a pele, hipoderme, vasos arteriais e venosos. Lesões graves geram sequelas temporárias por mais de 30 dias, causam fragilidade de membro, sentido ou função, aceleração do parto e perigo de vida (BRASIL, 1940).

Ainda de acordo com o código, lesões gravíssimas são aquelas que resultam em incapacidade permanente de trabalho, enfermidade incurável, perda de membro, sentido ou função, aborto e deformidade permanente. Casos de lesão seguida de morte só podem ser classificados assim se o autor do crime não quis a morte, nem assumiu o risco de matar. Se esses crimes ocorrem no contexto de violência doméstica, a pena para lesões leves é aumentada de 3 meses para 03 anos e o resto é aumentada em 1/3 (BRASIL, 1940).

Em relação a prevalência de lesões, um estudo de casos e controles com vítimas atendidas em serviços de urgência e emergência foi realizando usando dados do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), 623 mulheres vítimas de violência doméstica foram selecionadas. Destas, 97,4% sofreram violência física: 60,7% com força corporal/espancamento; 20,9% com objetos perfurocortantes e 11,9% com objetos contundentes. As agressões resultaram em corte/laceração (46,4%) e contusão (20,2%), chamou atenção que a região da cabeça foi a mais atingida (39,5%) (GARCIA *et al.*, 2016).

Em concordância com outros estudos, nota-se uma alta incidência de lesões por instrumentos contundentes, resultando principalmente em equimoses

(28,85%) e escoriações (24,59%). Lesões extraorais foram mais comuns na região orbital (17,14%), cervical (16,63%) e frontal (12,51%). Lesões intraorais ocorrem comumente também, entretanto, a porcentagem de 11,63% de lesões dentárias chamou atenção, pois 50% dessas lesões causaram fratura dental, principalmente no incisivo superior (41,67%). Destaca-se que o cirurgião-dentista tem papel fundamental na reabilitação oral dessas vítimas, pois os dentes anteriores, principalmente incisivos superiores chamam muita atenção no sorriso e afetam absurdamente a autoestima dessas vítimas (CASTRO, 2017).

Em contrapartida, Rezende *et al.*, (2007) classificou a maioria das lesões como “nuas”, sem uso de instrumento, que são lesões causadas por tapas, chutes, socos, empurrões e espancamentos. O punho é o mais usado nos ataques, causando fraturas faciais em 30% das vítimas. Em síntese, o cirurgião-dentista pode estar envolvido em casos de violência de duas formas: identificando os sinais de violência ou tratando das lesões em região de cabeça e pescoço, principalmente as intraorais. Portanto, saber a melhor conduta é essencial para lidar com esses pacientes.

### **Conduta e papel do cirurgião-dentista frente as vítimas de violência doméstica**

Sabe-se que o cirurgião-dentista (CD) está entre os profissionais da saúde que tem a maior possibilidade de entrar em contato com o paciente que sofre violência, doméstica, pois os sinais e lesões encontram-se na região de cabeça e pescoço. Entretanto, muitos não se sentem aptos para diagnosticar, fazer a notificação compulsória e, para piorar, é comum que haja julgamento do profissional por acreditar em crenças ultrapassadas, resultando em uma relação abalada com a paciente, de maneira que o profissional não consiga atuar de forma efetiva (CARVALHO; GALO; DA SILVA, 2013).

Garbin *et al.*, (2016), em uma pesquisa para avaliar se os profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF) encontravam dificuldades para reconhecer e notificar casos de violência, obtiveram como resultados: 75,4% dos profissionais não conheciam a ficha de notificação de violência e 60% não se sentiam responsáveis pela notificação. Os dados lamentáveis ressaltam a falta de conhecimento e preparo dos profissionais em lidar com a violência doméstica, colaborando com o elevado índice de vítimas que sofrem diariamente as consequências dessa violência sem suporte adequado.



Ainda, uma pesquisa para identificar o conhecimento e atuação dos cirurgiões-dentistas e estudantes de odontologia frente a violência doméstica, contou com 223 participantes que responderam um questionário sobre o tema. Destes, 70,4% não sabiam a diferença entre notificação compulsória e denuncia, 32,3% não se sentiam confortáveis para fazer a notificação compulsória por motivos de medo de represália (33,3%), medo (10,4%) e não ter conhecimento (20,8%), 48,4% não saberiam identificar lesões suspeitas de violência e 99,1% acreditam que esse assunto deveria ser mais discutido na graduação (LUZ, LORETO, BARROS, 2021).

A Portaria Nº 2.406 de 5 de novembro de 2004 instituiu o serviço de notificação compulsória e a partir disso, a ficha de notificação de violência interpessoal e/ou autoprovocada deve ser preenchida pelo profissional de saúde em casos suspeitos ou confirmados de violência contra a mulher. O profissional preenche duas vias, uma fica no prontuário do paciente e a outra é encaminhada para vigilância epidemiológica do município (SANTINON, GUALDA, SILVA, 2010; FERNANDES *et al.*, 2018).

Muitos profissionais temem notificar e sofrer represálias, entretanto, a notificação compulsória é de origem formal, institucional e sigilosa, isso significa que a notificação não é uma denúncia e não expõe o profissional a possíveis constrangimentos. Vale destacar que a Lei 13.931/19, do dia 10 de dezembro de 2019, obriga os serviços públicos e privados de saúde a comunicar as autoridades policiais suspeitas e confirmação de violência em um prazo de até 24 horas (DA SILVA *et al.*, 2021).

Sabe-se que o código de ética odontológico possui alguns incisos que podem ser relacionados a casos de violência doméstica: no artigo 9, incisos VII a IX citam que o profissional deve zelar pela saúde e dignidade do paciente, promover saúde coletiva ao desempenhar suas funções e resguardar o sigilo profissional (que pode ser quebrado para colaboração da justiça em casos previstos em lei, como na violência doméstica); o artigo 11 enquadra como infração ética permitir que o paciente seja desrespeitado, ou seja, do ponto de vista ético a notificação significa cumprir com os deveres do cirurgião-dentista, que deve zelar pela saúde e dignidade do paciente (DE ALMEIDA, 2012; OLIVEIRA 2018).

Hasse e Vieira (2014), fizeram uma pesquisa sobre como os profissionais de saúde atendem mulheres em situações de violência, que escancarou ainda mais os embates sofridos na saúde. Foram entrevistados 221 profissionais, em que

somente 61 tiveram algum tipo de capacitação para atender essas vítimas; 49% desses profissionais realizam consulta e encaminhamento, 39,6% realizam apenas consulta e 11,4% afirmaram não fazer nada, pois a vítima pediu sigilo (conduta inadequada).

Muitos profissionais fazem encaminhamentos inadequados, encaminhando apenas para um serviço/profissional (principalmente o DDM ou psicólogo), sem acompanhar o caso, o que é considerado insuficiente em casos de violência contra mulher, além de ir contra o princípio de integralidade. Outros problemas podem ser elencados, como a demora no atendimento dessas mulheres no setor público, a falta de tato no atendimento, erros quanto as condutas dos profissionais e a chamada “rota crítica” em que a paciente vai para vários serviços várias vezes, gerando desgaste e desistência da procura por ajuda (OLIVEIRA *et al.*, 2009).

O atendimento de vítimas de violência doméstica exige o cumprimento de deveres legais e éticos do profissional, geralmente relacionados a notificação compulsória. O profissional deve notificar de forma sigilosa, usando códigos da CID-10 (T74, etc) na ficha de notificação disponível pelo SINAN, que é encaminhada as autoridades competentes. Essa notificação é essencial, pois torna possível dimensionar a violência e suas consequências em um nível coletivo/nacional, esses dados facilitam a implantação de políticas públicas de combate a violência doméstica (Hasse & Vieira, 2014).

Logo, é necessário que o CD não trate somente as sequelas resultantes da agressão, mas atue de forma humanizada e integral, pois o bom acolhimento nesse momento é fundamental para que ocorra vínculo entre vítima e o serviço de saúde. É dever legal do CD reconhecer as leis e sua correta conduta frente à violência, ainda, quando se trata de violência doméstica contra mulher, é mandatório, segundo a Lei 10.778, que haja a notificação compulsória aos serviços especializados, para ser encaminhada aos órgãos de Vigilância Sanitária (DA SILVA, 2019).

## **CONCLUSÃO**

Por meio deste estudo consta-se:

A importância da presença do Cirurgião-Dentista no atendimento de mulheres vítimas de violência doméstica, uma vez que ele é um dos primeiros profissionais a ter contato com a vítima, ainda na atenção primária de saúde.

O cirurgião-dentista, ainda possui condutas inadequadas com esses pacientes, destacando-se a falta de conhecimento, o medo de represálias ao notificar, o preconceito com as vítimas, o tratamento curativo e encaminhamentos inadequados, que fazem a vítima andar em círculos. Ainda, se faz necessário que as faculdades de odontologia preparem mais os seus alunos para identificação desses casos, bem como na tomada de decisão correta.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei nº 2.848, de 7 de Dezembro de 1940. **Institui o Código Penal**. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/del2848compilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm) Acesso em: 30/08/2021.

BRASIL, Lei no.3.688, de 3 de outubro de 1941. **Lei das Contravenções Penais**. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/CCIVIL\\_03/DecretoLei/Del3688.htm](http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/DecretoLei/Del3688.htm) Acesso em: 24/08/2020

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica**. 3.ed. Brasília: Ministério da saúde, 2012.

BRASIL. Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013. Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual. **Diário oficial da união**, 2013.

CARVALHO, Luciana Maria Ferreira; GALO, Rodrigo; DA SILVA, Ricardo Henrique Alves. **O cirurgião-dentista frente à violência doméstica: conhecimento dos profissionais em âmbito público e privado**. Medicina (Ribeirão Preto Online), São Paulo, v. 46, n. 3, p. 297-304, 2013.

CASTRO, Talita Lima de *et al.* Violence against women: characteristics of head and neck injuries. **RGO-Revista Gaúcha de Odontologia**, v. 65, p. 100-108, 2017.

COELHO, MTD; SANTIAGO, Rosilene Almeida. **A violência contra a mulher: antecedentes históricos**. 2014.

COSTA, Daniela Anderson Carvalho *et al.* Assistência multiprofissional à mulher vítima de violência: atuação de profissionais e dificuldades encontradas. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 18, n. 2, 2013.

CREPSCHI, Jaira Lopes Brandão *et al.* **Significações psicológicas dadas a violência sexual por mulheres atendidas em ambulatório especializado universitário: um estudo clinico-qualitativo**. 2005. 170 p. Tese (doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, SP. 2005

DA FONSECA, Denire Holanda da; RIBEIRO, Cristiane Galvão; LEAL, Noêmia Soares Barbosa. Violência doméstica contra a mulher: realidades e representações sociais. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, v. 24, n. 2, pág. 307-314, agosto de 2012.

DA SILVA, Anayla Oliveira *et al.* Violência doméstica: A importância da formação do Cirurgião-Dentista frente a esse agravo. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 5, p. e4110514654-e4110514654, 2021.

DA SILVA, Eloise Dayane Martins. A odontologia e a violência doméstica contra mulheres: diagnóstico e conduta. **Scire Salutis**, Sergipe, v. 9, n. 3, p. 22-32, 2019.

DAY, Vivian Peres *et al.* Violência doméstica e suas diferentes manifestações. **Revista de psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Rio Grande do Sul, v. 25, p. 9-21, 2003.

DE ALMEIDA, André Henrique do Vale *et al.* A responsabilidade dos profissionais de saúde na notificação dos casos de violência contra crianças e adolescentes de acordo com seus códigos de ética. **Arquivos em Odontologia**, v. 48, n. 2, 2012.

DE LIMA, Gabriela Quadros; WERLANG, Blanca Susana Guevara. Mulheres que sofrem violência doméstica: contribuições da psicanálise. **Psicologia em Estudo**, v. 16, n. 4, p. 511-520, 2011.

DE MACEIÓ–AL. **RBOL-Revista Brasileira de Odontologia Legal**, Goiás, v. 5, n. 3, 2018.

D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas *et al.* Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero: uma alternativa para a atenção primária em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, p. 1037-1050, 2009.

DE OLIVEIRA, Matheus Vasconcelos Jácome *et al.* Análise temporal das agressões físicas contra a mulher sob a perspectiva da odontologia legal na cidade de Fortaleza, Ceará. **RBOL-Revista Brasileira de Odontologia Legal**, Goiás, v. 6, n. 3, 2019.

DOS SANTOS CHAVES, Amandia *et al.* Prevalência de traumatismos maxilofaciais causados por agressão ou violência física em mulheres adultas e os fatores associados: uma revisão de literatura. **Revista da Faculdade de Odontologia-UPF**, v. 23, n. 1, 2018.

FERNANDES, Tamiris Bonfim *et al.* Notificação de violência: conhecimento de cirurgiões-dentistas que atuam na Região Carbonífera, SC. **Revista da ABENO**, v. 18, n. 2, p. 124-134, 2018.

GARBIN, Cléa Adas Saliba *et al.* Reconhecimento e notificação de violência pelos profissionais da estratégia de saúde da família. **Archives of Health Investigation**, São Paulo, v. 5, n. 1, 2016.

GARCIA, Leila Posenato et al. Violência doméstica e familiar contra a mulher: estudo de casos e controles com vítimas atendidas em serviços de urgência e emergência. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, 2016.

GOMES, Nadielene Pereira *et al.* Compreendendo a violência doméstica a partir das categorias gênero e geração. **Acta paulista de enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 504-508, 2007.

GOMES, Rilzeli Maria. Mulheres vítimas de violência doméstica e transtorno de estresse pós-traumático: um enfoque cognitivo comportamental. **Revista de Psicologia da IMED**, v. 4, n. 2, p. 672-680, 2012.

HASSE, Mariana; VIEIRA, Elisabeth Meloni. Como os profissionais de saúde atendem mulheres em situação de violência? Uma análise triangulada de dados. **Saúde em Debate**, v. 38, n. 102, p. 482-493, 2014.

LAMEIRA, Lolita Yara; DE SOUZA, Gilson Sidney Amâncio. LEI MARIA DA PENHA—HISTORICIDADE E EFICÁCIA DAS MEDIDAS PROTETIVAS. **ETIC-ENCONTRO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA-ISSN 21-76-8498**, v. 12, n. 12, 2016.

MALACHIAS, Raphael Corrêa. **Violência contra mulher relacionada ao trauma de face**. Tese (especialização) – Universidade Federal de Minas Gerais, Especialização de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial, São Paulo. 2017.

MARTINS, Ana Paula Antunes; CERQUEIRA, Daniel Ricardo de Castro; MATOS, Mariana Vieira Martins. **A institucionalização das políticas públicas de enfrentamento à violência contra as mulheres no Brasil**. 2015.

OLIVEIRA, Bruno Gonçalves de *et al.* Responsabilidade dos profissionais de saúde na notificação dos casos de violência. **Revista Bioética**, v. 26, p. 403-411, 2018.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **ONU alerta para os custos da violência contra as mulheres no mundo**. ONU Mulheres, 2017. Disponível em: <<http://www.onumulheres.org.br/noticias/onu-alerta-para-os-custos-da-violencia-contra-as-mulheres-no-mundo/>>. Acesso em:24/08/2020.

OSÓRIO, Luiz Carlos. **Casais e famílias: uma visão contemporânea**. Artmed, 2002.

PEREIRA, Jade Bernardi *et al.* Trauma bucomaxilofacial resultado da violência doméstica contra a mulher. **REVISTA UNINGÁ**, v. 56, n. S3, p. 169-179, 2019.

PORTO, Maria Laura; AMARAL, Waldemar Naves do. Violência sexual contra a mulher: Histórico e conduta. **Femina**, p. 209-215, 2014.

REZENDE, Edson José Carpintero *et al.* Lesões buco-dentais em mulheres em situação de violência: um estudo piloto de casos periciados no IML de Belo Horizonte, MG. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 10, p. 202-214, 2007.

SALAZAR-GAMARRAA, Rodrigo; DE OLIVEIRAB, Joaquim Augusto Piras; DIBC, Luciano Lauria. A estética em reabilitação bucomaxilofacial. **Revista APCD de Estética**, São Paulo, v. 3, n. 1, p. 42-52, 2015.

SANTINON, Evelyn Priscila; GUALDA, Dulce Maria Rosa; SILVA, L. C. F. P. Violência contra a mulher: notificação compulsória e outros instrumentos legais de uso dos profissionais de saúde. **Revista Âmbito Jurídico**, v. 13, n. 74, 2010.

SIGNORELLI, Marcos Claudio; AUAD, Daniela; PEREIRA, Pedro Paulo Gomes. Violência doméstica contra mulheres e a atuação profissional na atenção primária à saúde: um estudo etnográfico em Matinhos, Paraná, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 6, p. 1230-1240, 2013.

SOARES, Ericca Maria Gomes *et al.* **ANÁLISE PERICIAL DAS LESÕES SITUADAS EM CABEÇA E PESCOÇO DE MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA ATENDIDAS EM UM INSTITUTO MÉDICO LEGAL**

ZANCAN, Natália; WASSERMAN, V. G. Marcas Psicológicas da Violência Doméstica contra a Mulher. **Revista de Psicologia IMED**, Rio Grande do Sul, v. 5, n. 1, p. 40-6, 2013.