

CENTRO UNIVERSITÁRIO BRASILEIRO
INSTITUTO BRASILEIRO DE SAÚDE
CURSO DE BACHARELADO EM ODONTOLOGIA

ARTHUR WAGNER BARBOSA DE MOURA

**O PAPEL DO CIRURGIÃO-DENTISTA DIANTE DA
VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER:
UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA**

Recife/2021

ARTHUR WAGNER BARBOSA DE MOURA

**O PAPEL DO CIRURGIÃO-DENTISTA DIANTE DA
VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER:
UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA**

TCC apresentado ao Curso de Bacharelado em Odontologia do Centro Universitário Brasileiro (UNIBRA), como requisito parcial para obtenção do título de Cirurgião-Dentista.

Professora Orientadora: MSc. Cecylia Roberta Ferreira de Oliveira

Recife/2021

M929p

Moura, Arthur Wagner Barbosa de

O papel do cirurgião-dentista diante da violência contra a mulher: um problema de saúde pública. Arthur Wagner Barbosa de Moura. - Recife: O Autor, 2021.

35 p.

Orientador: Me. Cecylia Roberta Ferreira de Oliveira.

Trabalho De Conclusão de Curso (Graduação) - Centro Universitário Brasileiro – Unibra. Bacharelado em Odontologia, 2021.

1.Violência contra mulher. 2.Odontologia. 3.Ferimentos e lesões. 4.Lei Maria da Penha. Centro Universitário Brasileiro. I. Centro Universitário Brasileiro - UNIBRA. II. Título.

CDU: 616.314

*Dedico esse trabalho a minha família e a todas as mulheres vitimas de
violência.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por ter me dado discernimento, sabedoria e saúde.

Agradeço igualmente aos meus pais, Alcidézio Barbosa de Moura e Danúzia Pina de Moura, sem eles eu não seria a pessoa que sou, e nem chegaria onde cheguei. Por terem me apoiado em todas as decisões e nunca terem deixado nada faltar na nossa educação, saúde e segurança.

A minha Avó dona Ilma (Voquinha) que muito contribuiu na minha criação e moldadora do meu caráter.

Agradeço enormemente a minha esposa Bárbara Santos por sempre me apoiar nas minhas decisões e por ter me dado dois filhos (Miguel Arthur e Sarah Heloise) que sempre serviram de inspiração para que eu nunca desistisse dos meus objetivos, mesmo com todas as dificuldades.

Agradeço a minha irmã Camille Gabriela por sempre está ao meu lado e o lado dos meus filhos, sendo um exemplo de irmã e tia.

Gratidão aos meus amigos Well, Alvinho, Jhay, Gordinho, Luke, Débora, Henrique, Gutinho.

Gratidão a todos os colegas na qual pude compartilhar experiências nesses 5 anos da graduação em especial a Bianca e Juliana que foram minhas duplas.

Agradeço a minha orientadora Cecylia Oliveira por sempre me apoiar quando precisei, por ser uma ótima amiga e professora, que me trouxe muita luz.

Agradeço a minha Preceptora e amiga Renata Pimentel, por todo conhecimento e pela sua sensibilidade clínica.

Agradeço aos profissionais e professores que fizeram parte da minha caminhada, em especial coordenadora do curso Fernanda Donida, que sempre foi cordial e solícita.

Agradeço a banca avaliadora Carol e Augusto por serem ótimos professores e profissionais.

Por fim, agradeço a todos os pacientes, na qual se dispuseram ao nosso atendimento.

“O que não provoca minha morte, faz com que eu fique mais forte”.

“Nunca é alto o preço a se pagar pelo privilégio de pertencer a si mesmo”.

Friedrich Nietzsche.

O PAPEL DO CIRURGIÃO-DENTISTA DIANTE DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER: UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

Arthur Wagner Barbosa de Moura

Professor (a) orientador (a)¹: MSc. Cecylia Roberta Ferreira de Oliveira

¹ Professor(a) da UNIBRA. Especialista em Ortodontia. Mestre em Avaliação em Saúde. E-mail: cecylia_roberta@hotmail.com

Resumo: A violência contra mulher é um problema desde os primórdios da nossa sociedade, vitimada por um opressor machista que historicamente tem definido o papel dessa mulher como cuidadora do lar e dos filhos. A face é cultuada e é referência de beleza e cuidado e esse agressor a tem como alvo visto a sua exposição. **Objetivo:** Avaliar o cenário de violência contra as mulheres, que é considerado um problema de saúde pública. **Materiais e Métodos:** As buscas foram realizadas nas seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD) os artigos selecionados foram em língua portuguesa ou inglesa, onde foram encontrados 26 artigos e 19 foram utilizados para a concepção do trabalho. **Resultados e Discussão:** A agressão deferida a essas mulheres é predominantemente na região de cabeça e pescoço, podendo causar disfunções na fala, deglutição, mastigação e estética. A região do Nordeste brasileiro é uma das mais violentas, com foco no estado de Pernambuco, o 6º mais violento, que teve uma queda nas suas taxas, devido à eficiência dos programas de enfrentamento a violência. Entretanto, alguns impedimentos como medo da vítima em relatar o ocorrido, o despreparo dos profissionais em não ouvir as queixas dessas pacientes e a descrença da efetividade do sistema judiciário faz com que haja uma subnotificação nos casos de violência. **Conclusão:** É necessário que esse tema seja mais abordado e estudado durante a formação dos profissionais para que saibam como diagnosticar, notificar e tratar de forma humanizada, diminuindo o impacto no que diz respeito a esse problema de saúde pública.

Palavras-chave: Violência contra mulher. Odontologia. Ferimentos e lesões. Lei Maria da Penha.

O PAPEL DO CIRURGIÃO-DENTISTA DIANTE DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER: UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

Arthur Wagner Barbosa de Moura

Professor (a) orientador (a)¹: Msc. Cecylia Roberta de Ferreira de Oliveira

¹ Professor(a) da UNIBRA. Especialista em Ortodontia. Mestre em avaliação de Saúde. E-mail: cecylia_roberta@hotmail.com

Abstract: Violence against women has been a problem since the beginning of our society, victimized by a sexist oppressor who has historically defined the role of women as caregivers for the home and children. The face is worshiped and is a reference of beauty and care and this aggressor targets it because of its exposure.

Objective: To assess the scenario of violence against women, which is considered a public health problem. Materials and Methods: Searches were performed in the following databases: Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO) and Digital Library of Theses and Dissertations (BDTD) the selected articles were in Portuguese or English, where 26 articles were found and 19 were used to design the work. **Results and**

Discussion: The aggressions given to these women are predominantly in the head and neck region, which can cause speech, swallowing, chewing and esthetic disorders. The Northeast region of Brazil is one of the most violent, with a focus on the state of Pernambuco, the 6th most violent, which had a drop in its rates, due to the efficiency of programs to fight violence. However, some impediments such as the victim's fear of reporting what happened, the professionals' lack of preparation in not listening to the complaints of these patients and the disbelief in the effectiveness of the judicial system lead to underreporting in cases of violence. **Conclusion:** It is necessary that this topic is further addressed and studied during the training of professionals so that they know how to diagnose, notify and treat in a humane way, reducing the impact with regard to this public health problem.

Keywords: Violence against woman. Dentistry. Wounds and injuries. Maria da Penha Law.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CD: Cirurgião-dentista

‰: Porcentagem

CEDAW: Comitê para Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres

CFO: Conselho Federal de Odontologia

LMP: Lei Maria da Penha

PPV: Pacto pela Vida

CID: Código Internacional de Doenças

ATM: Articulação Temporomandibular

DPP: Dossiê Mulher Pernambuco

SDS: Secretaria de Defesa Social

PE: Pernambuco

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
2. OBJETIVOS	13
2. OBJETIVO GERAL	13
1	
2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	13
2	
3. DELINEAMENTO METODOLÓGICO	13
4. REVISÃO DE LITERATURA	15
4. HISTÓRIA DA VIOLÊNCIA E CARECTERIZAÇÃO DAS VÍTIMAS	15
1	
4. AVANÇOS NA LEGISLAÇÃO BRASILEIRA	16
2	
4. LESÕES MAIS COMUNS NO COMPLEXO BUCOMAXILOFACIAL	17
3	
4. ATUAÇÃO DO CIRURGIÃO-DENTISTA	19
4	
4. DIFICULDADE DE NOTIFICAÇÃO E SUBNOTIFICAÇÃO NO SERVIÇO DE SAÚDE	22
5	
5. RESULTADO E DISCUSSÃO	24
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	29

1. INTRODUÇÃO

As Nações Unidas definem a violência contra as mulheres como "qualquer ato de violência de gênero que resulte ou possa resultar em danos ou sofrimentos físicos, sexuais ou mentais para as mulheres, inclusive ameaças de tais atos, coação ou privação arbitrária de liberdade, seja em vida pública ou privada". Essa agressão se refere ao comportamento de um parceiro ou ex-parceiro que causa danos físicos, sexuais ou psicológicos incluindo agressão física, coerção sexual, abuso psicológico e comportamentos de controle. A violência contra as mulheres, é um grande problema de saúde pública e de violação dos direitos humanos das mulheres (PAHO, 2020).

Desde a década de 90, a violência e o traumatismo contra a mulher são problemas sociais e de saúde pública, consistindo num fenômeno mundial que não respeita fronteiras de classe social, raça/etnia, religião, idade e grau de escolaridade. No Brasil, a prevalência de traumatismos maxilofaciais causados por violência em mulheres foi compreendida entre 26,3% e 63,2%. A elevada prevalência dessa forma de trauma tem origem no fato de que a face é uma parte do corpo extremamente exposta e desprotegida. Essas lesões podem resultar em problemas estéticos complexos, perda de função e elevados custos com o tratamento. (ADEODATO, et al., 2005; ONG, DUDLEY, 1997; CHAVES, et al., 2018; HEISE, 1994; MAKENZIE, 2000).

Além disso, o trauma facial requer muitas vezes, uma abordagem multidisciplinar devido aos efeitos sobre tecidos moles e ossos, bem como possível envolvimento dos olhos, nervos e cérebro (O`MEARA, 2012). Os Danos ao rosto feminino pelo parceiro é o pressuposto cultural da face, locus corporal privilegiado e de alto valor simbólico. A alta prevalência de lesões na face, cabeça e pescoço de mulheres vítimas de violência intencional foi referida em estudos nacionais e internacionais (SADDKI, et al., 2010).

O CD é um dos profissionais da área da saúde que tem maiores chances de deparar-se com pacientes vítimas de violência doméstica. Isso ocorre devido a

prevalência dos traumas decorrentes da violência física acometerem a região maxilofacial (ALVES, 2015) Dessa forma, o CD deve ter conhecimento a respeito das normas e condutas a serem seguidas (SALIBA, et al., 2007). De acordo com artigo 5 do Código de Ética Odontológico constitui entre os deveres fundamentais dos profissionais e entidades de Odontologia “zelar pela saúde e pela dignidade do paciente”. Dessa forma, é necessário que haja conscientização por parte do CD acerca do seu papel em prol da saúde e do bem comum, uma vez que a notificação dos casos, além de dimensioná-los, serve como subsídio para implantação e implementação de políticas públicas, a fim de retificar o problema (SILVA et al, 2010). O objetivo do seguinte trabalho foi avaliar o cenário de violência à mulher nos últimos 20 anos, bem como as políticas de enfrentamento e a atuação do cirurgião-dentista nesse meio.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL

O presente trabalho tem como objetivo avaliar o cenário de violência contra as mulheres, que é considerado um problema de saúde pública.

2.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Avaliar o cenário dos últimos 20 anos de violência contra as mulheres
- Discutir as políticas públicas de enfrentamento diante da violência contra as mulheres
- Avaliar a atuação do cirurgião-dentista diante dessa problemática

3. DELINEAMENTO METODOLÓGICO

Trata-se de uma pesquisa descritiva, do tipo de revisão narrativa da literatura com o objetivo de guiar o levantamento e discussão das pesquisas acerca da seguinte pergunta norteadora: Qual o papel do cirurgião-dentista diante da violência contra mulher?

As buscas foram realizadas nas seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD) entre os períodos de agosto a novembro de 2021. Foram encontrados 26 artigos e 19 foram utilizadas além de leis referentes a temática para concepção desse trabalho. Para a busca foram utilizados os seguintes descritores: Violência contra mulher, Odontologia, Ferimentos e lesões, Lei Maria da Penha.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO:

Os critérios de inclusão estabelecidos na escolha dos artigos foram: textos completos publicados em língua portuguesa e inglesa nos últimos 20 anos que falassem acerca de violência contra a mulher, políticas públicas de enfrentamento a violência e o papel do cirurgião-dentista diante desse problema. Além disso, textos em português e inglês foram incluídos na revisão. Foram excluídos artigos que não estivessem disponíveis gratuitamente na íntegra.

4. REVISÃO DE LITERATURA

4.1 HISTÓRIA DA VIOLÊNCIA E CARACTERIZAÇÃO DAS VÍTIMAS

A violência de gênero contra a mulher tem sido reconhecida como problema de saúde pública, violação dos direitos humanos e, em muitos países, a exemplo do Brasil, como crime. Quanto ao locus de ocorrência, há uma convergência dos estudos nesta temática em apontar o domicílio como o ambiente onde mais acontecem as agressões e, como autor mais frequente, alguém que mantém ou manteve um relacionamento afetivo com a vítima, seja como marido, companheiro ou namorado (GARCIA-MORENO et al., 2006; HEISE; GARCIA-MORENO, 2002).

O problema da violência doméstica contra mulheres infelizmente é um retrato de uma cultura enraizada desde os tempos antigos, um dos fatores por ser banalizada e ignorada pela sociedade por anos. Haja vista que pode ser interpretada como real exposição da força física, do poder masculino e de toda a história de desigualdades socioculturais entre homens e mulheres, ressaltando que a estereopatização desses papéis, intensifica a violência (OLIVEIRA et al., 2015). Através das lutas e conquistas de seus direitos, houve uma quebra nos papéis 'históricos' do qual a mulher só servia para cuidar do lar, ser mãe e cuidar do marido. A violência surgiu como forma de repressão para que a mulher volte a ocupar o "seu lugar" (LEITE et al., 2015). Alguns trabalhos sugerem uma visão da mulher como ser passivo indefeso e vitimado por um macho opressor que, por sua vez, é legitimado por uma ideologia dominante na sociedade (FEIGUIN; BORDINI, 1987).

As vítimas de violência são usuárias constantes dos serviços de saúde, às vezes com queixas vagas e crônicas, sem relatar a agressão sofrida, consideradas até como poliqueixosas e hipocondríacas. Ainda assim, as consequências da violência repercutem nos serviços de saúde, através dos custos gerados pelos atendimentos e na complexidade de alguns tratamentos (TORVANOI et al., 2011). Pois na maioria dos casos, as vítimas necessitam de tratamento e acompanhamento multidisciplinar, onde além da odontologia, psicologia e terapia médica, há assistência social e tutela do Estado para resguardar seus direitos (GARBIN et al., 2006).

4.2 AVANÇOS NA LEGISLAÇÃO BRASILEIRA

Em 1994 foi criada a Lei 8.930/1994, que estabeleceu o estupro e o atentado violento ao pudor como crimes hediondos, ou seja, crimes considerados de extrema gravidade, sendo inafiançáveis e sem a possibilidade de anistia, ou indulto (BRASIL, 1994). Já em 1996 a Lei 9.318/1996, que agravou a pena de crimes cometidos contra mulheres grávidas, crianças, idosos ou enfermos. Apesar desses avanços, ainda não havia uma proteção específica para mulheres de violência doméstica e familiar (BRASIL, 1996).

É importante citar o caso de Maria da Penha Maia Fernandes, farmacêutica bioquímica que em 1983 ficou paraplégica após ser alvejada por 2 tiros então marido. Após anos de luta para que o agressor pagasse seu crime, Maria da Penha foi extremamente relevante por reivindicar mudanças na legislação brasileira. Diante da dimensão do problema da violência doméstica, tanto em termos do alto número de mulheres atingidas quanto das consequências psíquicas, sociais e econômicas, e em resposta às recomendações ao Estado brasileiro do Comitê para Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres (CEDAW/ONU) e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, em 2006 o Brasil passou a contar com uma lei específica para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher Lei nº 11.340, de 07 de agosto de 2006 ou Lei Maria da Penha (BRASIL, 2006).

4.3 LESÕES MAIS COMUNS NO COMPLEXO BUCOMAXILOFACIAL

De acordo com algumas pesquisas na área da traumatologia buco-maxilofacial, a alta prevalência de lesões faciais traumáticas em homens e mulheres atendidos em serviços de saúde se deve, principalmente, à grande exposição e pouca proteção oferecida à região da cabeça e, mais especificamente, ao rosto (CARVALHO et al., 2010; MACEDO et al., 2008). As lesões mais frequentes são contusões, lacerações dos lábios e da língua, mucosa bucal, palato (duro e mole), gengiva alveolar e freios labial e lingual; desvio de abertura bucal; presença de escaras e machucados nos cantos da boca, além de queimaduras nessa região (ALVES, 2014). Além disso, pode ocorrer também disfunção temporomandibular e dor orofacial, além de prejuízos nas funções fisiológicas do sistema estomatognático, tais como: deglutição, fala, mastigação e estética (CARVALHO, 2013).

Já em relação à lesão corporal de natureza grave, temos fraturas maxilomandibulares que resultem em incapacidade para ocupações habituais (comer, falar, etc.) por mais de 30 dias; avulsão dentária; perdas dentárias decorrentes de fratura radicular ou coronoradicular; perigo de vida; ou qualquer outra situação que cause debilitação permanente das funções mastigatórias e/ou fonéticas, e nos casos de deformidade permanente, nos quais, lesões nos tecidos moles da face que comprometam a estética, presença de cicatrizes ou paralisia dos músculos da expressão facial (GARBIN et al., 2006).

Em relação à odontologia, a violência física é o tipo mais frequente a ser diagnosticado. As áreas de cabeça e pescoço, conforme mostra a Figura 1, são as mais acometidas. A preferência dessas regiões se dá ao caráter simbólico de humilhação e vergonha, nesse caso o agressor realmente quer que as lesões apareçam, uma forma de intimidar e eliminar a estima da vítima (GARBIN et al., 2006). Dessa forma é papel do CD analisar a etiologia da lesão e realizar os procedimentos necessários parente a lei (CARVALHO, 2013).

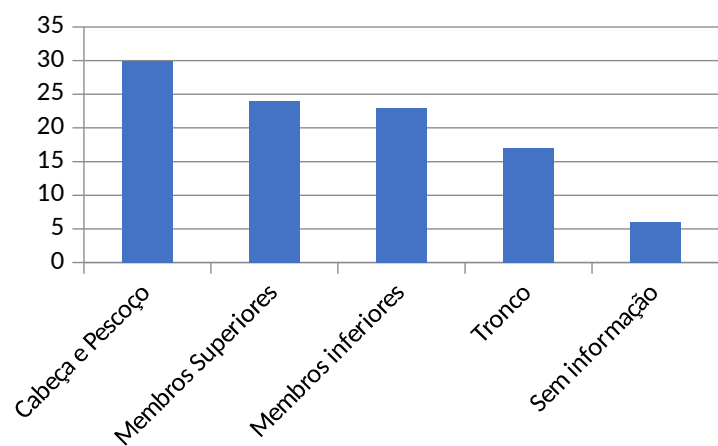


Figura 1: Percentual do total de lesões analisadas nos laudos médico-legais de acordo com as regiões do corpo lesionadas. Fonte: Readaptação de Garbin et al. (2006).

4.4. ATUAÇÃO DO CIRURGIÃO-DENTISTA

O CD pode encontrar-se profissionalmente envolvido em uma situação de violência contra a mulher basicamente de duas maneiras: como o profissional que identifica os sinais de violência ou como aquele que trata as lesões decorrentes das agressões sofridas pela vítima. Conforme Capítulo I, Art.3 do Código de Ética da Odontologia (CFO 118/2012), a odontologia é tida como serviço público, sendo assim é responsável pela saúde e bem estar social de todos indivíduos, portanto é de extrema importância que o profissional que atue na área saiba como diagnosticar, abordar, e reconhecer essas vítimas, tendo também papel ético e moral em casos de notificação compulsória das mesmas (CFO, 2012).

Exames complementares podem e devem ser solicitados, para o registro documental. O Cirurgião-Dentista deve realizar o registro detalhado das lesões, em tecidos moles e duros, identificando: a natureza das lesões, coloração, extensão; se há envolvimento de dentes, se sim, quais elementos, quantidade e quais faces dentárias foram afetadas; o tempo que foi produzido. Esses dados todos deverão ser registrados no prontuário do paciente. Que, aliás, tem direito ao acesso de dados contidos em seu prontuário; as autoridades também podem requisitar dados relacionados ao atendimento, caso seja instaurado um procedimento policial, ajudando no processo, proporcionando ao perito estabelecer conexões entre a violência sofrida e as lesões identificados e/ou tratadas pelo dentista (SILVA et al., 2010).

Em casos onde há lesões graves com risco de vida; queimaduras de graus elevados; hemorragias em boca e na face; lacerações grandes; traumatismos cranianos ou fraturas que necessitam de cirurgia; lesões de Articulação Temporomandibular (ATM); traumas faciais; deve-se chamar a polícia. É importante que o CD saiba também como referenciar essa vítima/paciente, ou seja, orientar onde ela pode buscar a Rede de Apoio à mulher; se necessário, encaminhar para atendimento jurídico e social; informar e orientar a vítima para que registre um boletim de ocorrência na delegacia mais próxima (PARANÁ, 2012).

De acordo Silva et al. (2010), quando há suspeita através de lesões ou confirmação de que a paciente é uma vítima de violência doméstica, a notificação

deve ser realizada, de forma sigilosa, utilizando o Código Internacional de Doenças (CID-10), em ficha padrão produzida pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação, conforme mostra a Figura 3.

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE NOTIFICAÇÃO

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

Sinan NET Cod. 406023

SVS 17/07/2006

Figura 3: Ficha destinada a notificação compulsória. Fonte: Silva et al. (2010).

Após o preenchimento com todos os dados solicitados, a ficha deve ser encaminhada ao serviço de referência sentinela ou ao órgão de Vigilância Sanitária do município, conforme estabelecido no Decreto n.º 5.099/04, que regulamenta a Lei nº 10.778. Importante ressaltar que os registros documentais das lesões e dos atendimentos efetuados são previstos na Lei Maria da Penha, o uso dos laudos e prontuários como provas (SILVA et al., 2010).

4.5 DIFICULDADES DE NOTIFICAÇÃO E SUBNOTIFICAÇÃO NO SERVIÇO DE SAÚDE

Em 24 de novembro de 2003, foi promulgada a Lei n.º 10.778, a qual estabelece a obrigatoriedade da Notificação Compulsória, em casos suspeitos ou confirmados de violência de qualquer tipo contra a mulher, atendidos em serviços de saúde públicos ou privados, em território nacional. Através dos casos notificados, esse tipo de violência ganha visibilidade, permitindo o dimensionamento epidemiológico do problema e a criação de políticas públicas efetivas para a prevenção. O artigo 66 da Lei n.º 3.688/41, enuncia que a omissão do profissional de saúde que não comunicar o crime do qual tenha tomado conhecimento por meio do seu trabalho, considerado contravenção penal, podendo acarretar em pena pecuniária (SALIBA et al., 2007).

Nos casos de violência doméstica contra mulher, as vítimas sofrem preconceito pelos profissionais quando buscam ajuda, até mesmo dos profissionais da área da saúde, pois ainda se acredita que a vítima é a culpada pelas agressões, sendo um dos fatores pelas quais não revelam a real etiologia das lesões. Dessa forma, é de extrema importância o acolhimento humanizado e diferenciado, respeitando sempre o trauma sofrido pela vítima. Ou seja, o acolhimento tem que ser mais que apenas uma prestação de serviço, pois ele é o vínculo entre a paciente/vítima e o serviço de saúde (LOPES, 2016).

De acordo com Torvani et al. (2011), um dos principais entraves é o conhecimento dos profissionais sobre a Notificação Compulsória e até mesmo sobre a violência doméstica. Como pode ser observado na Figura 2. Ainda segundo a pesquisa feita pelos autores, entre 180 Cirurgiões-Dentistas, 47% não recebeu orientação a respeito na graduação, como constatado na Figura 2. Em consequência, na mesma pesquisa aponta que 64% desses profissionais não se consideravam aptos a diagnosticar casos de violência contra mulher (TORVANI et al., 2011).

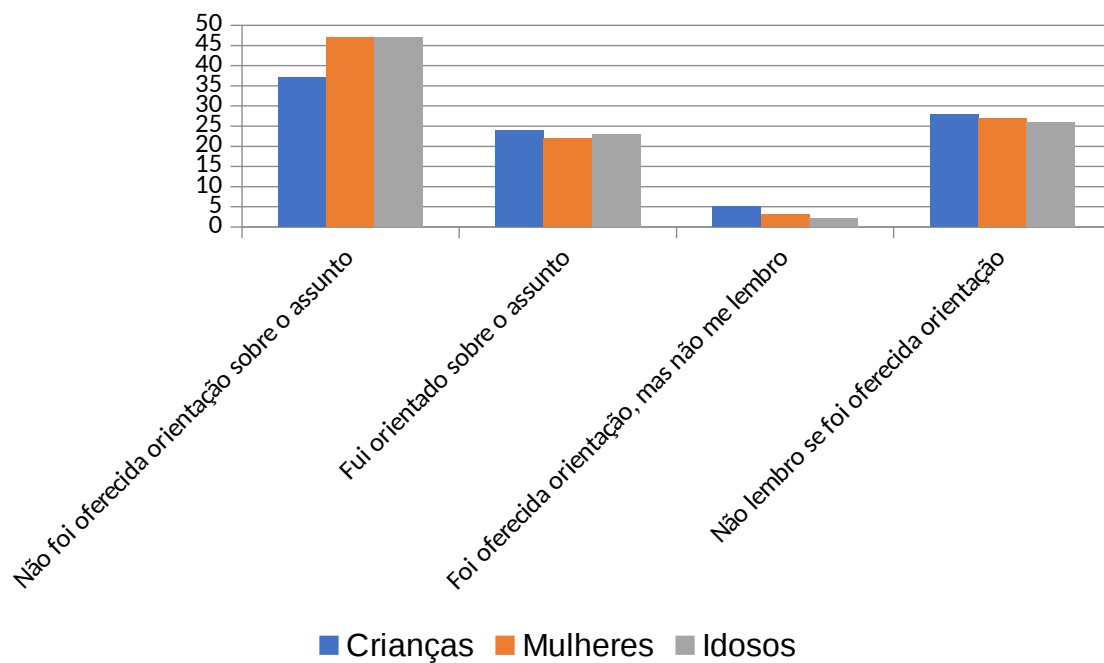


Figura 2: Instruções sobre violência doméstica recebidas na graduação. Fonte: Readaptação de Torvani et al. (2011).

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

As agressões à face podem ser, segundo Halpern (2010), uma das formas encontradas pelo parceiro agressor de reforçar o domínio e o controle sobre a mulher. As ocorrências causadas pela predominante cultura patriarcal, que julgava a mulher como inferior ao homem, demandaram lutas pelos direitos das mulheres durante muitos anos, buscando autonomia de sua condição de cidadãs, além de igualdade civil e acesso à educação (ROLIM, 2003). Foi diante do crescimento dos números de violação ao direito de liberdade e com muita luta que em 2006, entrou em vigor a LMP e é apresentada como referência, uma vez que se constitui numa das mais abrangentes normas relacionadas ao tema da violência contra a mulher, acionando em seu conteúdo não somente mecanismos de medida repressiva aos homens autores de violência, mas medidas preventivas e protetivas em favor das mulheres, obrigando o Estado a adotar políticas públicas de cunho transversal, intersetorial e interseccional, com o apoio dos diferentes entes da federação (BARSTED, 2011; PASINATO, 2015).

Nos anos 2000, na região do Nordeste brasileiro foi observado intenso processo de disseminação com ampliação do crime organizado e do tráfico de drogas em seu território, aumentando a violência estrutural e, conseqüentemente, a violência de gênero (CERQUEIRA, 2017). Nesse cenário, essa região se destaca pelo elevado crescimento de suas taxas de homicídio de mulheres, em um decênio houve um crescimento de 79,3%, de acordo com o Mapa da Violência de 2015. Acredita-se que grandes partes destes óbitos foram decorrentes de violência doméstica e familiar contra a mulher, uma vez que aproximadamente um terço deles teve o domicílio como local de ocorrência (BRASIL, 2013).

Esse fenômeno pode estar correlacionado à tendência ascendente de mortalidade e aumento do risco de morte por homicídios em mulheres (SOUZA et al, 2017). Pernambuco, é uma das 27 unidades federativas do país e o segundo estado mais populoso do Nordeste Brasileiro, apresentou uma taxa média de homicídios por 100.000 habitantes de 50,40 durante o período compreendido entre 2000 e 2011, segundo os dados do Sistema de Informação de Mortalidade do Ministério da Saúde (DATASUS 2013). Segundo o site Exame em 2021 o Estado de Pernambuco é o 6º estado mais violento do Brasil com taxas de homicídios de 47,6 a cada 100 mil pessoas (EXAME, 2021). As taxas das mulheres e meninas negras vítimas de homicídios cresce de 22,9% em 2003 para 66,7% em 2013. Houve, nessa

década, um aumento de 190,9% na vitimização de negras, índice que resulta da relação entre as taxas de mortalidade brancas e negras, expresso em percentual. No mesmo período, a quantidade anual de homicídios de mulheres brancas caiu 9,8%, saindo de 1.747 em 2003 para 1.576 em 2013. No Brasil, 55,3% desses crimes foram cometidos no ambiente doméstico e 33,2% dos homicidas eram parceiros ou ex-parceiros das vítimas, com base em dados de 2013 do Ministério da Saúde. O país tem uma taxa de 4,8 homicídios por cada 100 mil mulheres, a quinta maior do mundo, conforme dados da OMS que avaliaram um grupo de 83 países. (ONU, 2015).

Com o crescimento dos números de violência foi criado o Pacto Pela Vida que é um programa do governo do estado de Pernambuco que tem como finalidade reduzir a criminalidade e controlar a violência. A implementação do PPV, foi responsável, desde 2007, pela diminuição de quase 40% dos homicídios no estado entre janeiro de 2007 e junho de 2013 (PERNAMBUCO, 2007). Em estudo evidenciado por Silveira e seus colaboradores em 2013, perceberam que em 2000 a região Sudeste puxava as taxas brasileiras para cima, com uma taxa de homicídios de 36,52 por 100.000 habitantes, quando a taxa brasileira era de 26,71 por 100.000. O Nordeste, em 1996, apresentava uma taxa inferior à nacional, com 19,36 por 100.000 habitantes. Indo mais além, os dados da Secretaria de Defesa Social de Pernambuco (INFOL/SDS) apontam para uma redução de 39% da taxa de crimes violentos intencionais em Pernambuco e 60% na cidade do Recife entre janeiro de 2007 e dezembro de 2013 (SDS, 2014).

Diante dos dados apresentados, há uma convergência nos estudos que apontam para a redução das taxas de violência, sobretudo, no estado de PE. De acordo com a FOLHAdePERNAMBUCO (2021) A deputada estadual Gleide Ângelo apresentou novo projeto de lei para instituição do Dossiê Mulher Pernambuco (DPP), que pretende sistematizar e compartilhar informações sobre as mulheres e meninas vítimas de violência doméstica e familiar em todo Estado de Pernambuco.

Segundo um estudo com 211 mulheres vítimas de violência doméstica acerca de suas características físicas e emocionais, foi encontrado: a faixa etária de maior prevalência foi a adulta (78,68%), essas vítimas encontravam-se em sua maioria casadas (45,04%), eram da cor morena/parda (46,44%), (33,17%) tinham o ensino

médio completo e (56,87%) não trabalhavam, ou seja, eram donas de casa (VALE *et al.*, 2010). Em outro estudo, Garbin e seus colaboradores (2006), verificaram 90 lesões em vítimas do sexo feminino, dentre essas a maior prevalência foi na região de cabeça e pescoço, cerca de 30%, segundo ele essa região é escolhida com o intuito de gerar vergonha, submissão a vítima, fazendo com que o agressor se sinta poderoso e com capacidade de tirar autoestima da mulher. Outro consenso de muitas produções tem sido o de evidenciar os efeitos deletérios da violência à saúde das mulheres vitimadas, seja esta violência física ou psicológica. Nos casos de violência física, a maior parte dos estudos se reporta à cabeça, notadamente, ao rosto feminino como parte do corpo mais atingida (SADDKI; SUHAIMI; DAUD, 2011; SCHRAIBER *et al.*, 2002; LE *et al.*, 2001).

Diante desse escopo e a alta prevalência de lesões de cabeça e face demonstra a grande importância da atuação do CD no atendimento às vítimas de violência (FIGUEIREDO *et al.*, 2012). Em pesquisa realizada por Carvalho, Galo e Silva em 2013 foram submetidos 80 CD's, 40 da rede pública e 40 da rede privada sobre a identificação e procedimentos frente à violência doméstica contra crianças, mulheres e idosos. O estudo apontou uma menor identificação aos idosos na rede pública 5%, na rede privada 0,05%. A verificação representou maior número na violência doméstica contra mulheres, chegando a 36% na rede pública e 27% na rede privada. Contudo, os profissionais da saúde temem notificar situações suspeitas de maus-tratos por medo de perder os pacientes, falta de confiança no serviço de proteção, medo de lidar com os pais quando crianças estão envolvidas, incerteza do diagnóstico e desconhecimento da verdadeira responsabilidade em notificar (GARBIN *et al.*, 2006). Alguns profissionais acreditam, ainda, que o sistema judiciário nada fará em relação ao caso e, portanto, a comunicação às autoridades competentes não traria nenhum resultado positivo (CAVALCANTI; VALENÇA, DUARTE, 2000). Em serviços de saúde, é preciso que profissionais, tanto os dedicados à atenção primária, como em setores de emergência e atenção secundária, estejam preparados para observação da violência nos sinais deixados pelas lesões e traumas sendo capacitados ao enfrentamento do problema, respaldados na compreensão das relações sociais conflituosas (MINAYO, 2003; LEAL, 2005).

No campo preventivo, a Política Nacional prevê o desenvolvimento de ações educativas e culturais que interfiram nos padrões sexistas; no âmbito do enfrentamento e combate, ações punitivas e cumprimento da LMP; no acesso e garantia de direitos, o cumprimento da legislação nacional/ internacional e iniciativas para o empoderamento das mulheres; e na assistência, o fortalecimento da Rede de Atendimento e capacitação de agentes públicos (BRASIL, 2011). Dos benefícios trazidos pela LMP, o principal avanço foi à criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher, com competência cível e criminal, além das medidas protetivas de urgência, que buscam assegurar a manutenção da integridade física, moral, sexual, psicológica e patrimonial da mulher vítima de violência doméstica e familiar, garantindo-lhe dessa forma a proteção jurisdicional (BRASIL, 2006). A equipe diversificada, montada pelos juizados especiais criados com a LMP, conta com atendimentos de profissionais além da área jurídica, como os da área da saúde (ESSY, 2017).

Em casos de injúrias doméstica contra mulher, as vítimas sofrem preconceito pelos profissionais quando buscam ajuda, até mesmo dos profissionais da área da saúde, pois ainda se acredita que a vítima é a culpada pelas agressões, sendo um dos fatores pelas quais não revelam a real etiologia das lesões. Dessa forma, é de extrema importância o acolhimento humanizado e diferenciado, respeitando sempre o trauma sofrido pela vítima. Ou seja, o acolhimento tem que ser mais que apenas uma prestação de serviço, pois ele é o vínculo entre a paciente/vítima e o serviço de saúde (LOPES, 2016). A importância para que os profissionais da área da saúde tenham conhecimento a respeito desse assunto, visto que, mulheres em situações de violência, tendem a utilizar os serviços de saúde com maior frequência, uma boa parte de pacientes pode sofrer ou já terem sofrido algum tipo de violência. Uma vez que, a lesão corporal procedente de violência conjugal é a maior causa de lesão corporal nos serviços de emergência, justapondo-se aos acidentes automobilísticos (PEDROSA et al., 2011).

Um dos primeiros questionamentos dos profissionais quando se deparam com um caso de violência doméstica é o do por que a vítima não conta o que está acontecendo. Há explicações diversas, como por exemplo, a vítima se sente envergonhada, humilhada, culpada, com medo ou receio pela sua segurança própria ou da sua família, já teve alguma experiência negativa ou quer protege-lo por razões de dependência afetiva ou financeira, há casos também em que o agressor a

acompanha e não deixa a sós com os profissionais da saúde (COLOMBO, 2012). Diante desse prisma, é de extrema importância que o CD e sua equipe tenham bom senso e acolha essa mulher vitimada de forma humanizada, ouvindo suas queixas e entendendo o contexto social na qual está inserida. Conforme Capítulo I, Art.3 do Código de Ética da Odontologia (CFO 118/2012), a odontologia é tida como serviço público, sendo assim é responsável pela saúde e bem estar social de todos os indivíduos, portanto é de extrema importância que o profissional que atue na área saiba como diagnosticar, abordar, e reconhecer essas vítimas, tendo também papel ético e moral em casos de notificação compulsória das mesmas.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A violência contra mulher é um fenômeno que atinge todas as esferas da sociedade, e ficou evidenciado que as agressões deferidas contra as mulheres são na região de cabeça e pescoço. As leis, as políticas públicas e programas de enfrentamento a violência, mostraram-se eficientes no combate e diminuição na taxa de violência contra as mulheres durante os últimos 15 anos, entretanto a atuação do cirurgião-dentista ficou aquém do esperado, seja pelo despreparo evidenciado ou por não acreditar no sistema judiciário ou medo de perder o cliente. Portanto, é necessário que esse tema seja mais abordado e estudado durante a formação dos profissionais para que saibam como diagnosticar, notificar e tratar de forma humanizada, diminuindo o impacto no que diz respeito a esse problema de saúde pública.

7. REFERÊNCIAS

ADEODATO, V. G.; CARVALHO, R. R.; VERÔNICA RIQUET DE SIQUEIRA, V. R.; SOUZA, F. G. M. Quality of life and depression in women abused by their partners. **Rev. Saúde Pública**, v. 39, n. 1, p.108-13, 2005.

ALVES, T.M. A importância do Cirurgião Dentista do serviço público e privado na identificação e no processo de notificação de violência. 2014. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2014.

A ODONTOLOGIA E A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER. Repocursos, 2014. Disponível em: <http://repocursos.unasus.ufma.br/odontologia_20142/modulo_5/und3/7.html>. Acesso em: 02 de outubro 2021.

BARSTED, L. O progresso das mulheres no enfrentamento da violência. In: BARSTEDM Leila; PITANGUY, Jacqueline. (Org.) **O Progresso das Mulheres no Brasil 2003–2010**. Rio de Janeiro: CEPIA; Brasília: ONU Mulheres, 2011, pp. 346-381. Disponível em <http://onumulheres.org.br/wp-content/themes/vibecom_onu/pdfs/progresso.pdf> Acesso em: 28 de setembro 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/decreto-lei/del3688.htm>. Acesso em: 14 de outubro 2021.

BRASIL. Lei nº. 8069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm>. Acesso em 14 de outubro 2021.

BRASIL. Lei n.º 8.930, de 6 de setembro de 1994. Que dispõe sobre crimes hediondos. Brasília; 1994.

BRASIL. Lei n.º 9.318, de 5 de dezembro de 1996. Altera a alínea h do inciso II do Art. 61 do Código Penal. Brasília; 1996.

BRASIL. Lei nº. 10741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm>. Acesso em: 14 de outubro 2021.

BRASIL. Lei nº. 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11340.htm>. Acesso em: 14 de outubro 2021.

BRASIL. Lei nº. 13931, de 10 de dezembro de 2019. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/L13931.htm>. Acesso em: 14 outubro 2021.

BRETAS, V. Os estados mais violentos do Brasil. **Exame**, 2021. Disponível em: <<https://exame.com/brasil/os-estados-mais-violentos-do-brasil-3/>>. Acesso em: 10 novembro 2021

BRITO, C. Gleide Ângelo leva projetos de enfrentamento à violência contra mulher ao Congresso Nacional. **FOLHA de PERNAMBUCO**, Recife, 24/09/2021. Disponível em <<https://www.folhape.com.br/colunistas/blogdafolha/gleide-angelo-leva-projetos-de-enfrentamento-a-violencia-contra-mulher-ao-congresso-nacional/27147/>>. Acesso em: 18 de outubro 2021

CARVALHO, L. M. F.; GALO, R.; SILVA, R. H. A. O cirurgião-dentista frente à violência doméstica: conhecimento dos profissionais em âmbito público e privado. **Rev. Faculdade de Medicina Ribeirão Preto**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 297-304, set. 2013.

Cavalcanti AL, Valença AMG, Duarte RC. O odontopediatra diante de maus tratos infantis: diagnóstico e conduta. **J Bras Odontopediatr Odontol Bebê.** ; v. 3, p:451-5. 2000.

CERQUEIRA, D. Atlas da violência 2017. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada/Fórum Brasileiro de Segurança Pública; 2017.

COLOMBO. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de atendimento à mulher em situação de violência: programa mulher cidadã**. Colombo: SMS, 2012.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. Resolução CFO nº 118 de 11 de maio de 2012. Dispõe sobre o Código de Ética dos profissionais da Odontologia. Disponível em: <<http://website.cfo.org.br/codigos/>>. Acesso em 16 de outubro 2020.

ESSY, D. B. A evolução histórica da violência contra a mulher no cenário brasileiro: do patriarcado à busca pela efetivação dos direitos humanos femininos. Brasília: Conteúdo Jurídico, 2017.

FEIGUIN, D.; BORDINI, E. B. T. Reflexões sobre a violência contra a mulher. **Rev. da Fundação SEADE**, v. 1, n. 2, 1987.

GARBIN, C. A. S.; GARBIN, A. J. I.; DOSSI, A. P.; DOSSI, M. O. Violência doméstica: análise das lesões em mulheres. **Cad Saúde Pública**, v. 22, n.12, p.2567-73, 2006.

GARBIN, C. A. S. et al. Percepção e conduta dos acadêmicos de odontologia frente à violência intrafamiliar. **Arch Health Invest**. Disponível em: <<http://archhealthinvestigation.com.br/ArchI/article/view/2079>>. Acesso em: 04 de outubro 2021.

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO. **Secretaria de Planejamento e Gestão de Pernambuco**. Disponível em: <<https://www.seplag.pe.gov.br/pactos/43-pactos/41-pacto-pela-vida>> Acesso em: 07 de novembro 2021.

HALPERN, L. R. Orofacial injuries as markers for intimate partner violence. *Oral maxillofacial Surg Clin*, n. 22, p. 239-246, 2010.

HEISE, L. Gender-based Abuse: The Global Epidemic. **Cad. Saúde Pública**; Rio de Janeiro, v. 10, n. p. 135-145, 1994.

HOMICÍDIO CONTRA NEGRAS AUMENTA 54% EM 10 ANOS, APONTA MAPA DA VIOLÊNCIA 2015. **ONU Mulheres Brasil**, 2015. Disponível em: <<https://www.onumulheres.org.br/noticias/homicidio-contra-negras-aumenta-54-em-10-anos-aponta-mapa-da-violencia-2015/>> Acesso em: 30 de novembro 2021.

LEAL S. M. C.; LOPES M. J. M. A violência como objeto da assistência em um hospital de trauma: o “olhar” da enfermagem. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 10, p. 419-31, 2005.

LEITE, R. M.; NORONHA, R. M. L.. A violência contra a mulher: herança histórica e reflexa das influências culturais e religiosas. **Revista Direito & Dialogicidade**, Crato, v. 6, n. 1, p. 1-15, 2015

LOPES, J. S. Humanização do Acolhimento à Mulher Vítima de Violência Doméstica: Revisão Sistemática a Partir da Promulgação da Lei Maria da Penha. **Rev. Gênero & Direito**, v. 5, n. 1, p. 282-302, 2016.

MAKENZIE E. J. Epidemiology of injuries: current trends and future challenges. **Epidemiol Ver**, v. 22, p. 112-9, 2000.

MINAYO M. C. S. Violência contra idosos: relevância para um velho problema. **Cad Saude Publica**, v. 19, p. 783-91, 2003.

OLIVEIRA, P. P.; VIEGAS, S. M. F.; SANTOS, W. J.; SILVEIRA, A. A.; ELIAS, S. C. Mulheres vítimas de violência doméstica: uma abordagem fenomenológica. **Texto & Contexto – Enfermagem**, v. 24, n. 1, p. 196-203, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072015002900013>

ONG, T. K.; DUDLEY, M. Craniofacial trauma presenting at an adult accident and emergency department with an emphasis on soft tissue injuries. **Injury**, v. 30, n. 5, p.357-63, 1997.

O'MEARA, C.; WITHERSPOON, R.; HAPANGAMA, N.; HYAM, D. M.; Alcohol and interpersonal violence may increase the severity of facial fracture. **Br J Oral Maxillofac Surg**, v. 50, p. 36-40, 2012.

PARANÁ. Secretaria da Saúde. **Atenção à mulher em situação de violência**: Linha Guia. Curitiba, 2012.

PASINATO, W. Oito anos de Lei Maria da Penha. Entre avanços, obstáculos e desafios. **Estudos Feministas**, Florianópolis, maio-agosto/2015, pp. 533-545. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/ref/v23n2/0104-026X-ref-23-02-00533.pdf>> Acesso em > 29 de setembro 2021.

PEDROSA, C. M.; SPINK, M. J. P. A violência contra mulher no cotidiano dos serviços de saúde: desafios para a formação médica. **Saúde soc.** São Paulo, v. 20, n. 1, p. 124-135, 2011. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000100015>

Pernambuco 2010 Pacto pela Vida: Plano Estadual de Segurança Pública, 2007. Disponível em: <<http://www.pactopelavida.pe.gov.br/material-institucional/>> Último acesso: 4 de novembro 2021.

ROLIM, L. A. Instituições do Direito Romano. **Rev. dos Tribunais**, São Paulo, 2ed. 2003.

SADDKI, N.; SUHAIMI, A. A.; DAUD, R. Maxillofacial injuries associated with intimate partner violence in women. **BMC Public Health**. V. 10, n. 268, 2010.

SALIBA, O.; GARBIN, C. A. S.; GARBIN, A. J. I.; DOSSI, A. P. Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 472-477, 2007. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102007000300021>

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

SILVA, R. F.; PRADO, M.M.; GARCIA, R.R.; JUNIOR, E.D.; DARUGE, E. Atuação profissional do cirurgião-dentista diante da Lei Maria da Penha. **RSBO**, v. 7, n. 1, p. 110-116, 2010.

SILVA R. F.; PRADO M. M.; GARCIA R. R.; JÚNIOR E. D, DARUGE E. Atuação profissional do cirurgião-dentista Lei Maria da Penha. **Rev Sul-Bras Odontol.**; v. 7 n. 1 p. 110-116, 2010.

SILVEIRA, R.; RATTON, J L.; MENEZES, T.; MONTEIRO, C. Avaliação de política pública para redução da criminalidade violenta: **O caso do programa Pacto pela Vida do Estado de Pernambuco**. 2013

SOUZA, A. P.; RODRIGUES, B. Entenda o que é violência doméstica. Eca. Disponível em: <<http://www2.eca.usp.br/njsaoremo/?p=2776>>. Acesso em: 04 de outubro 2020.

SOUZA, E. R.; MEIRA, K. C.; RIBEIRO, A. P.; SANTOS, J. D.; GUIMARAES, R. M.; BORGES, L. F., et al. Homicides among women in the different Brazilian regions in the last 35 years: an analysis of age-period-birth cohort effects. **Ciênc Saúde Colet**, v. 22 p. 2949-62, 2017.

TORNAVOI, D. C.; GALO, R.; SILVA, R. H. A. Conhecimento de profissionais de Odontologia sobre violência doméstica. **RSBO**, Ribeirão Preto, v. 1, n. 8, p. 54-59, 2011.

VALE, S. L. L.; MEDEIROS, C. M. R.; CAVALCANTI, C. O, JUNQUEIRA, C. C. S.; SOUSA, L. C. Repercussões psicoemocionais da violência doméstica: perfil de mulheres na atenção básica. **Rev. Rene**, 2013

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

Violência contra as mulheres. PAHO. **Organização Pan-Americana de Saúde** <Violência contra as mulheres - OPAS/OMS | Organização Pan-Americana da Saúde (paho.org)> Acesso em: 06 de Outubro de 2021.

VIRA LEI OBRIGAÇÃO DE NOTIFICAR CASOS DE VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER EM 24 HORAS. Senado, 2019. Disponível em: <<https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2019/12/11/vira-lei-obrigacao-de-notificar-casos-de-violencia-contra-a-mulher-em-24-horas>>. Acesso em: 02 de outubro 2020.