

ODONTOLOGIA CONTEMPORÂNEA:

PRÁTICAS, EXPERIÊNCIAS E SABERES



ORGANIZADOR: DAVI OLIVEIRA BIZERRIL

ODONTOLOGIA CONTEMPORÂNEA:

PRÁTICAS, EXPERIÊNCIAS E SABERES



ORGANIZADOR: DAVI OLIVEIRA BIZERRIL

Odontologia contemporânea: práticas, experiências e saberes

Volume 1

Organizador
Davi Oliveira Bizerril

**Odontologia contemporânea:
práticas, experiências e saberes**

Volume 1

Fortaleza



2022

2022 Davi Oliveira Bizerril



Ficha Catalográfica

O26 Odontologia contemporânea : práticas, experiências e saberes / organizador, Davi Oliveira Bizerril. – Fortaleza: IMAC, 2022.
1 v.

ISBN 978-65-84884-04-5

1. Odontologa. 2. Odontologia Legal. 3. Traumas. 4. Papilomavírus Humano. 5. Terapia a Laser. 6. Próteses. I. Bizerril, Davi Oliveira.

CDD: 617.6

Editora IMAC

E-mail: contato@editoraimac.com.br

Site: www.editoraimac.com.br

Direção Editorial

Greicy Coelho Arraes

Conselho Editorial

Prof.^a Dra. Cláudia Patrícia Mourão Lima Fontes

Prof.^a Dra. Ivana Cristina Vieira de Lima Maia

Prof.^a M.^a Daniele Vasconcelos Fernandes Vieira

Prof. M.e Francisco Regis da Silva

Prof.^a Dra. Greicy Coelho Arraes

Prof. Dr. Helder Levi Silva Lima

Prof.^a M.^a Isabelle Cerqueira Sousa

Prof.^a M.^a Juliana Barbosa de Faria

Prof.^a Dra. Julyana Gomes Freitas

Prof.^a M.^a Malena Gadelha Cavalcante

Prof.^a Dra. Niédila Nascimento Alves

Prof.^a M.^a Paula Pinheiro da Nóbrega

Prof.^a Dra. Samyla Citó Pedrosa

Prof.^a Dra. Vanessa da Frota Santos

Prof.^a Dra. Virna Luiza de Farias

Normalização Bibliográfica e Diagramação

Paula Pinheiro da Nóbrega (CRB-3/717)

Capa

Hugo Maia

Organização

Davi Oliveira Bizerril

Como citar esta obra:

BIZERRIL, Davi Oliveira (org.). **Odontologia contemporânea**: práticas, experiências e saberes. Fortaleza: IMAC, 2022. V. 1.

Davi Oliveira Bizerril

Organizador



Graduação em Odontologia, com aperfeiçoamento em Cirurgia e Traumatologia Bucal-Maxilo-Facial pela Associação Brasileira de Odontologia, seção Ceará. Mestrado em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza. Especialização em Saúde Coletiva e da Família pelo Conselho Federal de Odontologia. Doutorado em Odontologia pela Universidade Federal do Ceará, área de concentração Clínica Odontológica. Imersão em Harmonização Orofacial. Especializando em Odontologia Legal pela Universidade de São Paulo. Docente do Curso de Odontologia da Universidade de Fortaleza. Tem experiência nas áreas de Saúde Coletiva, com ênfase em Saúde Privada, atuando, principalmente, em Gestão de consultórios odontológicos e Planos de saúde, com ênfase em Saúde Pública, atuando nos seguintes temas: Epidemiologia; Políticas Públicas em Saúde Bucal; Estratégia Saúde da Família; Humanização no Cuidado; Saúde Bucal na Geriatria; Saúde do Trabalhador; Recursos Humanos em Odontologia; Religiosidade e Saúde; e Diversidade e Inclusão Social. Atua em pesquisas na área de Clínica Odontológica, com ênfase em Acolhimento e bem-estar; e Cuidados em saúde bucal nas especialidades odontológicas. Além disso, desenvolve atividades acadêmicas e pesquisas sobre Odontologia Legal.

Sumário

Apresentação

1 Avanços e retrocessos do flúor na Odontologia 10

Davi Oliveira Bizerril
Rafael Autran Cavalcante Araújo
Glaucia Valias Filgueiras
Nathalia Duarte Barros Rocha
Pedro Henrique Guerra Turra
Priscila Santiago Paiva de Araújo
Janine Vidotti

2 Traumas faciais e acidentes com idosos 23

Lays Renhe Bugança
Joice Antunes Faria
Andréa Neves Silva Giovannetti
Priscila Santiago Paiva de Araújo
Glaucia Valias Filgueiras
Davi Oliveira Bizerril –
Janine Vidotti

3 Correlação entre o vírus do papiloma humano e o carcinoma de células escamosas oral 46

Glaucia Valias Filgueiras
Nathalia Duarte Barros Rocha
Davi Oliveira Bizerril
Lays Renhe Bugança
Janine Vidotti
Joice Antunes Faria
Pedro Henrique Guerra Turra

**4 A relação entre a doença periodontal e o diabetes mellitus:
uma revisão da literatura 64**

Pedro Henrique Guerra Turra
Janine Vidotti
Glaucia Valias Filgueiras
Joice Antunes Faria
Andréa Neves Silva Giovanetti
Nathalia Duarte Barros Rocha
Priscila Santiago Paiva de Araújo

**5 Benefícios da terapia fotobiomoduladora em pacientes com
disfunção temporomandibular 81**

Nathalia Duarte Barros Rocha
Glaucia Valias Filgueiras
Davi Oliveira Bizerril
Lays Renhe Bugança
Janine Vidotti
Joice Antunes Faria
Pedro Henrique Guerra Turra

6 Queiloscopia: bases e aplicações na Odontologia Legal 92

Laríssia Honório Terceiro
Renata Barreto Nôleto Guimarães
Laís Honório Terceiro
Davi Oliveira Bizerril

**7 A importância da Odontologia relacionada à Lei Maria da
Penha 104**

Joice Antunes Faria
Daniel Pereira Parreiras de Bragança
Glaucia Valias Filgueiras
Davi Oliveira Bizerril
Lays Renhe Bugança
Pedro Henrique Guerra Turra
Andréa Neves Silva Giovannetti

8 O emprego da rugoscopia na identificação humana: revisão de literatura 126

José Evando da Silva Filho
Maria Hellen Martins Rocha
Mayra Albuquerque França
Luana Beatriz Ribeiro Lima
Davi Oliveira Bizerril

9 Orientações ao paciente, manutenção e preservação das próteses sobre implantes 137

Patrícia Alexandrino Nogueira Arraes
Rômulo Bonfim Chagas

10 Remoção de implantes de seios maxilares com uso de terapia adjuvante a laser: relato de caso 164

Andréa Neves Silva Giovannetti
Janine Vidotti
Lays Renhe Bugança
Davi Oliveira Bizerril

Apresentação

Ao lado da Medicina e do Direito, a Odontologia é considerada uma das profissões mais antigas e tradicionais, sendo considerada um “serviço essencial à saúde”. A Odontologia atua na prevenção, diagnóstico e tratamento de problemas do sistema estomatognático.

De Pierre Fauchard, o Pai da Odontologia, o qual consagrou a fase científica da Odontologia no século XVIII à atualidade, a Odontologia vem refletindo uma crescente evolução das ciências e tecnologias em saúde. As últimas décadas vêm sendo marcadas por inúmeras transformações, desde a compreensão da sociedade acerca da profissão, a formação profissional, inserção de tecnologias na prática profissional até mudanças referentes a leis e condutas que regem o dinâmico mercado de trabalho.

É nesse contexto que o e-book “Odontologia Contemporânea: Práticas, Experiências e Saberes” vem somar as publicações científicas na área, na qual, cada vez mais desvencilham-se de um modelo tecnicista para uma prática odontológica baseada em evidências e de alta qualificação profissional com fundamentação teórico-metodológica.

Este e-book é composto de 10 capítulos. As pesquisas relacionadas englobam as seguintes temáticas: Avanços e retrocessos do flúor na Odontologia (capítulo 1); Traumas faciais e acidentes com idosos (capítulo 2); Correlação entre o vírus do papiloma humano e o carcinoma de células escamosas oral (capítulo 3); A relação entre a doença periodontal e o diabetes mellitus: uma revisão da literatura (capítulo 4); Benefícios da terapia fotobiomoduladora em pacientes com disfunção temporomandibular (capítulo 5); Queiloscopia: bases e aplicações na Odontologia Legal (capítulo 6); A importância da Odontologia relacionada à Lei Maria da Penha (capítulo 7); O emprego da rugoscopia na identificação humana: revisão de literatura (capítulo 8); Orientações ao paciente, manutenção e preservação das próteses sobre implantes (capítulo 9) e Remoção de implantes de seios maxilares: relato de caso (capítulo 10).

Esperamos que esta publicização contribua para o compartilhamento de conhecimentos a serviço da sociedade e a universalização do conhecimento científico na área da Odontologia, enaltecendo a altíssima relevância da profissão para a saúde humana e da sociedade.

Greicy Coelho Arraes



7 A importância da Odontologia relacionada à Lei Maria da Penha

Joice Antunes Faria
Daniel Pereira Parreiras de Bragança
Glaucia Valias Filgueiras
Davi Oliveira Bizerril
Lays Renhe Bugança
Pedro Henrique Guerra Turra
Andréa Neves Silva Giovannetti

Resumo

A participação feminina no mercado de trabalho aumentou no decorrer dos anos, aumentando também a violência contra a mulher, tornando-se uma grave questão de saúde pública, devido à severidade das lesões em casos mais extremos. Na odontologia, pode ser observada comumente em cabeça e pescoço. A Lei Maria da Penha aumentou o rigor de punição contra crimes domésticos. Nesses casos o profissional deve estar devidamente preparado e orientado para oferecer atendimento a vítima. Revisar a literatura sobre a Lei Maria da Penha, abordando, o perfil das vítimas, o papel do cirurgião-dentista nas notificações compulsórias, além de aspectos éticos e legais referentes ao assunto. Busca sistemática foi realizada no Bireme e Google Acadêmico, foram encontrados um total de 4.100 referências. Destes foram selecionados 25 artigos, lidos integralmente e resumidos. Foram incluídas também como referências a lei nº 11.340 e a lei nº 10.778 encontradas no site do planalto. As referências selecionadas seguiram como critério de inclusão, artigos que relacionem a Lei Maria da penha com a atuação dos Dentistas e dos profissionais da área de saúde, a Lei Maria da Penha com as principais lesões causadas pelos transgressores da referida lei. Por tanto, foram excluídos artigos que abordavam relação somente com aspectos jurídicos da lei em questão, relacionando dados, exclusivamente policiais, e onde dados estavam inconsistentes. A Lei Maria da Penha foi criada para coibir a violência doméstica, cirurgião-dentista é o profissional que mais tem probabilidade de atender esse tipo de paciente devido às lesões buco-maxilo-faciais. Apesar de existir o sigilo profissional, de acordo com o Código de ética é obrigatória sua quebra. A denúncia é feita por meio da notificação compulsória e o registro dos procedimentos no prontuário deve ser feito de modo correto e devem estar à disposição do paciente e autoridades caso seja necessário.

Palavras-Chave: Odontologia. Lesões. Odontologia. Violência Doméstica.

Introdução

A participação feminina no mercado de trabalho aumentou muito após o término das grandes guerras mundiais e da revolução industrial, por outro lado, a violência contra este gênero cresceu exponencialmente neste mesmo período, tornando-se uma grave questão de saúde pública (GARBIN et al., 2006).

A violência contra o gênero feminino transcende aos limites sociais e econômicos, e isso ocorre no mundo todo, independente de credo, religião, etnia e nacionalidade (AMARAL; AMARAL; AMARAL, 2013; SILVA et al., 2011; PIRES et al., 2012).

Todo comportamento que cause sofrimentos físicos, sexuais, psicológicos e até a morte à mulher, publicamente ou em cárcere privado é definido como maus-tratos contra a mulher. Não raras vezes é admitido como fenômeno cultural por algumas sociedades, que aceita como forma de ensinamentos pelo pai em relação à esposa e filhas. Desse modo, e com conivência da sociedade que não reagia contra à impunidade dos agressores, essa desrespeitosa atitude manchou a dignidade feminina ao longo das últimas décadas (GARBIN et al., 2006; GARCIA et al., 2008; SANTANA et al., 2011; FIGUEIREDO et al., 2012; VIEIRA et al., 2013).

O dispositivo legal que aumentou o rigor das punições sobre crimes domésticos, mais conhecido como Lei Maria da Penha, entrou em vigor em 22 de setembro de 2006, e já no dia seguinte o primeiro agressor foi preso no Rio de Janeiro, após estrangular a ex-esposa. O referido dispositivo da lei foi criado com base na Constituição Federativa do Brasil - Art. 226 e ainda na Convenção sobre a eliminação de todas as formas de discriminação feminina e na Convenção interamericana para prevenir e punir atos de violência contra a mulher. O artigo supracitado, dispõe sobre a criação de Juizados de Violência doméstica e familiar e dá outras providências (BRASIL, 2006).

A Lei Maria da Penha (BRASIL, 2006) tem gerado efeitos sociais positivos e sua eficácia na sociedade vem atingindo patamares expressivos, suprimindo os anseios de inúmeras vítimas (AMARAL; AMARAL; AMARAL, 2013).

Os casos de violência trazem grandes repercussões a saúde, uma vez que provocam mortes, lesões, traumas físicos, agravos mentais e emocionais, minimizando a qualidade de vida das vítimas. Outra consequência dessas agressões, é o fato de que embora não seja um problema médico típico, a comunidade médica deve estar atenta aos sinais típicos deste tipo de violência (SILVA et al., 2011).

Conforme laudos periciais, as lesões corporais e maus tratos, variam de acordo com a classificação, agente causador, local onde foi praticada a violência e a idade da vítima (ALBUQUERQUE et al., 2013).

No que tange a Odontologia, a violência física de modo geral, habitualmente podem ser observadas em cabeça e pescoço e incluem traumas, queimaduras, hematomas, marca de mordida e lacerações de tecidos duros e moles (PIRES et al., 2012; SILVA et al., 2010).

Os diversos tipos de agressões deixam consequências comportamentais e nos aspectos físico e psíquico. Tais características permitem que o profissional da área odontológica, identifique o quadro de maus-tratos, dando oportunidade para que possa ser denunciado às autoridades (PIRES et al., 2012).

Quando o evento da agressão provoca consequências sérias, esses atingem os serviços de saúde. Nesses casos, os profissionais de saúde devidamente preparados, treinados e orientados, deverão prestar atendimento à vítima, além de notificar às autoridades competentes (ARAÚJO et al., 2011).

O despreparo, a falta de orientação e treinamento, são algumas causas que dificultam a notificação no Brasil, acerca desses casos de violência. Há que se ressaltar também, a ausência de mecanismos e regulamentos legais de proteção aos profissionais responsáveis pela notificação. Falha na identificação de violência nos serviços de saúde e quebra do sigilo profissional, também estão inclusos como entraves para lidar de modo mais eficaz com casos de notificação no Brasil (SALIBA et al., 2007).

Portanto, há necessidade de os profissionais terem conhecimento a respeito do procedimento, adotando como hábito de trabalho meios auxiliares de detecção dos maus tratos à mulher e se proponham combater esses comportamentos violentos (FIGUEIREDO et al., 2012).

Diante de tudo que se expôs, tem como objetivo esse trabalho, fazer uma revisão de literatura sobre a Lei Maria da Penha, abordando principalmente, o perfil das vítimas, o papel do cirurgião-dentista nas notificações compulsórias, além de aspectos éticos e legais referentes ao assunto.

Material e Métodos

O presente trabalho é uma revisão de literatura, no qual foi realizado um levantamento bibliográfico com artigos a respeito da importância da odontologia relacionada à Lei Maria da Penha.

As referências selecionadas seguiram como critério de inclusão, artigos que relacionem a Lei Maria da Penha com a atuação dos profissionais de Odontologia, e da área de saúde, que relacionem a Lei Maria da Penha com as principais lesões causadas pelos transgressores da referida lei. Os artigos foram pesquisados na língua espanhola e portuguesa, e pesquisados da data de 2000 até 2015 no âmbito de obter as informações mais atualizadas. Foram excluídas as referências que abordavam artigos que relacionam somente aspectos jurídicos da lei em questão, artigos relacionando dados, exclusivamente policiais, e artigos onde dados estavam inconsistentes.

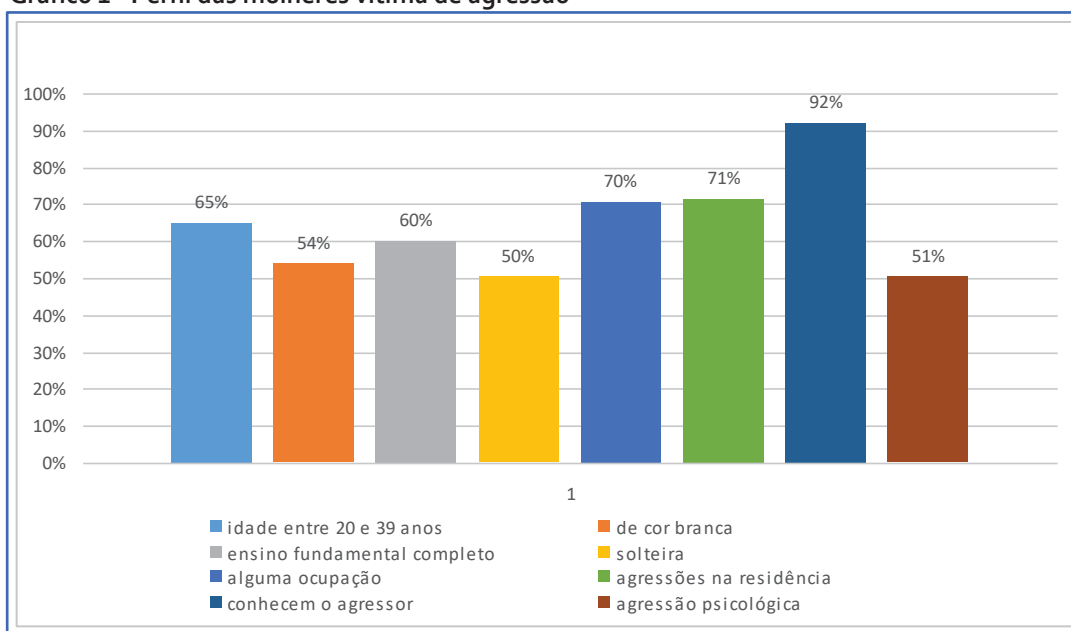
As palavras-chaves "odontologia", "violência contra a mulher", "lesões", "Lei Maria da Penha", "violência de gênero", "agressões", "serviços de saúde", "agressão a pacientes vulneráveis", "odontologia e corpo de delito" foram usadas na fonte da Biblioteca Virtual em Saúde, a BVS - Literatura Científico-Técnica e na plataforma Google Acadêmico, sendo encontrado um total de 4.100 referências relacionadas ao tema proposto, sendo encontrados 280 sujeitos a leitura dos resumos. Destes, 53 foram selecionados por apresentarem critérios de inclusão citados acima e completamente estudados, 25 foram estudadas nesta monografia. Foram incluídas também como referência a Lei nº 11.340 (BRASIL, 2006) e a Lei nº 10.778 (BRASIL, 2003). E três livros foram inseridos na monografia conseguidos manualmente.

Revisão de Literatura

A lei 11.340/2006, cuida de meios que deverão ser adotados para coibir a prática de violência contra a mulher, em conformidade ao ART. 226, §8º da Constituição da República Federativa do Brasil CRFB/88, Convenção Interamericana, e criação dos juzizados de Violência doméstica e familiar contra a mulher (BRASIL, 2006).

Pires et al. (2012) avaliaram que a maioria das mulheres é solteira, com a faixa etária entre 21 e 30 anos. E as ocorrências crescem a cada ano; este fato ocorre devido a maior exposição social das mulheres jovens e consequente aumento na propensão a danos interpessoais. A maioria das mulheres que não revelaram o agressor, e as que sofrem agressões por conhecidos, têm tendência menor a realizar denúncia devido a influência comportamental do perpetrador, que geralmente é autoritário, e assim, não recebem assistência médica e social. E afirma que mulheres mais velhas, têm menor propensão a serem agredidas, e quando são, o autor é o marido ou companheiro.

Moura; Netto e Souza (2012) relatam dificuldade na confirmação da realidade no que tange à situação conjugal, pois mulheres casadas sofrem violência doméstica sem registrar, por não conceberem a proporção da situação e pela dependência que estão submetidas. A faixa etária das vítimas foi de 20-39 anos (65%), o que preocupa os autores por ser uma idade reprodutiva e financeiramente ativa, de cor branca (54,1%), a maioria com ensino fundamental completo (60,3%), solteira (50,3%) e com alguma ocupação (70,4%). As agressões ocorrem a maioria na residência (71,4%) e 92% das vítimas conhece o agressor (marido, companheiro, vizinho ou parente). A prevalência do tipo de agressão foi psicológica (50,5%). Em relação à situação conjugal das mulheres, apesar da maioria ser solteira, sem matrimônio, predominam mulheres com companheiro, mas sem relação estável (Gráfico 1).

Gráfico 1 - Perfil das mulheres vítima de agressão

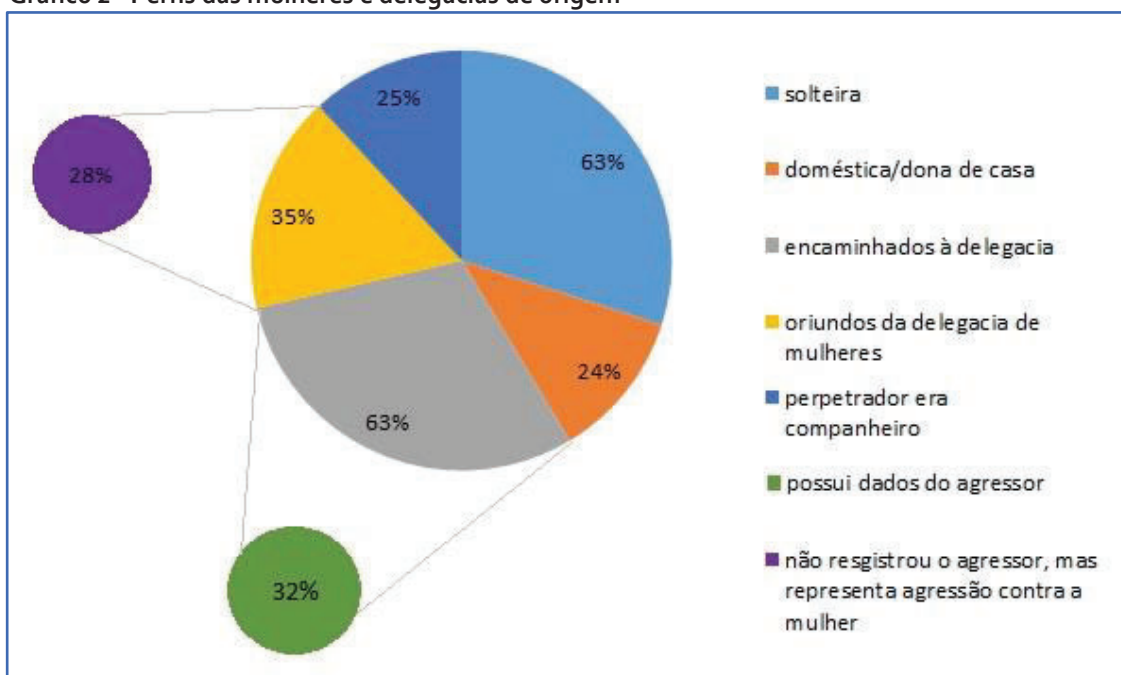
Fonte: Adaptado de Moura; Netto e Souza (2012).

Poll et al. (2013) concordam e sugestionam o motivo da prevalência quanto à idade alegando que as mulheres são vulneráveis, com adendo às situações as quais são submetidas nessa idade em particular.

Leite et al. (2014), quanto à ocorrência de violência contra a mulher nos diferentes ciclos de vida, demonstram que na infância e adolescência, o autor predominante foi o companheiro ou familiar. Na fase adulta, os companheiros das vítimas, e em mulheres idosas, os familiares.

As lesões buco-dentais relatadas por Resende et al. (2007) são constantes, e constituem uma grande demanda para os serviços odontológicos da saúde pública que prestam esse serviço. A idade das mulheres prevaleceu entre 20 a 39 anos, 63% eram solteiras, e 24,1% trabalhavam como domésticas ou eram donas de casa. 63% das vítimas foram encaminhadas de delegacias seccionais (delegacias de plantão noturno e para fins de semana e feriado, não especializado em atendimento a mulheres vítima de violência). Destas, 32,3% havia os dados do agressor e representavam violência contra a mulher. 35,2% foram oriundos de delegacia de mulheres, e mesmo que não tenha sido registrado o agressor, o estatuto estabelece que toda denuncia ali recebida, represente mulheres vítimas de violência, o que ocorreu em 27,9%. O perpetrador foi o companheiro em 25% dos casos (Gráfico 2).

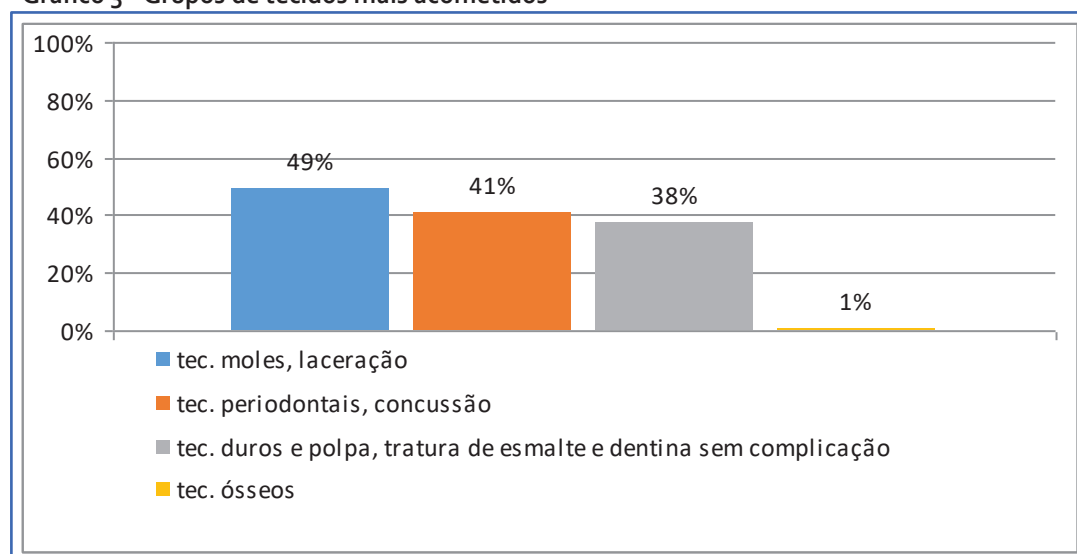
Gráfico 2 - Perfis das mulheres e delegacias de origem



Fonte: Adaptado de Rezende et al. (2007).

Não pode ser descartada a hipótese de mulheres que não são casadas legalmente, mas possuem relação marital com parceiros fixos interferem as estatísticas reais de mulheres solteiras. Assim como, mulheres que não são legalmente casadas se declaram como tal, por possuírem relação estável. Delegacias podem fornecer referências de violência, mas pode ser relativo. A delegacia especializada em crime contra a mulher de Belo Horizonte, como outras delegacias equivalentes pelo país, é especializada em investigar e apurar delitos contra mulheres vítimas de violência. Em relação aos grupos de tecidos mais acometidos: tecidos moles, laceração (49%); tecidos periodontais, concussão (40,9%); tecidos duros e polpa, fratura de esmalte e dentina sem complicação (37,8%); tecidos ósseos, foi descrito uma fratura de mandíbula e um osso alveolar (Gráfico 3).

Gráfico 3 - Grupos de tecidos mais acometidos



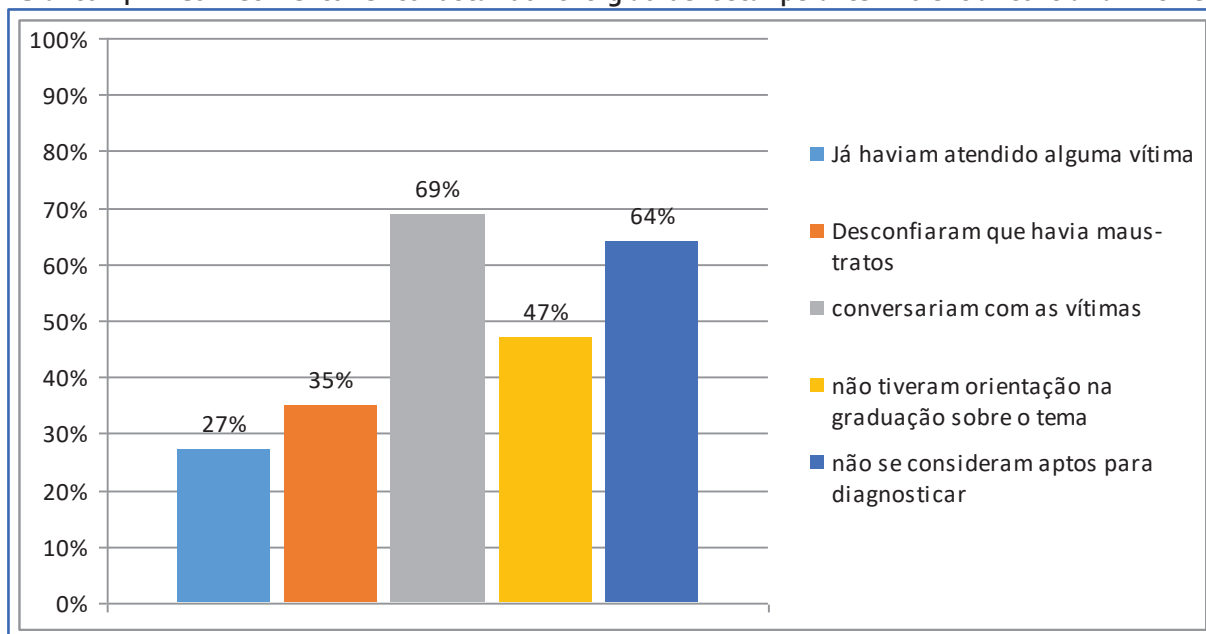
Fonte: Elaboração dos autores (2016).

Deslandes; Gomes e Silva (2000) expõem casos de violência doméstica em dois hospitais no Rio de Janeiro: Hospital Municipal Miguel Couto e Hospital Municipal Salgado Filho e revela os seguintes resultados de ambos: a faixa etária média foi de 20 a 29 anos (45,7%), renda familiar por volta de 3 salários-mínimos (42,6%), sendo mulheres solteiras (45,7%), e num somatório de desempregadas e do lar, constituem 39,3%, ou seja, são dependentes financeiramente de outra pessoa. 83% das agressões foram praticadas no lar. Dos atendimentos prestados no hospital municipal Miguel Couto, o predomínio de atendimento foi da ortopedia, seguido da Odontologia.

Ribeiro e Silva (2014) revelam que independente da distância entre a vítima e o atendimento especializado, isso não as impediu de procurar auxílio. Porém, não pôde especular que as baixas ocorrências em alguns locais não estão ligadas com as vítimas encontrarem dificuldade devido à distância.

Foi avaliado o conhecimento dos profissionais de Odontologia sobre a violência doméstica por Tornavoi; Galo e Silva (2011), os quais constataram que 27% já haviam atendido alguma vítima, 35% desconfiaram que alguma paciente mulher tenha sofrido maus-tratos. A respeito da conduta necessária, 69% conversariam com a vítima. 47% informaram que não tiveram orientação fornecida na graduação sobre o tema, e 64% não se consideram aptos para diagnosticar uma paciente vítima de violência doméstica. Afirma que o conhecimento do odontólogo perante o tema o tema é insuficiente e sugere maior abordagem do tema na graduação (Gráfico 4).

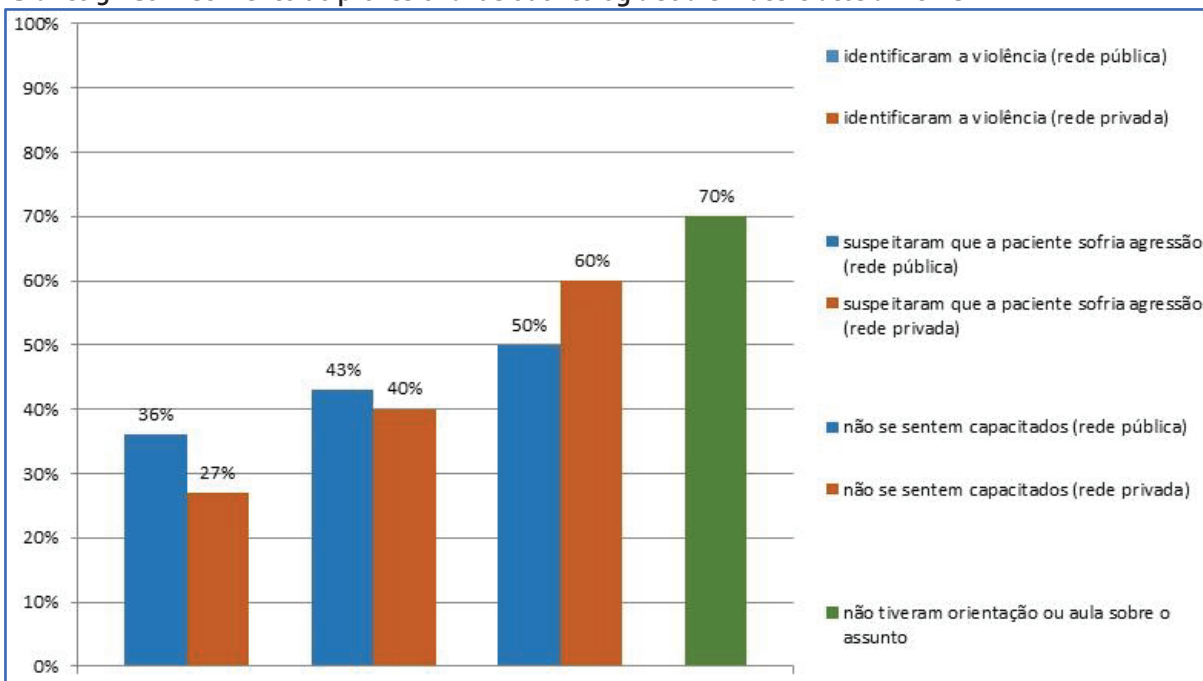
Gráfico 4 - Conhecimento e conduta do cirurgião-dentista perante violência contra a mulher



Fonte: Adaptado de Tornavoi; Galo e Silva (2011).

No estudo de Carvalho; Galo e Silva (2013), sobre o conhecimento do cirurgião-dentista diante da violência doméstica confrontando os resultados da rede pública e da rede privada, foram revelados 36% de profissionais que identificaram a violência na rede pública e 27% na rede privada; 43% suspeitaram que a paciente sofria agressões na rede pública, e 40% na rede privada. Quanto à conduta diante da confirmação de violência, 40% comunicariam às autoridades na rede pública e 36% na rede privada; 70% dos profissionais, tanto da rede pública quanto da rede privada, alegaram não ter sido oferecida nenhuma aula ou orientação sobre o assunto. Mais de 60% dos profissionais não se sentem capacitados para diagnosticar sinais de violência contra a mulher, na rede privada e pouco mais de 50% também compartilham da mesma opinião na rede pública (Gráfico 5).

Gráfico 5 - Conhecimento do profissional de odontologia sobre maus-tratos à mulher



Fonte: Adaptado de Carvalho; Galo e Silva (2013).

A Lei nº 10.778/2003 (BRASIL, 2003) aborda sobre a Notificação Compulsória nos casos de violência contra mulher. Define violência contra mulher sendo qualquer ação ou conduta baseada no gênero. Diz que a violência contra mulher inclui agressão física, psicológica e sexual, em qualquer tipo de relação interpessoal. A notificação, em si, não instaura uma denúncia, contudo, nada impede que, paralelamente à notificação, esta seja efetuada. No sentido mais rigoroso do termo, o que cabe ao Setor Saúde, portanto, é a comunicação formal, a notificação, sendo reservado às outras instâncias (Ministério Público) a instauração ou não da denúncia (SILVA et al., 2010; SALIBA et al., 2007; BRASIL, 2003).

Poll et al. (2013) e Brasil (2003) afirmam que o controle da violência contra a mulher na área da saúde é feito por um banco de dados relacionado à mortalidade e morbidade hospitalar das pacientes do SUS e por notificação compulsória através do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) (Ficha 1).

Ficha 1 - Ficha produzida pelo SINAN, destinada à notificação compulsória contra a violência doméstica

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 Toxicológico		3 Data da Notificação
	2 Agravado/doença		4 UF 5 Município de Notificação
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		7 Data dos Primeiros Sintomas
Dados do Paciente	8 Nome do Paciente		9 Data de Nascimento
	10 (ou) Idade 1 - Menor 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11 Sexo M - Masculino F - Feminino 1 - Ignorado	12 Gestante 1 - 1º trimestre 2 - 2º trimestre 3 - 3º trimestre 4 - Não gestacional gravidez 5 - Não 6 - Não se aplica 7 - Ignorado
	13 Raza/Cor 1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 6 - Ignorado		14 Escolaridade 1 - 1ª e 4ª série incompleta do EF (nível primário do 1º grau) 2 - 4ª série completa do EF (nível primário do 1º grau) 3 - 5ª a 8ª série incompleta do EF (nível primário do 2º grau) 4 - Ensino fundamental completo (nível primário do 1º grau) 5 - Ensino médio incompleto (nível colegial do 2º grau) 6 - Ensino médio completo (nível colegial do 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
	17 Data dos 1ºs Sintomas do 1º Caso Suspeito		18 Nº de Casos Suspeitos/Expositos
Notificação de Surto	19 Local Inicial de Ocorrência do Surto 1 - Residência 2 - Hospital / Unidade de Saúde 3 - Creche / Escola 4 - Aalto 5 - Outras instituições (alojamento, trabalho) 6 - Restaurantes/Padarias 7 - Eventos 8 - Casos Dispersos no Bairro 9 - Casos Dispersos Pelo Município 10 - Casos Dispersos em mais de um Município 11 - Outros Especificar		20 UF 21 Município de Residência
	22 Distrito		23 Bairro
Endereço do Paciente	24 Logradouro (rua, avenida, ...)		25 Número 26 Complemento (apto., casa, ...)
	27 Geo campo 1		28 Geo campo 2
	29 Ponto de Referência		30 CEP
Notificante	31 (DDD) Telefone		32 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado
	33 País (se residente fora do Brasil)		34 Assinatura
Município/Unidade de Saúde		Sinan NET Cod.406023 SVS 17/07/2006	

Fonte: Elaboração dos autores (2016).

Kind et al. (2013) relatam receio por parte dos cirurgiões dentistas devido à ausência da procura deste profissional por parte da mulher agredida, julgando-se não ser o profissional ideal para a confecção da notificação compulsória, descreve que os profissionais assumem a banalização do tema mesmo sabendo da importância da notificação, admitindo como parte do dia a dia. Relata também o conhecimento da existência, mas confessam nunca ter preenchido ou manuseado uma notificação.

Pires et al. (2012) concordam que o odontólogo que atua em clínica tem obrigação legal e ética de identificar os casos, mas em maioria não se envolve em denúncias por alguns motivos como falta de informação sobre diagnóstico, requisitos legais e locais para fazer a queixa e desconhecimento da sua responsabilidade legal, além do receio de perder o paciente.

A Lei Maria da Penha (BRASIL, 2006) foi criada para garantir os direitos humanos das mulheres e protegê-las de negligência, exploração, violência, crueldade e opressão. Muitas das vítimas não denunciam, mas o cirurgião dentista reconhece os sinais de violência. Quando isso ocorre o profissional deve registrar notificação compulsória (PIRES et al., 2012).

Por meio da coordenação geral de doenças e agravos, criou em 2006 o Sistema de Vigilância de Violência e Acidentes (VIVA) com a finalidade de entender a gravidade de causas externas, criar ações para a prevenção da violência e consequentemente diminuir os números no perfil de morbimortalidade da população. Essas notificações têm um composto de variáveis que descrevem tipo de violência sofrida pela mulher e adolescentes. Os dados coletados são computados pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Essa ficha deve ser utilizada para notificação compulsória. Através dos dados do sistema é possível fazer uma análise mais completa e criar políticas públicas para prevenção e atenção de maus-tratos (BRASIL, 2012).

O cirurgião-dentista encontra-se comprometido com a circunstância de maus-tratos à mulher de duas formas: como quem identifica os vestígios de violência ou como quem cuida das lesões causadas pelas agressões (SILVA et al., 2010).

Garbin et al. (2006) concordam que o cirurgião-dentista é o profissional que mais tem probabilidade de atender esse tipo de paciente, já que metade das lesões são provenientes de traumas buco-maxilo-faciais.

Do ponto de vista ético, Silva et al. (2011) afirmam que quando adequado, a notificação de violência contra a mulher revela execução de um dos deveres fundamentais do cirurgião-dentista, no que concerne ao zelo pela saúde e pela dignidade do paciente, conforme estabelecido no Código de Ética Odontológica. O sigilo profissional é um dos deveres fundamentais do cirurgião dentista, e preservar a privacidade do paciente, porém constitui também um direito fundamental, e pode ser rompido para colaboração com a justiça em casos previstos e perícias odontológicas nos seus exatos limites. A quebra do sigilo profissional é obrigatória em casos de violência contra a mulher visto que, a omissão pode acarretar danos à vida e a integridade do paciente, além do profissional desacatar a lei. De acordo com a Lei das Contravenções Penais, está sujeito a pena monetária o profissional de saúde que não denunciar crimes que tenha tomado conhecimento em âmbito profissional, pois se configura ato antiético e ilícito, exceto casos como estupro, quando o profissional só pode denunciar se a vítima ou procurador acionarem a justiça. E é proibido comunicar delitos no qual o paciente se configure como autor do crime. Sobre a documentação é muito importante que todos os dados sejam registrados em prontuários e arquivados, deve ser incorporado exame de imagem e demais documentos oriundos do atendimento clínico, uma vez que poderá ser útil em processos criminais, civis e perícias odontológicas. A autoridade

poderá pleitear as informações, caso necessário. E o paciente tem acesso por direito aos dados no prontuário independente da situação (SILVA et al., 2010; SALIBA et al., 2007; SILVA et al., 2011).

De acordo com Saliba et al. (2007, p. 476), “Apesar dos códigos de ética consultados não apresentarem explicitamente a expressão violência doméstica, eles deixam claro o dever que os profissionais têm de zelar pela saúde e dignidade de seus pacientes.”

Porto e Bucher-Maluschke (2012) compartilham da ideia de que é necessário que alguma coisa seja feita em apoio às mulheres que permanecem em situação de violência após terem passado pelos serviços especializados. E que é necessário debater meios de intervir nesses casos. Propõe um tratamento psicológico para desvirtuar a ideia fixada de “submissão feminina” na cabeça da sociedade.

Queiroz et al. (2014) abordam sobre um curso de capacitação no qual antes os próprios alunos assumiram suas inaptidões e limitações para o atendimento à mulher que sofre maus-tratos, o que acarretava um obstáculo pois deixavam de encaminhar as vítimas para desfrutar de serviços disponíveis por falta de conhecimento. Relata também que após o curso de capacitação, não só houve melhora, como produto do curso aconteceu a criação da Rede Integrada de Atendimento à Mulher em Situação de Violência (RIAM) no município de Mossoró. Com a criação do RIAM cursos foram ministrados abordando temas como “A desigualdade de gênero e o impacto para a saúde das mulheres” e “A necessidade da Notificação compulsória nos casos de violência contra a mulher”. Foi ministrado também um seminário com o tema “Homens autores de violência doméstica” que contou com a presença de 80 homens, com o intuito de oferecê-los a oportunidade de repensar sobre atitudes e modo de pensamento.

Fernandes e Barbosa (2014) referem que a violência contra a mulher só foi reconhecida em 1983 pela Organização das Nações Unidas (ONU) e que nos dias de hoje é apontado como um problema de saúde pública, pois o Brasil perde porcentagens no produto interno bruto (PIB) por esse motivo, o que leva o absenteísmo e uso do sistema de saúde pública para tratamento. Quase após 8 anos da implementação da lei Maria da penha, relatam terem observado presença de centro de referência de atendimento à mulher, delegacia especializada de atendimento à mulher, casa de abrigo, e varas criminais de violência contra a mulher e intrafamiliar, porém, expõe que pequenas cidades ainda se encontram desprotegidas. Em sua pesquisa, foi revelada que a maioria dos homens dizem ter

amigo ou conhecido que cometeram violência contra a mulher, e boa parte assumiu ter parentes que agredem as companheiras. A motivação principal foi o ciúme e sobre a conscientização da Lei, a maioria conhece e aprova a lei, e uma minoria critica, pois acredita que a lei é falha.

Segundo Vanrell e Borborema (2011), a violência entre o casal passa por situações nas quais ele classifica como “um ciclo da violência”, no qual no início é passado quase que despercebido. Inicia-se com a fase da tensão crescente, há desentendimentos leves, divergências e acontecimentos aparentemente sem importância, como alteração de voz, insultos. Normalmente, a mulher pacifica a situação e se torna mais submissa. Depois vem a fase de ativação ou agressão, onde há agressões físicas, psicológicas, ou sexuais, e destruição de objetos, esta fase é descrita como muito rápida e destruidora. Após, vem a chamada fase de arrependimento ou “lua-de-mel”, onde o homem se arrepende e promete mudanças, com medo de que a mulher o abandone. A tensão some, a mulher crê que o homem não irá mais agredi-la e habitualmente o perdoa. As agressões somem temporariamente, e o agressor se comporta de modo calmo, porém, tudo faz parte do ciclo da violência, pois o perpetrador busca que sua companheira não o denuncie e não o abandone, conseguindo assim, o controle emocional e submissão da mulher. Quando a fase de arrependimento acabada, as tensões voltam a se acumular e o ciclo se repete, e não para.

A violência conjugal contra a mulher a partir da ótica do homem autor da violência foi pesquisada por Rosa et al. (2008) e como resultado obtido: o agressor responsabilizou a vítima, a si próprio e outros. Quando a vítima era responsabilizada, era porque ela agia de modo autoritário com o companheiro, tendo ações ou atitudes inadequadas, segundo a visão do agressor. Quando o autor se responsabilizava, ele demonstrava irritação com a companheira ou se sentia ofendido com alguma reclamação, em geral, envolvendo o fato dele estar ingerindo bebidas alcoólicas no bar, ou dependência química, ou quando o homem era dependente financeiramente da mulher e ela o humilhava. Quando responsabilizava pessoas outras pessoas, culpavam presença de amigas e pessoas alheias à relação conjugal. Constatou também que os perpetrantes não demonstraram arrependimento, justificando o ato como defesa ou reação ao comportamento da mulher. Não demonstraram o entendimento de serem agressores, e não negaram os casos que relataram, não viam suas atitudes caracterizadas como se fossem agressores.

De acordo com Almeida et al. (2011), Os casos de violência contra a mulher devem ser encaminhados às delegacias especializadas de atendimento à mulher, juizados de violência doméstica e familiar contra a mulher, defensorias da mulher e, na falta deles, autoridades judiciais e judiciárias.

P **Discussão**

Todos os autores concordam em dizer que o perpetrador prevalente foi o marido/companheiro.

Os autores Amaral; Amaral e Amaral (2013); Silva et al. (2011); Pires et al. (2012); Garcia et al. (2008); Araújo et al. (2011) e Deslandes; Gomes e Silva (2000) concordam em dizer que a faixa etária média das mulheres agredidas é entre 20-29 anos, exceto Leite et al. (2014) que citaram apenas que acontecia na idade adulta. Santana et al. (2011); Albuquerque et al. (2013); Moura; Netto e Souza (2012) e Rezende et al. (2007) compatibilizaram que a faixa etária era entre 30-39 anos. Gabin et al. (2006) foram os únicos autores que destoaram, expressando a idade de 0-15 anos.

A prevalência também foi de mulheres que trabalhavam como domésticas, eram ou do lar (SILVA et al., 2011; GARCIA et al., 2008; ALBUQUERQUE et al., 2013; ARAÚJO et al., 2011; REZENDE et al., 2007; DESLANDES; GOMES; SILVA, 2000). Amaral; Amaral e Amaral (2013) referiram a maioria em seu estudo como sem ocupação e Moura; Netto e Souza (2012) com ocupação, mas sem detalhar.

Garcia et al. (2008) e Albuquerque et al. (2013) concordam em suas pesquisas que a união estável prevaleceu. Araújo et al. (2011) foram ímpares em dizer que a maioria das mulheres que sofrem violência são casadas, porém, predominaram as mulheres solteiras (AMARAL; AMARAL; AMARAL, 2013; SILVA et al., 2011; PIRES et al., 2012; MOURA; NETTO; SOUZA, 2012; REZENDE et al., 2007; DESLANDES; GOMES; SILVA, 2000).

O tipo de violência mais exercida, segundo Albuquerque et al. (2013) e Moura; Netto e Souza (2012), foi a psicológica. De acordo com Leite et al. (2014), o tipo de violência que mais ocorreu foi a ameaça, porém, quando se trata de violência física, quanto ao tipo de

lesão de acordo com Silva et al. (2011), a equimose foi dominante, já Garcia et al. (2008) e Santana et al. (2011) concordam que foi a contusão; Garbin et al. (2006) e Araújo et al. (2011) discordam, e suas pesquisas revelam que foi a lesão contundente. Moura; Netto e Souza (2012), em seu estudo, expõe como resultado, contundente, cortante e perfurante.

O local da lesão prevalente tem sido cabeça/pescoço e membros superiores, podendo variar essa ordem na tentativa de defesa da face (GARBIN et al., 2006; SILVA et al., 2011).

Em conformidade com Santana et al. (2011), os tecidos moles em relação à região bucal, são os mais lesionados. Já para Araújo et al. (2011), em relação às lesões buco-maxilo-faciais, o terço médio da face é mais acometido.

A maioria das agressões ocorre dentro da própria residência e muitas das mulheres são dependentes financeiramente de seus maridos (AMARAL; AMARAL; AMARAL, 2013; GARCIA et al., 2008; ARAÚJO et al., 2011; ALBUQUERQUE et al., 2013; MOURA; NETTO; SOUZA, 2012; DESLANDES; GOMES; SILVA, 2000).

Um dos fatores da agressão do tipo física, é a baixa escolaridade, a maioria das mulheres agredidas não possuía mais do que o ensino fundamental completo (AMARAL; AMARAL; AMARAL, 2013; GARCIA et al., 2008; ALBUQUERQUE et al., 2013; DESLANDES; GOMES; SILVA, 2000). É importante frisar que os casos não podem ser generalizados pois uma parte das vítimas não procura as autoridades. Porém pesquisas ajudam a pensar em ações para enfrentar essa situação, como propostas adequadas de atenção e encaminhamento das vítimas que procuram o serviço de saúde, aumentando a visibilidade do problema (VIEIRA et al., 2013).

É preciso atentar os profissionais para o atendimento da mulher vítima de agressão para a notificação e mobilização de outros profissionais para acompanhamento (GARCIA et al., 2008; ALBUQUERQUE et al., 2013; POLL et al., 2013).

A subnotificação por parte dos profissionais de saúde pode ter restrito o levantamento de dados sobre a identificação do agressor (ARAÚJO et al., 2011; POLL et al., 2013; REZENDE et al., 2007).

Os profissionais da saúde devem estar atentos e fazer notificações e análises epidemiológicas, tornando os resultados públicos, de maneira que, facilite o conhecimento de fatores envolvidos, para uma melhor orientação científica durante ações de prevenção (SALIBA et al., 2007; POLL et al., 2013; CARVALHO; GALO; SILVA, 2013; BRASIL, 2012).

Apesar da dificuldade em tomar a decisão de notificar (PIRES et al., 2012; FIGUEIREDO et al., 2012), é necessário que os profissionais tenham conhecimento das suas responsabilidades éticas e legais a respeito, e que essa omissão pode se reverter em pesadas multas (PIRES et al., 2012; GARCIA et al., 2008; FIGUEIREDO et al., 2012; SILVA et al., 2010; SALIBA et al., 2007; DESLANDES; GOMES; SILVA, 2000; TORNAVOI; GALO; SILVA, 2011).

O conhecimento sobre recursos como a notificação compulsória, a quebra de sigilo profissional, o conhecimento sobre a Lei Maria da Penha, é de extrema importância contra a violência doméstica, sem esquecer de contar com o auxílio do registro documental dos procedimentos realizados.

Com a ausência de conhecimento do cirurgião-dentista na graduação, pode-se associar a subnotificação com tal fato.

Nota-se em estudo, que independente do profissional ser de âmbito privado, ou público, não obteve nenhuma orientação sobre o assunto. E não se consideram aptos para atender uma paciente vítima de maus-tratos.

A lei Maria da Penha foi criada para impor limites na violência contra a mulher, cabe então ao cirurgião dentista fazer o seu papel, junto a sociedade, em um trabalho multiprofissional e que envolve outras instituições para fazer valer realmente a lei. Além disso, como perspectiva futura, pode ser esperada uma abordagem maior sobre o tema nas universidades e nos cursos de graduação, a fim de formar profissionais mais bem preparados para atuar perante situações de violência contra a mulher.

O cirurgião-dentista têm direitos e deveres quando relacionamos este profissional ao tema discutido. Cabe ao cirurgião-dentista, a identificação dos maus tratos, devido ao alto índice de lesões buco maxilo faciais, a suspeita, e então a notificação compulsória. Por outro lado, a literatura aponta que estes profissionais não estão preparados para realizar estas notificações, quer seja por receio de estar se envolvendo em uma relação conjugal, quer seja por despreparo ético e legal, devido à falta destas informações em seus cursos de graduação, ou por medo de perder o paciente. Por parte legal a Constituição Federal aprovada em 05 de outubro de 1988, em seu artigo 5.º, inciso X garante que: "são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito à indenização material ou moral decorrente de sua violação" (BRASIL, 1988). Já no Código de Ética (CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA, 2012), esclarece sobre a quebra de sigilo profissional, em casos nos quais o profissional deve zelar pela vida do paciente, em casos de

mal maior à vida do paciente ou sua integridade. Contudo, essa contrariedade em leis, artigos, geram dúvidas para os profissionais que por medo, deixam de notificar, de denunciar maus-tratos, cometendo, desta forma crime de negligência, afinal não podem alegar o desconhecimento da Lei. Neste sentido, as penas previstas para as omissões vão de multas, no âmbito jurídico, além de processos éticos junto ao conselho regional de Odontologia, pois o código de ética da profissão aponta esta como falha profissional.

Conclusão

A Lei Maria da Penha foi criada para coibir a violência doméstica, juntamente com outras leis. O cirurgião dentista deve estar apto para diagnosticar e orientar sua paciente, uma vez que é o profissional que mais tem probabilidade de atender esse tipo de paciente devido ao alto índice de lesões buco-maxilo-faciais. Embora, no presente estudo tenhamos concluído que a maioria não se sente capacitado para tal. Foi visto que o perfil das mulheres que prevalece são as solteiras, porém, com companheiros, com faixa etária entre 20-29 anos, trabalhadoras como domésticas ou do lar. Apesar de existir o sigilo profissional, de acordo com o Código de ética pode-se concluir que como os cirurgiões-dentistas têm o dever de zelar pela saúde e dignidade do paciente, é permitido e obrigatória a quebra do sigilo profissional, pois a omissão pode ocasionar danos à vida e integridade do paciente, além de gerar penas monetárias para o profissional que descumprir a lei. A denúncia é feita por meio da ficha de notificação compulsória, que estabelece caráter sigiloso. Sua importância é devido a necessidade de adoção de medidas de intervenção, e ajuda com a análise epidemiológica contra determinado problema. O registro dos procedimentos em prontuários, deve ser arquivado adequadamente e estar à disposição do paciente, também pode ser útil em processos criminais, civis e perícias odontológicas. Caso seja necessário, a autoridade pode pleitear as informações.

Referências

ALBUQUERQUE, Josefa Barros Cavalcanti de *et al.* Violência doméstica: características sociodemográficas de mulheres cadastradas em uma unidade de Saúde da Família. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 15, n. 2, p. 382-390, abr./jun. 2013. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/18941>. Acesso em: 29 jul. 2015.

ALMEIDA, Luana Rodrigues de *et al.* A violência de gênero na concepção dos profissionais de saúde da Atenção Básica. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 90, p. 396-404, jul./set. 2011.

AMARAL, Nádia de Araújo; AMARAL, Cledir de Araújo; AMARAL, Thatiana Lameira Maciel. Mortalidade feminina e anos e vida perdidos por homicídio em capital brasileira após promulgação da Lei Maria da Penha. **Texto Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 4, p. 980-988, out./dez. 2013.

ARAÚJO, Rodolfo José Gomes de *et al.* Análise dos traumas de face que acometem mulheres de violência doméstica. **Full Dentistry in Science**, v. 3, n. 9, p. 78-85, 2011.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 22 jul. 2022.

BRASIL. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 8 ago. 2006. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm#:~:text=Cria%20mecanismos%20para%20coibir%20a,Viol%C3%Aancia%20contra%20a%20Mulher%3B%20disp%C3%B5e. Acesso em: 22 jul. 2022.

BRASIL. Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003. Versa sobre a notificação compulsória nos casos de violência contra a mulher. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 25 nov. 2003. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.778.htm. Acesso em: 22 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes**. 3. ed. atual. ampl. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. (Série A. Normas e Manuais Técnicos Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. Caderno, n. 6).

CARVALHO, Luciana Maria Ferreira; GALO, Rodrigo; SILVA, Ricardo Henrique Alves da. O cirurgião dentista frente à violência doméstica: conhecimento dos profissionais em âmbito público e privado. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v. 46, n. 3, p. 297-304, 2013. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/69146>. Acesso em: 31 jul. 2015.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. **Código de Ética Odontológica**: aprovado pela Resolução CFO-118/2012. Brasília, DF: Conselho Federal de Odontologia, 2012.

DESLANDES, Suely F.; GOMES, Romeu; SILVA, Cosme Marcelo Furtado Pessoa da. Caracterização de casos de violência doméstica contra a mulher em dois hospitais públicos do Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 129-137, jan./mar. 2000.

FERNANDES, Maria da Penha Maia; BARBOSA, Regina Célia A. S. Considerações sobre violência, legislação e políticas públicas para mulheres vítimas de violência doméstica. **Revista Discursus Juridicus**, Jaboatão dos Guararapes, v. 1, n. 1, p. 195-217, 2014.

FIGUEIREDO, Márcia Cançado *et al.* Prevalência de mulheres vítimas de violência no município de Porto Alegre e a influência de suas variáveis no âmbito odontológico. **RFO**, Passo Fundo, v. 17, n. 3, p. 254-260, set./dez. 2012.

GARBIN, Cléa Adas Saliba *et al.* Violência doméstica: análise das lesões em mulheres. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 12, p. 2567-2573, dez. 2006.

GARCIA, Marilúcia Vieira *et al.* Caracterização dos casos de violência contra a mulher atendidos em três sérvios na cidade de Uberlândia, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 11, p. 2551-2563, nov. 2008.

KIND, Luciana *et al.* Subnotificação e (in)visibilidade de violência contra mulheres na atenção primária à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 9, p. 1805-1815, set. 2013.

LEITE, Máisa Tavares de Souza *et al.* Ocorrência de violência contra a mulher nos diferentes ciclos de vida. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 22, n. 1, p. 85-92, jan./fev. 2014.

MOURA, Maria Aparecida Vasconcelos; NETTO, Leônidas de Albuquerque; SOUZA, Maria Helena Nascimento. Perfil sociodemográfico de mulheres em situação de violência assistidas nas delegacias especializadas. **Escola Anna Nery**, v. 16, n. 3, p. 435-442, jul./set. 2012.

PIRES, Guilherme Espósito *et al.* Violência interpessoal em vulneráveis e mulheres: perfil das vítimas e diagnóstico pericial das lesões maxilomandibulares. **Oral Sciences**, v. 4, n. 1, p. 10-17, jan./jun. 2012.

POLL, Márcia Adriana *et al.* Caracterização das mulheres agredidas em uma zona urbana localizada em uma região de fronteira. **Revista de Enfermagem da UFSC**, v. 3 p. 658-667, 2013. Edição especial.

PORTO, Madge; BUCHER-MALUSCHKE, Júlia S. N. F. Violência, mulheres e atendimento psicológico na Amazônia e no Distrito Federal. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 17, n. 2, p. 297-306, abr./jun. 2012.

QUEIROZ, Fernanda Marques de *et al.* Relações patriarcais de gênero e Lei Maria da Penha: capacitação para profissionais da rede de atendimento às mulheres em situação de violência em Mossoró/RN. **Revista Extendere**, v. 2, n. 1, p. 10, jan./jun. 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, n. 2, p. 202-214, jun. 2007.

RIBEIRO, Maria Ivanilse Calderon; SILVA, Maria das Graças Silva Nascimento. Uma análise pragmática da desigualdade sócio-espacial entre as mulheres vítimas de violência de gênero em Porto Velho – Rondônia. **Revista Equador**, v. 4, n. 1, p. 167-181, jan./jun. 2014.

ROSA, Antonio Gomes da *et al.* A violência conjugal contra a mulher a partir da ótica do homem autor da violência. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 152-160, 2008.

SALIBA, Orlando *et al.* Responsabilidade profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, n. 3, p. 472-477, jun. 2007.

SANTANA, Jobson Luiz Bezerra de *et al.* Lesões corporais e faciais em mulheres submetidas a exame de corpo de delito em Recife/PE, Brasil. **Odontologia Clínica-Científica**, Recife, v. 10, n. 2, p. 133-136, abr./jun. 2011.

SILVA, Maria de Fátima Parente da *et al.* Formas de violência contra mulheres em uma cidade do Nordeste do Brasil. **Revista de Pesquisa em Saúde**, v. 12, n. 1, p. 32-35, jan./abr. 2011.

SILVA, Moacir da; ZIMMERMANN, Rogério Dubosselard; DE PAULA, Fernando Jorge. **Deontologia odontológica: ética e legislação**. São Paulo: Santos, 2011.

SILVA, Rhonan Ferreira da *et al.* Atuação do profissional cirurgião-dentista diante da Lei Maria da Penha. **RSBO Revista Sul-Brasileira de Odontologia**, v. 7, n. 1, p. 110-116, mar. 2010.

TORNAVOI, Denise Cremonezzi; GALO, Rodrigo; SILVA, Ricardo Henrique Alves da. Conhecimento de profissionais de odontologia sobre violência doméstica. **RSBO Revista Sul-Brasileira de Odontologia**, v. 8, n. 1, p. 54-59, jan./mar. 2011.

VANRELL, Jorge Paulete; BORBOREMA, Maria de Lourdes. **Vademecum de medicina legal e odontologia legal**. 2. ed. São Paulo: Mizuno, 2011.

VIEIRA, Luiza Jane Eyre de Souza *et al.* Factores asociados a la sobreposición de tipos de violencia contra la mujer notificada em servicios centinela. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 21, n. 4, p. 1-8, jul./ago. 2013.