

Integralidade do atendimento odontológico à mulher em situação de violência: revisão narrativa da conduta profissional

Yanna de Omena Soares*; Polyana Veiga**; Caio Cezar Randi Ferraz***

* Doutoranda, Programa de Pós-graduação em Clínica Odontológica, Faculdade de Odontologia de Piracicaba

** Graduanda, Faculdade de Odontologia de Piracicaba

*** Professor Associado, Departamento de Odontologia Restauradora, Faculdade de Odontologia de Piracicaba

Recebido: 15/07/2021. Aprovado: 23/11/2021.

RESUMO

O desempenho de atributos profissionais de integralidade do atendimento de mulheres em situação de violência depende de como os cirurgiões-dentistas (CDs) estruturam suas práticas de cuidado e como compreendem a violência. Por isso, o objetivo desta revisão foi acumular evidências da responsabilidade profissional e obrigações sociais do CD e sua imprescindibilidade no enfrentamento da violência contra a mulher. Foram selecionados artigos nas bases de dados PubMed, SciELO e LILACS, a partir de Descritores em Ciências da Saúde, para fundamentar e aprofundar as perspectivas sobre a integralidade do atendimento odontológico, considerando os conflitos sociais subentendidos na queixa principal. Constatou-se que a violência contra a mulher é resultante de processos históricos-sociais de desigualdade entre os gêneros; a agressão física sobressai-se entre as principais queixas e mulheres agredidas por seu parceiro têm alta prevalência de sofrer injúrias na cabeça e na face. As sequelas da violência vão além dos vestígios físicos e difundem-se a inúmeros problemas orais. Verificou-se pouca aptidão dos cirurgiões-dentistas para identificar, conduzir e propor alternativas de tratamento global à paciente, mesmo com protocolos para naturalização da investigação por meio da anamnese. A ampliação do conhecimento e discussão das políticas de ensino são oportunidades para consolidar a humanização e a integralidade de saúde, evitando exames e tratamentos mecânicos, sem afeto ou respeito. Essa estratégia faz parte da construção coletiva para o estabelecimento e manutenção do compromisso ético e social do Ensino em Odontologia, em que o CD compreende a magnitude de sua profissão e presta seus serviços articulado com a realidade social.

Descritores: Violência Contra a Mulher. Integralidade em Saúde. Relações Dentista-Paciente. Educação em Odontologia.

1 INTRODUÇÃO

A violência é uma das preocupações da odontologia contemporânea, pois, de maneira geral, agressões físicas, golpes e impactos podem deslocar, romper ou esmagar estruturas maxilofaciais e dento-alveolares^{1,2}. É um fenômeno comportamental conscientemente hostil e

intencional causador de prejuízos de diversas naturezas³, por isso ocupa espaço significativo nas políticas mundiais e constitui um desafio à saúde pública, à economia e ao convívio sociocultural e educacional em todo o mundo⁴. Dentre os vários tipos de violência, aquela praticada contra a mulher, tem alarmado a sociedade quanto às taxas

de feminicídio e também quanto às lesões agudas e crônicas decorrentes da violência física^{5,6}.

Consta em diversos estudos observacionais^{3,7,8,9,10} que a região de cabeça e face são áreas frequentemente atingidas durante a agressão, fato que salienta a urgência da discussão com cirurgiões-dentistas (CDs). Não raro, edemas labiais, perdas dentárias e disfunções mastigatórias ou respiratórias são identificadas nas pacientes que procuram tratamento odontológico^{9,10}. Os danos podem ser severos, atingir vários sítios e resultar em inúmeros retornos. Entretanto, mais do que preestabelecer procedimentos curativos, o CD pode oferecer uma oportunidade para a paciente relatar a causa das injúrias.

Os sinais e vestígios de agressão, os padrões de injúrias, a conduta durante o atendimento, a validação dos relatos da paciente, do repúdio à violência contra as mulheres e as informações sobre os locais e redes de apoio para realizar encaminhamento são tópicos a serem explorados com os profissionais CDs⁹⁻¹¹, independente de sua especialidade ou região de atuação. O manejo do atendimento pautado na integralidade da paciente fomenta práticas de diálogo relacionadas as condições integrais da queixa principal que a paciente apresenta¹². Ou seja, o profissional CD planeja junto com a paciente alternativas de tratamento global em que o profissional repudia as práticas violentas e ocupa a posição de facilitador de informações sobre as redes de apoio.

A conduta adequada para o atendimento odontológico requer aprofundamento sobre as questões socioculturais que inferiorizam as mulheres e geram desigualdade entre os gêneros^{3,12-14}, pois o CD somente será capaz de considerar a violência contra a mulher como hipótese da etiologia das injúrias que ela apresenta, se ele for capaz de escutá-la e compreender a dimensão da violência sofrida, a partir dos conflitos sociais expostos. A importância deste tema no Ensino da Odontologia destaca-se na contínua

renovação e reflexão do papel da Odontologia na sociedade, uma vez que mudanças pedagógicas nos currículos são parâmetros significativos para a manutenção do compromisso ético e social da profissão conforme as demandas atuais^{15,16}.

No ensino da Odontologia, a abordagem saúde-doença-conduta não contempla princípios do Sistema Único de Saúde¹², em que o profissional CD é preparado para atuar em uma perspectiva inclusiva, emancipatória e intersetorial. As etapas de cuidados fragmentadas descolam a paciente da violência sofrida e o papel do CD restringe-se a mero operador. Por outro lado, a formação acadêmica centrada na discussão político-social das pacientes em situação de violência promoverá análises acerca da situação e possibilidades de intervenções direcionadas às habilidades de acolhimento para colaborar com o enfrentamento da violência¹⁶.

Assim, o objetivo desta revisão narrativa foi acumular evidências da responsabilidade profissional e obrigações sociais do CD e sua atribuição no enfrentamento da violência contra a mulher, discutindo as estratégias propostas por diversos autores, ao longo dos últimos 20 anos. E ressaltando as lacunas que podem ser preenchidas e desenvolvidas nas instituições de ensino, nas associações e sociedades científicas, e na parceria com outros setores, como secretarias de saúde, delegacias e centros de referência.

2 REVISÃO DA LITERATURA

Estratégia de busca

O respaldo científico desta revisão narrativa foi realizado nas bases de dados bibliográficos PubMed, SciELO e LILACS, por reunirem a maior parte das publicações dirigidas à área da saúde. A busca foi realizada entre os meses de novembro de 2019 e fevereiro de 2020, sendo selecionados artigos científicos nos idiomas inglês e português, por preferência da equipe, considerando o título e

os resumos, o tipo e o número de citação dos artigos.

As palavras-chave foram combinadas com operadores booleanos, AND e/ou OR, habitualmente utilizados para buscar sistematizadas. Todavia, a estratégia de busca para esta revisão narrativa não foi estruturada sob a ótica de reprodutibilidade metodológica.

Além das bases de dados, leis e boletins oficiais também foram examinados e regularmente reexaminados, à medida que a equipe observava necessidade de confirmar ou confrontar determinados conceitos, dados ou métodos descritos.

Panorama da violência contra a mulher

Reconhecida há muito tempo como uma doença social e um agudo problema de saúde pública¹⁷, a violência interpessoal tem alcançado índices altíssimos em nosso país⁶. Sobretudo destaca-se a incidência desproporcional em mulheres^{7,8}. A violência contra a mulher não possui razão ou motivo único que possa ser enquadrado em critérios determinantes^{9,18}. Em verdade, ela é resultante de processos históricos-sociais de dominância, poder e exploração estrutural, cultural e individual que inferioriza as mulheres em diversas conjunturas. Ou seja, é uma questão de desigualdade e não de diferença de gêneros, por isso ocorre em todo o mundo^{4,5,8,10}.

Diversos contextos que infringem os direitos humanos^{9,17} estão profundamente entranhados nas sociedades e permeiam atos de desrespeito à mulher, humilhação, abusos verbais e ameaças (violência verbal e psicológica); ataques físicos e sexuais (violência física e sexual); e, por vezes, homicídios (feminicídio)¹⁹. Todavia, a padronização do perfil de mulheres em situação de violência não é elucidada a partir da investigação de sua raça, etnia, classe econômica, escolaridade ou religião⁵. Essas características são importantes marcadores de estratégias para prevenção e

assistência de enfrentamento à violência, por isso não devem ser entendidas como pressupostos argumentativos ou definidores da razão pela qual a mulher sofre violência³⁻⁵.

Ressalta-se que a qualidade dos dados disponíveis acerca da violência contra a mulher representa um obstáculo no conhecimento da real dimensão dos fatos^{3,8}, pois frequentemente os casos são subnotificados. Apesar da carência de informações completas, a agressão física sobressai-se entre as principais queixas^{1,20}, em que o uso excessivo da força configura violência física que prejudica sua autonomia e integridade^{3,9}. Estatísticas recentes apontam não só que o agressor faz parte do convívio da mulher e que a violência ocorre em ambiente doméstico¹⁰, mas também que mulheres são 4 vezes mais propensas a serem agredidas fisicamente por seus parceiros do que os homens por suas parceiras^{7,8}.

A violência doméstica e o mecanismo de agressão são fatores associados a traumas maxilofaciais e dento alveolares, por exemplo. Isto é, mulheres agredidas por seu parceiro tem alta prevalência de sofrer traumas na cabeça e na face^{8,10}. Essa são áreas mais facilmente alcançadas, pois estão na altura do braço levantado do agressor e tem sido plausível inferir que o autor da violência, consciente ou inconscientemente, elege estas regiões para afetar a autoestima da mulher^{9,10}. Fraturas de maxilares, de zigomático, avulsão dental e lesão de tecidos moles são diagnósticos reiteradamente descritos nos estudos^{1,2,11}. Porém, as sequelas da violência física vão além dos vestígios visíveis e difundem-se a inúmeros problemas: cicatrizes estigmatizantes, lesões crônicas de ordem psíquica ou sistêmicas, distúrbios articulares que afetam a deglutição, dificuldades respiratórias e/ou distorção da fala^{17,18}.

No Brasil, os registros de lesão corporal por violência doméstica, em 2020, caíram 7,4%, todavia, em números absolutos, a marca de 230.000 foi alcançada²¹. Esses dados refletem-se

nos gastos públicos com o sistema de saúde e na economia geral, uma vez que geram custos para o tratamento multiprofissional de lesões agudas e cuidados a longo prazo^{7,18}. Frequentemente, as injúrias e complicações decorrentes do trauma compõem um conjunto de sinais e sintomas de pacientes em busca de atendimento odontológico. O profissional CD pode, então, oferecer uma chance à paciente para conversar em segurança sobre a causa dessas lesões^{10,18}, a partir da identificação do padrão de agressão física, da região acometida e de outros marcadores que possuem grau de especificidade alto para suspeitar que uma mulher esteja em situação de violência^{9,10,17}.

Responsabilidades profissionais e obrigações sociais dos cirurgiões-dentistas

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, os profissionais de saúde são responsáveis pelas vítimas de violência^{4,5}, por isso identificar a etiologia da lesão/trauma/injúria, documentar, registrar e notificar os casos e encaminhar as pacientes às redes de enfrentamento são apontados como procedimentos básicos de anamnese¹³. Diversos estudos^{13,14,18,22,23} manifestaram a preocupação com a ausência de pessoal treinado para detalhar injúrias maxilo-faciais e dento-alveolares em ambientes como hospitais de emergência, delegacias ou institutos de perícia. Grande parte dos autores sugeriram capacitar os CDs para atuar em programas criados ou incorporados às instituições de referência no atendimento a mulheres em situação de violência. Todavia, alguns profissionais não se sentiam responsáveis pela situação ou não conduziam o atendimento para além do tratamento regular curativo.

Ressalta-se que quanto mais distante o CD (formado ou em formação) estiver dessa questão, mais improvável que a hipótese de violência contra a mulher seja considerada etiologia da queixa

odontológica^{8,13} e, conseqüentemente, que o manejo do atendimento seja apropriado, por exemplo, tornando o ambiente seguro para o relato. Identificar que a paciente está em situação de violência não é tarefa simples, uma vez que há enorme dificuldade em relatar e até mesmo reconhecer os abusos vivenciados¹⁷, pois as violências não são determinadas por episódio único. São experiências dolorosas que gradualmente progridem de chantagens e ofensas à destruição de objetos e agressões. Ou seja, repetidas tentativas de sair e voltar^{3,9,24} do relacionamento contribuem para o embaraço, remorso, culpa e autorresponsabilização da sua condição, então, comumente as pacientes preferem omitir informações⁷.

Todavia, criar um ambiente confiável para identificar a etiologia do agravo bucal e propor alternativas de tratamento global depende de como os profissionais estruturam suas práticas de cuidado e como atribuem sentido à violência^{12,13}. A observação do conjunto de sinais relativos ao bem estar físico e emocional da paciente complementam as suspeitas e alertam os CDs para iniciar a documentação rigorosa de fatos, achados clínicos e registro dos exames e testes clínicos. Entretanto, não raro ocorre invisibilidade da singularidade da mulher, pois durante a anamnese, os conflitos sociais subentendidos na queixa principal são desconsiderados pelo CD¹⁸. Do mesmo modo, o desempenho de práticas baseadas no senso comum (emissão de palpites, juízos de valor e/ou advertências e etc.) é recurso constrangedor e ofensivo²⁵ que dispersa a interlocução sobre a investigação da etiologia. Além disso, essa abordagem faz parte do que tem sido descrito como “deficiências morais da profissão”¹⁵ - a que todos e todas nós estamos sujeitos.

Contudo, adquirir habilidades de construir uma relação de confiança com a paciente, abrangendo o atendimento em várias instâncias, contribui para a melhor compreensão das

obrigações sociais e responsabilidades profissionais^{1,8-10,26}. Além disso, alguns^{3,7-9,21} autores discutiram a presença de barreiras nas perspectivas das pacientes, dos profissionais e das instituições e elencaram critérios e processos para minimização dos obstáculos. Assim sendo, prioritariamente, ações foram direcionadas para que o CD se perceba como colaborador da rede de enfrentamento de violência, em que a padronização e normalização do questionamento da história odontológica pregressa seja elaborada para promover assistência específica: reconhecimento humanizado dos padrões de injúria, particularização da conduta clínica e direcionamento para serviços e programas de acolhimento.

Protocolos foram estabelecidos^{9,13,18} com: 1) perguntas objetivas que contemplem informações relativas à agressão; 2) condutas profissionais que validem qualquer tipo de violência como prática ilegítima (reiterando que é um ato condenável, impróprio e uma questão de saúde a ser combatida – essas ações fortalecem a confiança entre paciente- CD); 3) preenchimento criterioso da documentação com descrições e anotações nas próprias palavras da paciente, salientando datas, tipo de agressão, uso ou não de objetos, tempo decorrido até o atendimento odontológico e outros⁷ – estes registros são essenciais para reduzir subnotificações e podem servir como provas periciais⁸; 4) orientação sobre redes de apoio e centros de referência locais e regionais, informando endereços e telefones, visto que não é aceitável simplesmente indicar outro serviço²⁵.

Os processos implementados sugerem que clínicos, especialista, professores e gestores de ensino em Odontologia promovam amplo e constante debate do tema^{3,13,27}, aprofundando-o nas questões de gênero, sexualidade, saúde global e pluralidade sociocultural. Além de informações definidas e atualizadas sobre os locais, os serviços e as redes de apoio. Esses fundamentos darão ao

CD suporte para realização de exames e tratamentos que transcendam as evidências físicas orais de sua paciente, a fim de consolidar critérios inclusivos e integrais de saúde^{9,14,17,18}. De outra maneira, o atendimento mecânico, sem vínculo, afeto e respeito não dá visibilidade às questões políticas e sociais que giram em torno da saúde oral e acaba por reproduzir práticas odontológicas descoladas da realidade brasileira e da primordialidade da profissão¹². Portanto, construir pontes para enfrentar e combater a violência contra as mulheres, utilizando todos os recursos desenvolvidos e em desenvolvimento, é parte do desafio do ensino superior em Odontologia.

Políticas no ensino da Odontologia para o desenvolvimento da integralidade no atendimento

A renovação do Ensino Superior em Odontologia, prevista nas normativas e recomendações das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia^{16,28}, processa-se no estabelecimento e manutenção do compromisso ético e social da profissão para além das atividades tecnicistas inerentes à Odontologia e também nas expectativas da sociedade em relação aos cuidados de saúde bucal, de acordo com os preceitos de integralidade do Sistema Único de Saúde (SUS)^{12,27,28}. Assim, à medida que os atores, em todas as esferas do ensino, reconhecem suas responsabilidades profissionais e integram-nas às obrigações sociais, transformações positivas expandem-se e o processo de aprimoramento da profissão é evidenciado.

Neste contexto, o profissional CD, formado e/ou em formação, passa a fazer parte da rede de apoio de enfrentamento à violência contra a mulher^{13,29} quando o delineamento do plano de ensino para a integração ensino-serviço-comunidade é construído coletivamente com interferências afirmativas na comunidade

acadêmica e científica para iniciar e promover mudanças consistentes^{16,30}. Para alcançar tais mudanças, atitudes essenciais devem permear a expertise dos CDs continuamente^{13,15,25}, por exemplo, expansão do conhecimento, respeito à autonomia da paciente (independente de raça, religião ou nível de escolaridade), alteridade e constante discussão multiprofissional sobre temas de abrangência sociais^{16,26,27}.

No âmbito institucional (universidades e centros de educação), o repúdio explícito à violência é requisito fundamental e indispensável, seguido do estabelecimento de relações horizontais de gênero e estímulo a políticas internas de qualificação, diálogo e suporte para debate, avaliação e divulgação das práticas ativas de violência contra a mulher, interna e externamente^{27,28,31}. No âmbito docente, espera-se atitudes qualificadas e idôneas para mediar e auxiliar o aprofundamento da reflexão individual dos estudantes e em seus pares, trabalhando diretamente crenças, pensamentos e sentimentos e, indiretamente, dissolvendo atitudes baseadas unicamente na experiência pessoal^{12,26,28}. É também papel do docente, em quaisquer especialidade ou título que o consagre, conhecer e compreender as expectativas e adversidades que a inserção do tema no currículo traz, ser vigilante quanto a seus próprios comportamentos^{10,12,15} e gerir pedagogicamente as atividades, expondo-se a contextos que o auxiliem na construção do pensamento crítico cidadão próprio e dos estudantes.

Adicionalmente, a institucionalização da extensão universitária no ensino da Odontologia, por exemplo, viabiliza intervenções multidisciplinares nas quais diversas áreas apontam perspectivas distintas, promovem reflexão, integram-se e propõem alternativas^{3,31}. A extensão universitária baseia-se no processo interdisciplinar, educativo, científico e político que promove e expande os valores democráticos de

equidade às pessoas por meio de acesso à saúde bucal nas suas dimensões humanas, ética, econômica, cultural e social³⁰. Do mesmo modo, as atividades extensivas podem aproximar as condições de desigualdade das pacientes em situação de violência às causas dos agravos bucais constatados, contribuindo favorecendo a capacidade de questionar essas desigualdades e trabalhar associado a outros setores para a redução da chamada “epidemia invisível”³.

As atitudes adquiridas durante a graduação passam por contextos que transformam o indivíduo^{13,15,16,26}, por isso o contato direto estudante-paciente, a reflexão sobre a experiência pessoal do estudante e do docente, a observação, a interação em grupo, a análise da influência cultural local e regional e da persuasão midiática são importantes critérios de competências e habilidades a serem desenvolvidas¹⁵. Tanto nas atividades acadêmicas tradicionais quanto nas de extensão, pesquisas e, principalmente, na avaliação dos processos. Essas performances podem orientar vigorosamente as expectativas, obstáculos, adversidades e reveses intrínsecas da conjunção entre saúde bucal e demanda social. A sensibilização e compreensão da irrefutável certeza de que a paciente não deveria passar por esta situação, assegura minimamente que o CD já integra a rede de enfrentamento contra a violência.

Consequentemente, todos e todas, individual e coletivamente, podemos nos apropriar da nossa autoridade como profissionais de saúde para discutir, ouvir e posicionar-nos contra os tipos de violência, principalmente aquelas praticadas contra mulheres. Essencialmente porque a educação para a cidadania – aquela que produz mudanças culturais – se cria na construção de sujeitos políticos e na sustentabilidade democrática³¹, em que o profissional CD compreende a magnitude de sua profissão e presta seus serviços articulado com a realidade social.

3 CONCLUSÃO

Evidências de condutas sobre o adequado atendimento CD à pacientes em situação de violência foram revisados. Os autores convergem e afirmam que o diálogo e o acolhimento são competências essenciais para construir uma relação de confiança entre profissional e paciente. Boas práticas de investigação da queixa principal e da história pregressa são estratégias fundamentais para oferecer a oportunidade do relato sobre a violência sofrida e dispor de informações sobre os locais, os serviços e as redes de apoio é parte do manejo integral do atendimento odontológico.

Embora alguns estudos apontem pouca aptidão entre CDs em identificar sua função como colaborador do enfrentamento da violência contra a mulher, as responsabilidades profissionais e obrigações sociais pertencem ao conjunto de orientações e recomendações das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia. As discussões político-científicas multiprofissional acerca da integralidade do atendimento, suas lacunas e implementações bem sucedidas têm sido apontadas como fonte de amadurecimento dos preceitos de saúde pública ao longo dos anos.

Intervenções interinstitucionais, assim como a coordenação pedagógica de atividades que incluam propostas de manejo do atendimento e aperfeiçoamento da relação profissional-paciente podem orientar um plano de ensino que incorpore os sentidos da integralidade do atendimento e a contínua reflexão da indissociabilidade entre a queixa odontológica-e-contexto social. Impulsionando-se, desta maneira, a formação de agentes preocupados em minimizar as sequelas desta epidemia invisível.

AGRADECIMENTOS

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) –

Código de Financiamento 001.

ABSTRACT

Dental care integrity for women in violent situations: a narrative review of professional conduct

Improving integrality on dental care for women in a violent situation depends on how the dentist conducts the care practices and how to comprehend the violence. For that reason, the goal of this review was to gather evidence and concerns about the role of dentists in addressing violence against women, professional responsibilities, and social obligation. At PubMed, SciELO, and LILACS were selected research and studies to substantiate and deepen perspectives about integrality on dental care attendance considering the social conflicts implied in the main complaint. Violence against women is produced in gender inequality arising from historical and social processes. Physical aggression is the main complaint. Women assaulted by their partners have a high prevalence of suffering head and face injuries. The violence's sequelae spread to countless problems beyond the physical traces. Dentists do not be able to identify, conduct, and purpose alternatives of global treatment even though with protocols of investigation through the anamnesis. Multiprofessional discussion expands the knowledge and it is an opportunity to reinforce oral health inclusive criteria avoiding mechanical treatment with no respect or affect. Thus, this is a collective construction strategy to establish and maintenance of the ethical and social commitment of Dentistry, on what dentists improve the dental care screening, intervening, and changing behavior according to the real demand of our society.

Descriptors: Violence Against Women. Integrality in Health. Dentist-Patient Relations. Education, Dental.

REFERÊNCIAS

1. Chaves AS, Lund RG, Martos J, Salas MMS, Soares, MRPS. Prevalence of maxillofacial trauma caused by aggression or physical

- violence to adult women and the associated factors: a literature review. *RFO*. 2018; 23(1): 60-67.
2. Petti S, Glendor U, Andersson L. World traumatic dental injury prevalence and incidence, a meta-analysis-One billion living people have had traumatic dental injuries. *Dent Traumatol*. 2018 Apr;34(2): 71-86.
 3. Garcia-Moreno C, Hegartu K, d'Oliveira AFL, Koziol-McLain J, Colombini M, Feder G. The health-systems response to violence against women. *Lancet* 2015; 385: 1567-79.
 4. World Health Organization. WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women: Summary Report of Initial Results on Prevalence, Health Outcomes and Women's Responses. Geneva, Switzerland: World Health Organization. 2005:13-16.
 5. WHO. [Internet]. Global status report on violence prevention. [Acesso em 9 jan 2021]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564793>.
 6. Atlas da Violência 2021. [Internet]. Organizadores: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Brasília-DF. [Acesso em 9 jan 2021]. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/publicacoes>.
 7. Arosarena AO, Fritsch TA, Hsueh Y, Aynehchi B, Haug R. Maxillofacial Injuries and Violence Against Women. *Arch Facial Plast Surg*. 2009;11(1):48-52.
 8. Garbin CAS, Queiroz APDG, Rovida TAS, Garbin AJI. Occurrence of dental traumatic dental injury in cases of domestic violence. *Braz Dent J* (2012) 23(1): 72-6.
 9. Ferreira MC, Batista AM, Ferreira Fde O, Ramos-Jorge ML, Marques LS. Pattern of oral-maxillofacial trauma stemming from interpersonal physical violence and determinant factors. *Dent Traumatol*. 2014 Feb;30(1):15-21.
 10. Nóbrega LM, Bernardino ÍM, Barbosa KGN, E Silva JAL, Massoni ACLT, d'Avila S. Pattern of oral-maxillofacial trauma from violence against women and its associated factors. *Dent Traumatol*. 2017 Jun;33(3):181-188.
 11. Rezende EJC, Araújo TM, Moraes MAS, Santana JSS, Radicchi R. Lesões buco-dentais em mulheres em situação de violência. *Rev Bras Epidemiol*. 2007; 10(2): 202-14.
 12. Pedrosa CM, Spink MJP. A violência contra a mulher no cotidiano dos serviços de saúde: desafios para a formação médica. *Saúde Soc*. 2011;20(1):124-135.
 13. Danley D, Gansky SA, Chow D, Gerbert B. Preparing dental students to recognize and respond to domestic violence: the impact of a brief tutorial. *J Am Dent Assoc*. 2004; 135(1):67-73.
 14. Love C, Gerbert B, Caspers N, Bronstone A, Perry D, Bird W. Dentists' attitudes and behaviors regarding domestic violence. The need for an effective response. *J Am Dent Assoc*. 2001; 132(1):85-93.
 15. Brown G, Manogue M, Rohlin M. Assessing attitudes in dental education: Is it worthwhile? *British Dental J*. 2002; 193: 703-7.
 16. Brasil. [Internet]. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. A aderência dos cursos de graduação em enfermagem, medicina e odontologia às diretrizes curriculares nacionais / Ministério da Saúde, Ministério da Educação. - Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 162 p. [Acesso em 9 jan 2021]. Disponível em: https://abeno.org.br/abeno-files/downloads/download_20111215103241.pdf.
 17. Kundu H, P B, Singla A, Kote S, Singh S, Jain S, Singh K, Vashishtha V. Domestic violence and its effect on oral health behaviour and oral health status. *J Clin Diagn Res*. 2014 Nov;8(11):ZC09-12.
 18. Hendler TJ, Sutherland SE. Domestic violence and its relation to dentistry: a call for change in Canadian dental practice. *J Can Dent Assoc*. 2007 Sep;73(7):617.
 19. Brasil. [Internet] Lei n. 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 União 2006. [Acesso em 9 jan 2021]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2004-2006/2006/lei/111340.htm.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim epidemiológico. Vigilância de violência doméstica, sexual e/ou outras violências: Viva/Sinan – Brasil, 2011. 2013;44(9).
 21. Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2021 [Internet]. Organizadores: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; Fórum Brasileiro de Segurança Pública. [Acesso em 9 jan 2021]. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/anuario-brasileiro-seguranca-publica/>.
 22. Gerbert B, Moe J, Caspers N, Salber P, Feldman M, Herzig K, and other Physicians' response to victims of domestic violence: toward a model of care. *Women Health* 2002; 35(2–3):1-22.
 23. Minsky-Kelly D, Hamberger LK, Pape DA, Wolff M. We've had training, now what? Qualitative analysis of barriers to domestic violence screening and referral in a health care setting. *J Interpers Violence*. 2005; 20(10):1288-309.
 24. Landenburger KM. The dynamics of leaving and recovering from an abusive relationship. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 1998;27:700-6.
 25. Coulthard P, Yong SL, Adamson L, Warburton A, Worthington HV, Esposito M, et al. Domestic violence screening and intervention programmes for adults with dental or facial injury. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 12. Art. No.: CD004486.
 26. Holden ACL. Reflections on the encouragement of altruism in dental education *Eur J Dent Educ*. 2016; 1-5.
 27. Pinheiro R, Mattos RA. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ-IMS, ABRASCO, 2001.
 28. Morita MC, Kriger L, Carvalho ACP, Haddad AE. Implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais em Odontologia. Maringá-PR. Dental Press: ABENO:OPAS:MS, 2007. 160 p.
 29. Coulthard P, Hutchison I, Bell JA, Coulthard ID, Kennedy H. COVID-19, domestic violence and abuse, and urgent dental and oral and maxillofacial surgery care. *Br Dent J*. 2020 Jun;228(12):923-6.
 30. FORPROEX - Fórum de Pró-reitores de Extensão das Universidades Públicas Brasileiras. Política o Nacional de Extensão Universitária. Manaus, Amazonas. 2012. [Acesso em 9 jan 2021]. Disponível em: <https://proex.ufsc.br/files/2016/04/Pol%C3%ADtica-Nacional-de-Extens%C3%A3o-Universit%C3%A1ria-e-book.pdf>.
 31. Bandeira L, Almeida TMC. Desafios das políticas e ações em saúde diante da violência contra as mulheres, *SER Social*. 2008;10(22):183-212.
- Correspondência para:**
Yanna de Omena Soares
e-mail: y229551@dac.unicamp.br
Universidade Estadual de Campinas
Faculdade de Odontologia de Piracicaba
Departamento de Odontologia Restauradora
Divisão de Endodontia
Avenida Limeira, 901 Areião
13414-903 Piracicaba/SP