



Revista Saúde em Redes (ISSN 2446-4813), v. 8, n. 2 (2022).

ARTIGO ORIGINAL

DOI: 10.18310/2446-4813.2022v8n2p291-307

(In)Visibilidade da Violência contra as Mulheres no Exercício da Odontologia.

The Social model of disability in Brazilian research within sensu stricto graduate programs

Gabrielle Pereira de Oliveira

Cirurgiã-dentista (FSG Centro Universitário), Residente em Saúde da Família e Comunidade (UFRGS).

E-mail: gabrielle.oli98@gmail.com

Joice Cadore Sonogo

Psicóloga (UFSM), Mestre e Doutora em Psicologia (UFRGS), docente - FSG Centro Universitário

E-mail: joice.sonogo@fsg.edu.br

Resumo: Objetivo: Esta pesquisa investigou as percepções, conhecimentos e atitudes dos cirurgiões-dentistas frente a violência de gênero. **Método:** Foi realizado um estudo exploratório, de abordagem quantitativa e qualitativa, com 423 cirurgiões-dentistas que responderam uma ficha de dados sociodemográficos e um questionário *online* sobre o tema. Foram realizadas análises de conteúdo, estatísticas descritivas e correlações bivariadas de Spearmam. **Resultados:** demonstrou-se que 27% dos cirurgiões-dentistas atenderam mulheres em situação de violência e 47,5% suspeitaram de situações de violência durante o atendimento. As principais barreiras que impediam a identificação de violência pelo profissional de Odontologia foram: falta de conhecimento no assunto; dificuldade de abordagem; pouca experiência; tempo de consulta e paciente acompanhada. **Conclusões:** O estudo possibilitou a visibilidade da presença de pacientes em situação de violência doméstica em serviços odontológicos, e demonstrou a subnotificação presente nesse setor.

Palavras-chave: Violência de gênero; Cirurgião-dentista; Violência doméstica.

Abstract: Objective: This research investigated the dentists' perceptions, knowledge and attitudes towards gender violence. **Method:** An exploratory study was carried out, with a quantitative and qualitative approach, with 423 dentists who answered a sociodemographic data sheet and an online questionnaire on the topic. Content analysis, descriptive statistics and Spearmam's bivariate correlations were performed. Results: it was shown that 27% of dentists treated women in situations of violence and 47.5% suspected situations of violence during the service. The main barriers that prevented the identification of violence by the dental professional were: lack of knowledge on the subject; difficulty of approach; little experience; consultation time and monitored patient. **Conclusions:** The study enabled the visibility of the presence of patients in situations of domestic violence in dental services, and demonstrated the underreporting present in this sector.

Keywords: Gender-based violence; Dentists; Domestic violence.

Introdução

A violência contra a mulher é um fenômeno complexo que se origina na hierarquia de gênero existente na sociedade de forma estrutural, em que se destacam relações desiguais de poder.¹ Visto isso, ressalte-se que a violência doméstica e familiar contra a mulher se constitui em uma das formas de violação dos direitos humanos e corresponde a um grave problema de saúde pública.²

Aproximadamente uma em cada sete mulheres brasileiras já vivenciaram violência por parceiro íntimo.³ Segundo a base de dados DATASUS⁴, em 2017 foram notificados 307.367 casos de violência doméstica em serviços de saúde, sendo que 71,75% das vítimas eram do sexo feminino. No mesmo ano, mais de 227 mil mulheres denunciaram episódios de agressão em decorrência de violência doméstica, e foram registrados cerca de 13 feminicídios por dia, ocorrendo, em sua maioria, em ambiente doméstico.⁵

Experiências violentas provocam consequências negativas à vida das mulheres, assim, a maior parte da demanda dos serviços de saúde é de vítimas de violência por parceiro íntimo.^{2,6} A presença dessas pacientes também é uma realidade no ambiente odontológico,⁷ no entanto, muitos casos não são notificados por cirurgiões-dentistas,⁸ o que oculta a incidência de situações de violência doméstica no exercício da Odontologia.

O cirurgião-dentista pode identificar situações de violência contra a mulher durante o atendimento, uma vez que lesões orais ocorrem frequentemente em detrimento de agressões.⁹⁻¹² Não apenas isso, mas também se observa que a violência doméstica possui influência significativa no comportamento deficiente de higiene bucal das mulheres,¹³ além da suscetibilidade ao desencadeamento de distúrbios temporomandibulares e dores crônicas.¹⁴ Dessa forma, constata-se o protagonismo do profissional de Odontologia na possível detecção de ocorrências de abusos.

Tendo em vista a relevância do setor de saúde em situações como essa, é necessário a capacitação e sensibilização dos profissionais atuantes dessa área, uma vez que o despreparo dos profissionais de Odontologia pode dificultar identificação de abusos ou violências.⁸ Portanto, conferir visibilidade à violência doméstica contra a mulher na rotina odontológica é imprescindível para que esse setor possa se sensibilizar sobre suas responsabilidades, como profissionais de saúde, em relação ao tema. Por fim, afirma-se que o cirurgião-dentista possui a oportunidade de endossar atitudes positivas frente aos casos deparados durante o exercício da profissão. E a partir disso, podem ser importantes aliados ao combate da violência contra a mulher.

Nesse contexto, essa pesquisa objetivou investigar a ocorrência da violência contra as mulheres na rotina odontológica e a conduta frente aos casos, a partir das experiências vivenciadas por cirurgiões-dentistas. Além disso, esse trabalho realizou uma reflexão sobre as barreiras que impossibilitam o diagnóstico e atendimento adequado de mulheres em situação de violência doméstica, para que estas limitações sejam superadas, a fim de que esses profissionais desempenhem um papel ativo na promoção de saúde dessas pacientes.

Método

Esse estudo é de caráter exploratório, com abordagem quantitativa e qualitativa. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro Universitário da Serra Gaúcha (FSG) (CAAE 35544120.9.0000.5668).

Após revisão bibliográfica, foi desenvolvido o questionário baseado e adaptado na literatura pré-existente. Foram utilizados questões de múltipla escolha que investigaram a ocorrência de casos de violência contra a mulher no exercício da Odontologia e a qualificação dos cirurgiões-dentistas sobre o tema, encontradas em pesquisas de Garbin et al.⁸ e Carvalho et al.¹⁵ E, especificamente sobre a capacidade diagnóstica, foram retiradas perguntas dos questionários dos estudos de Mythri et al.⁷ e Tornavoi et al.¹⁶ Considerando as limitações do método quantitativo ao tentar explicitar problemas complexos,¹⁷ acrescentou-se perguntas abertas que oportunizaram aos participantes justificarem suas respostas para contextualização e análise qualitativa dos dados.

O público-alvo da pesquisa foram cirurgiões-dentistas de diversas especialidades que atuavam no Brasil em âmbito público e/ou privado. Foi realizado o cálculo amostral com nível de 95% de confiança e margem de erro de 5% e, considerando a perda amostral, aumentou-se a amostra em 10%, totalizando aproximadamente 423 participantes, sendo este o número de participantes do presente estudo. Foram excluídos da amostra os profissionais formados que não atuavam em nenhuma área da profissão. A coleta de dados foi realizada no período de setembro a outubro de 2020.

Os cirurgiões-dentistas foram recrutados através da técnica *snowball*.¹⁸ O convite aos participantes foi através das redes sociais como o *Facebook*, *Instagram*, *WhatsApp* e *Twitter*. Além disso, o pesquisador motivou os respondentes para que enviassem o questionário aos cirurgiões-dentistas conhecidos e grupos de profissionais. O levantamento de dados foi feito *online* por meio da

plataforma de questionários da *Google*, em que, para acessar o questionário, os participantes deveriam, obrigatoriamente, aceitar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

As variáveis do estudo foram: idade, identidade de gênero, tempo de atuação, região do Brasil, especialização, âmbito público e/ou privado, ocorrência do atendimento de vítimas de violência contra a mulher no exercício da Odontologia, atitude dos profissionais frente aos casos, capacidade diagnóstica, capacitação e aptidão dos cirurgiões-dentistas em relação ao tema. Foi realizada uma análise de conteúdo das respostas de questões abertas,¹⁹ além da análise estatística descritiva dos dados, teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov e correlação bivariada de Spearman, feitas por meio da ferramenta SPSS versão 19 (*Statistical Package for the Social Sciences*).

Resultados e discussão

Caracterização da amostra

A amostra foi composta por 423 cirurgiões-dentistas com idades entre 21 e 65 anos (omisso= 4; média= 32; desvio padrão= 8,7), sendo 314 (74,2%) mulheres (311 cisgêneros e 3 não especificaram), 106 (25%) homens (105 cisgêneros e 1 não especificou) e 1 (0,2%) não-binário e 2 respostas que não identificaram o gênero.

Destes, 137 (32,4%) atuavam na área da Odontologia há mais de 10 anos e 286 (67,6%) relataram ter menos de 10 anos de atuação. Quanto à região, a maioria atuava no Sudeste (35,5%) e Sul (30,5%), seguidos do Nordeste (22%), Centro-Oeste (6,9%) e Norte (5,2%). A maioria (30,5%) trabalhava no setor privado, correspondendo a 256 participantes, 83 (19,6%) atuavam no setor público e privado conjuntamente, 78 (18,4%) trabalhavam apenas em âmbito público e 6 (1,4%) atuavam em universidades. Foram citadas 32 especializações dos participantes, e 30,1% não possuía especialização.

Violência doméstica contra a mulher na rotina odontológica

A pesquisa demonstrou que 27% (114) dos cirurgiões-dentistas já atenderam mulheres vítimas de violência e 47,5% (201) já suspeitaram de situações de violência durante o atendimento. Os resultados estão em conformidade com o estudo de Tornavoi et al.¹⁶ em que 27% dos profissionais já haviam atendido mulheres vítimas de agressão, e 35% já haviam desconfiado que alguma mulher tenha sofrido

maus-tratos. Em um estudo realizado na Índia, 30% da amostra de cirurgiões-dentistas também relataram que já haviam se deparado com vítimas de violência doméstica.⁷

Neste estudo, 24,2% (62) dos profissionais que atuavam na rede privada relataram o atendimento de casos confirmados de violência contra a mulher, 39,7% (31) dos que atuavam na rede pública e 25,3% (21) dos que atuavam em ambas. Quando questionados sobre suspeita de violência, 39,8% (102) dos cirurgiões-dentistas atuantes no serviço privado já suspeitaram de presença de violência doméstica durante atendimento, 57,7% (45) dos que atuavam no serviço público atenderam suspeitas e 62,7% (52) dos atuantes em ambas as redes. Outro estudo, feito no município de Guaratinguetá, verificou a identificação dessa violência por 36% dos dentistas pesquisados na rede pública e 27% na rede privada. Ao verificar a ocorrência de suspeita de violência, os resultados aumentam para 43% na rede pública e 40% na privada, e também houve um padrão de maior incidência de violência suspeita ou confirmada contra a mulher, comparada à violência contra crianças e idosos.¹⁵

A presença dessas pacientes também ocorre durante a graduação e/ou pós-graduação, sendo que, entre os cirurgiões-dentistas que atuavam em universidades, 33,3% (2) já suspeitaram de situações de violência. Além disso, houveram relatos de suspeitas quando os profissionais estavam em formação, como conferimos nas falas: *“Uma vez suspeitei, conversei com a paciente e com meus professores na época. Fui orientada a não falar especificamente sobre violência, pois não tínhamos provas. [...]”* e *“Estava na faculdade, conversamos com o professor, como não era confirmado e apenas uma suspeita combinamos de observar, tentar conversar com a mulher para ver se aparecia algo mais suspeito ainda.”*

O presente estudo demonstrou que o comparecimento de mulheres vítimas de violência doméstica em setores públicos e privados de saúde odontológica é uma realidade. Houve maior identificação de violência em serviços públicos e a correlação de Spearman demonstrou que os dentistas que atuam em rede pública, conjuntamente em público e privado ou em universidades possuem maior probabilidade em realizar atendimentos suspeitos de vítimas de violência doméstica ($p=0,186$; $p=0,000$) (Tabela 1). Isso acontece pois mulheres de classes baixas são mais vulneráveis ao ocorrido,²⁰ entretanto, há formas de violências observadas apenas em classes mais altas, por exemplo a utilização do patrimônio como forma de poder sobre as mulheres intimidando-as,²¹ ou seja, é um problema que envolve todas as classes sociais e, como o estudo expõe, isso é refletido em todos os âmbitos da saúde.

O tempo de atuação e idade estavam associados ao atendimento de casos suspeitos e confirmados de violência, provavelmente devido à experiência e maior quantidade de pacientes atendidos. Houve correlação entre tempo de atuação com atendimento suspeito ($\rho=0,110$; $p=0,023$) e confirmado ($\rho=0,149$; $p=0,002$) de vítimas de violência, isto é, quanto maior o tempo de atuação, maior a probabilidade de atender uma suspeita ou caso confirmado de violência (Tabela 1). Além disso, quanto maior o tempo de atuação, maior foi a realização da notificação compulsória ($\rho=0,130$; $p=0,007$) (Tabela 1). Como também, quanto maior a idade do participante, maior foi a probabilidade de atender um caso confirmado de violência ($\rho=-0,135$; $p=0,006$), mais chance de realizar a notificação compulsória ($\rho=-0,110$; $p=0,024$) e possibilidade maior de se sentir apto em diagnosticar casos de violência ($\rho=-0,103$; $p=0,035$) (Tabela 1).

Em relação ao gênero, a correlação de Spearman demonstrou que o gênero masculino possuiu maior tendência a relatar o atendimento de casos confirmados de violência contra a mulher ($\rho=0,100$; $p=0,040$) (Tabela 1). Destaca-se, então, a possibilidade de ser perceptível o incômodo da vítima quando atendida por profissional do gênero masculino, o que é refletido na resposta: *“Percebi a paciente desconfortável em ser atendida por profissional Homem.”*

Em relação à conduta dos cirurgiões-dentistas frente aos casos confirmados ou suspeitos de violência, 71,5% (143) conversaram com a vítima, 9,5% (19) comunicaram as autoridades competentes, 2,5% (5) ignoraram e 16,5% (33) realizaram outra conduta. No estudo de Tornavoi et al.¹⁶ também prevaleceu com 69% o diálogo com a vítima, seguido pela comunicação dos fatos às autoridades com 23%. Na pesquisa de Garbin et al.⁸, 24% dos dentistas relataram que notificariam o caso aos órgãos responsáveis, 21% orientariam a vítima a procurar ajuda e 12% buscariam mais informações sobre as providências cabíveis. A conversa com a vítima foi maioria entre as condutas, reforça-se que os princípios fundamentais do atendimento são, respectivamente, validação do relato da mulher, documentação detalhada da situação e sensibilização sobre o possível risco à segurança e saúde da mulher, além do encaminhamento da pessoa a serviços de referência e acompanhamento dos casos identificados,^{22,23} o que foi relatado na fala: *“O cirurgião-dentista é o profissional que mais possibilidade tem de ter contato com esse tipo de paciente [...] cabe a ele diagnosticar, orientar e encaminhar a mulher em situação de violência aos serviços de assistência especializados.”*

Houve relatos de casos vivenciados pelos dentistas durante sua atuação clínica, revelando a complexidade da abordagem dessas situações, como exemplificado nas falas: *“[...] No caso suspeito a*

mulher disse que havia caído sozinha, quebrando dentes anteriores, orientei ela. [...] e *“Criei muitas oportunidades de conversa para ela se sentir segura e falar a respeito disso, mas ela não se abriu.”*. Demonstra-se, então, que as mulheres, muitas vezes, tendem a omitir a situação de violência, por razões como medo, vergonha, dependência emocional e/ou financeira.²⁴

Há uma dificuldade por parte dos cirurgiões-dentistas de confirmar a violência em casos suspeitos por ser um assunto estigmatizado, o que pode ser percebido em algumas respostas como: *“Suspeitei, mas não me posicionei para não gerar conflitos.”* e *“Não conversei com a mulher por ela não ter entrado no assunto.”*. Entretanto, tendo em vista que poucas mulheres realizam a queixa ativa durante o atendimento, é incentivado aos profissionais que abordem o assunto em situação de suspeita de violência,²² o que pode ser fundamental à vítima, como refletido no relato:

“[...] Observei que estava com dificuldade para caminhar, durante o atendimento percebi petéquias na região do pescoço. Após o atendimento, enquanto reagendava a consulta de retorno, me coloquei a disposição caso ela desejasse conversar, argumentando que tinha notado certa tristeza naquele dia. Ela começou a chorar, ergueu a blusa e mostrou inúmeros hematomas. Contou toda a sua vivência de 10 anos de violência. Temia pelas filhas, por isso não tomou atitude alguma. Sugeri que ela tentasse o divórcio amigável. Correto seria denunciar, felizmente ela conseguiu o divórcio, infelizmente abriu mão da sua casa. Mas está feliz e recomeçando a sua vida.”

Outro ponto é o atendimento imediato, muitas vezes de urgência, não ocorrendo a preservação do caso, o que impede o cuidado efetivo e a confirmação da violência doméstica envolvida, como é percebido nas falas: *“Questionei muito sobre a história que ela contou, ela não voltou para o tratamento, só foi fazer a avaliação! Então não pude colher mais informações.”* e *“[...] Os atendimentos até hoje em que eu suspeitei foram atendimentos de emergência, então não houve acompanhamento das pacientes, [...]”*. Destaca-se, então, a importância de uma primeira consulta adequada, focada em uma anamnese detalhada com espaço de diálogo livre de julgamentos morais, além do acompanhamento da paciente.²²

Os casos fazem parte da rotina clínica para cirurgiões-dentistas que atuam em hospitais, como exposto: *“[...] Dentre estas agressões, frequentemente mulheres buscam atendimento hospitalar com histórias de etiologias duvidosas, levando à suspeita de violência contra a mulher.”*, e também na fala:

“Atuo em hospitais de emergência do RJ, na minha rotina diária atendo casos de violência doméstica, já faz parte da nossa avaliação os questionamentos sobre a agressão. Quando percebemos que a paciente tenta fugir do tema, já é

uma resposta positiva a agressão. Vem da mulher a decisão de procurar a polícia e fazer boletim, sempre oriento para que faça, mas sem invadir a privacidade, essa escolha é dela. Faço minha parte fazendo a notificação para o setor de vigilância.”

A violência doméstica acarreta em sofrimento físico e psicológico às vítimas, destacando-se a baixa autoestima e dificuldade nas interações sociais,²⁴ o que é refletido no comportamento da mulher percebido no atendimento, como exemplificado nas falas: *“Geralmente, este perfil da sinais como: não te olha nos olhos, não vem sozinha na consulta e não responde às perguntas (alguém responde por ela), etc...”* e *“Normalmente são casos com algumas características que chamam a atenção como: dependência financeira (do marido), comportamento apático, descuido com a saúde bucal. [...]”*. Uma vez que as condições psicossociais estão associadas ao impacto negativo da condição bucal sobre a qualidade de vida, é possível que vítimas de violência doméstica apresentem desordens bucais, e isso ocasiona o sinergismo entre piora da qualidade de vida, saúde bucal insatisfatória e maior isolamento social da mulher.²⁵

As respostas a seguir demonstram as necessidades odontológicas, adquiridas devido ao histórico de violência, cujo impacto é sentido no exercício do trabalho do cirurgião-dentista: *“[...] a paciente veio anos depois do ocorrido no consultório fazer tto [tratamento] no dente que havia levado um soco, já estava separada do agressor.”* e *“Paciente faz parte do Projeto Apolônias do Bem [ONG que realiza tratamentos odontológicos em vítimas de violência].”*. A partir disso, a Odontologia pode contribuir ao bem-estar dessas mulheres, uma vez que há associação entre saúde bucal, estética dentária e qualidade de vida.²⁶

O trabalho em equipe multiprofissional é imprescindível nesses casos, com foco no cuidado e promoção de saúde da vítima e, devido à complexidade da situação, depende da atuação de diversas áreas. Isso ocorre, em grande maioria, no âmbito público, principalmente com o fortalecimento da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e Núcleo Ampliado a Saúde da Família (NASF),²⁷ como destacado nas respostas: *“Agendei consulta com psicóloga do NASF para confirmarmos a suspeita e orientarmos a paciente de seus direitos.”*, *“Encaminhei minha suspeita pro CRAS [Centro de Referência de Assistência Social] por ser uma família em vulnerabilidade, já conhecida da Assistência.”* e *“Sempre quando acontece uma suspeita, a equipe é informada, assim junto com a enfermeira e o médico da unidade procuramos ir na residência investigar a veracidade da suposição, e em caso afirmativo fazer a*

notificação. Trabalhando com a equipe é mais fácil investigar atos de violência contra a mulher.”. A construção de uma rede de saúde e apoio às mulheres vítimas de violência é fundamental, envolvendo a interdisciplinaridade e profissionais qualificados. Além disso, a fim de se operar em uma “verdadeira política de combate à violência doméstica”, como se refere Saffioti,^{21:91} é necessária a colaboração não apenas da área da saúde, mas também de diversos setores da sociedade, a possibilitar condições materiais para que as mulheres consigam se desvencilhar da violência, conferindo caráter intersetorial as práticas de saúde, abrangendo desde o planejamento, controle e execução das políticas públicas, em que os setores se comunicam e atuam em conjunto.²⁸

A maioria (87,8%) dos cirurgiões-dentistas do presente estudo não realizaram a notificação compulsória frente ao atendimento de vítimas de violência doméstica, o que revela a grande subnotificação desse fenômeno no setor. Além disso, houve menor probabilidade de realização da notificação compulsória entre os atuantes em âmbito privado ($p=-0,149$; $p=0,002$) (Tabela 1). Em relação à responsabilidade ético-legal de notificar os casos, 52,5% (222) afirmaram possuir conhecimento sobre sua obrigatoriedade, porém apenas 24,8% (105) sabiam como realizar a notificação. A pesquisa de Garbin et al.⁸ também apresentou resultados baixos sendo que apenas 26% dos dentistas notificaram casos de violência e 28% conheciam as leis sobre. Ou seja, existe a necessidade de esclarecimento aos profissionais sobre a notificação compulsória e sua execução.^{8,29} A partir disso, ressalta-se ser um dever constitucional dos profissionais de saúde a realização da notificação compulsória dos casos suspeitos ou confirmados de violência contra as mulheres, atendidos em serviços públicos ou privados de saúde.³⁰ Em que os dados de uma situação epidemiológica permitem avaliar a magnitude do problema, os segmentos populacionais vulneráveis, formular e aprimorar medidas de cuidado a nível intersetorial, além de oportunizar o acompanhamento e atenção integral às vítimas. Entretanto, há muitas limitações a serem superadas, desde a expressiva subnotificação por parte dos serviços de saúde, até a ineficiência das medidas de proteção e suporte às mulheres em situação de violência após as notificações dos agravos.³¹

Quanto à identificação da situação de violência, 60,8% (257) cirurgiões-dentistas se consideravam aptos a realizar o diagnóstico e 38,2% (166) não se sentiam aptos para isso. O resultado difere dos estudos mais antigos, como o de Tornavoi et al.¹⁶, em que 64% dos dentistas consideravam-se não aptos a diagnosticar e no estudo de Garbin et al.⁸ em que a maioria dos dentistas não sabia informar a ocorrência dos casos. Ao passar dos anos, o assunto vem sendo disseminado e explorado no

meio social midiático,³² assim, o acesso a informações sobre questões de gênero é facilitado, através de livros, estudos, movimentos organizados, entre outros. Dessa forma, é possível explicar o porquê da maioria dos odontólogos se sentirem aptos a realizar o diagnóstico da violência, diferente de estudos antecessores, estes que também possam ter influenciado. Apesar disso, ainda foi considerável o número de dentistas que não sentiam segurança para diagnosticar os abusos.

Aqueles que se sentiam aptos em diagnosticar, justificaram isso devido aos principais sinais e sintomas percebidos durante o atendimento, como vemos nas respostas: *“O perfil, a maneira da mulher se comportar, a história contada não bate com os sinais clínicos, [...] é muito introspectiva.”*, *“Pelo modo acuado/omisso/sentimento de culpa da paciente transmitir e possíveis lesões que possam ser diagnosticadas durante o atendimento”*. A relação paciente-profissional também foi uma das questões informadas que possibilita o diagnóstico, como na fala:

“Já atendi mulheres (muitas e senhoras casadas há anos) que deixavam a entender, outras efetivamente contavam e se abriam mas não queriam “interrupções”, ajuda nada. Contavam como desabafo ou com a ilusão de que passaria. Já vi espirrarem e doer costela trincada; e dizerem que caíram. Dentes quebrados por tensão - bruxismo grave. Também fratura dentária por trauma/queda.”

A experiência e/ou capacitação em violência de gênero também foram fatores para que os dentistas se sentissem aptos em diagnosticar os casos, como reflete-se: *“Acredito que, por experiência de mais de 10 anos trabalhando com comunidades vulneráveis, por ter cursado uma residência que deu apoio teórico-prático sobre a violência contra a mulher, tenho uma certa facilidade em detectar estes casos. [...]”* e *“Acredito que por estar atuando na rede básica de saúde, vivencio casos de violência o que me fez perceber mais facilmente os casos em que ocorram os fatos.”*

Vivências pessoais de violência pelos profissionais, também pareceram influenciar ao sentimento de sentir apto a diagnosticar: *“Já fui vítima. Assim juntando as evidência clínica somado a conversa podemos detectar”, “Porque vivi quando criança violência doméstica, em que não somente minha mãe, mas todos fomos vítimas do meu pai.”*. Além disso, os movimentos feministas que constroem conhecimentos e lutas acerca do tema,³³ também influenciaram na percepção dos profissionais, como: *“Sou bem envolvida na causa feminista, leio e me atualizo sempre, estaria apta a diagnosticar”* e *“[...] certamente consigo perceber alguns desses sinais. Talvez por ser mulher, por entender alguns aspectos de cunho feminino e feminista!”*.

As principais barreiras que impediam a identificação da violência pelo profissional de Odontologia foram: falta de conhecimento e capacitação no assunto; características e complexidade dessa violência; dificuldade de abordagem; pouca experiência; tempo curto de consulta e paciente acompanhada. Outros estudos apresentaram resultados iguais, porém acrescentaram o desconhecimento de lugares para o encaminhamento das vítimas.^{7,29,34} A fim de superação dessas barreiras, discute-se algumas delas abaixo.

Os principais fatores que dificultaram a identificação da violência por cirurgiões-dentistas deste estudo foram a falta de conhecimento e capacitação no assunto. Sabe-se que a formação acadêmica da área da saúde ainda opera de forma biologicista, ignorando os impactos do meio social no processo saúde-doença dos indivíduos.³⁵ Entretanto, o estudo autônomo e relatos de comoção ao tema foram fatores considerados na identificação da violência, retratado nas respostas: *“Nunca tive nenhum tipo de capacitação a esse respeito. Meu diagnóstico e minha conduta no único caso que tive, foram por minha própria sensibilidade.”* e *“Estudo sobre o assunto, pois atendo famílias disfuncionais com frequência, e, por ser mulher, é um assunto que me toca diretamente.”*

Além disso, o diagnóstico da violência também foi dificultado pelo receio e complexidade de abordagem, como é refletido na afirmação: *“Por mais que eu suspeite, teria medo de confirmar com a paciente e ser desagradável ou invasiva”*. De fato, não é recomendado pressionar a mulher a falar sobre, e sim abordar de forma natural expressando preocupação com sua segurança e saúde. Nesse sentido, existem sugestões de perguntas como, por exemplo: *“Como vão as coisas em casa?”* e *“Muitas mulheres vivenciam situações violentas em casa, você está passando por isso?”*.^{22,23}

O tempo curto de consulta é uma questão que impediu a identificação de situações de violência, como refletido: *“Na correria do dia a dia nos deparamos com muitas pessoas, tendo em vista que o foco é tratamento bucal, não damos atenção devida ao conjunto como um todo. [...]”*. A promoção de saúde integral, muitas vezes, não ocorre devido à precarização do trabalho do cirurgião-dentista, este que é submetido a situações de alta produtividade, em contextos em que a saúde se torna mercadoria.³⁶ Dessa forma, o cuidado em saúde é negligenciado, ocorrendo apenas tratamentos curativos e sintomáticos.

O sistema de justiça também foi citado, além da complexidade de definir a conduta da denúncia por receio de ser identificado e desconhecimento da legislação: *“[...] precisamos também de maior amparo institucional e de proteção a vítima e a quem denuncia. [...] uma possível denúncia, se não for*

tratada de forma adequada, pode gerar mais violência, tanto pra vítima, quanto para o comunicante.”. Por essa razão é preciso ter cautela em relação à denúncia, quando realizada, deve-se considerar a autonomia da mulher.³⁷ Reforça-se que, a Lei n. 11.340, conhecida como Lei Maria da Penha, possui o objetivo de prevenir, punir e erradicar essa violência, e a mulher tem o direito de denunciar, assim como também todo cidadão pode realizar a denúncia anônima.³⁸

A paciente acompanhada foi uma situação levantada entre os obstáculos para identificar e abordar as suspeitas de violência doméstica, como nessa exposição: *“É muito difícil esse tipo de atendimento, uma vez que a maioria dos casos o marido ou pai está junto da mulher/adolescente e não dá abertura. [...]”.* Esse ocorrido é comum, visto que os agressores geralmente apresentam comportamentos controladores, sendo intimidadores e vigilantes da vítima, podendo ser perceptível no consultório.²⁰ O relato seguinte exemplifica isso quando se revela o objetivo do agressor: *“Conversei com as vítimas em alguns casos e conversei com o agressor em outro caso. Neste último, tive a pior das contrapartidas. O intuito dele era de que eu extraísse os dentes anteriores da esposa, já fraturados devido a uma agressão. Como me neguei a realizar o procedimento, ele buscou outro profissional.”.* É importante destacar que a questão da violência nunca deve ser levantada, a menos que a mulher esteja sozinha²² e, caso esteja acompanhada, a situação pode ser manejada como vemos na resposta: *“Sempre que suspeito de um caso, peço para a mulher entrar sozinha no consultório, sob alegação de ser um protocolo de biossegurança e converso claramente com ela sobre minha suspeita”.*

Em casos de violência física contra a mulher, verifica-se que a cabeça e o pescoço são as áreas corporais mais atingidas. Sendo a face o local preferido dos agressores, pois atingem a estética e o psicológico das mulheres.^{9,10,12} Devido essa evidência, a grande maioria dos participantes (82,5%) respondeu estar ciente que as principais lesões físicas em casos de violência são localizadas na cabeça e/ou pescoço. Uma pesquisa realizada na Índia obteve resultado semelhante, sendo que 75% dos dentistas responderam estar cientes sobre lesões decorrentes dessa violência.⁷ Percebe-se não apenas os sinais visíveis de agressão, mas também o psicológico da paciente e a presença de Infecções Sexualmente Transmissíveis:²⁴ *“Observo meus pacientes por um todo se estão ansiosos, introspectivos, agitados, se tem mudança de humor, sinal de violência, alguma doença sexualmente transmissível, se sofre com algum tipo de coação.”.*

A maioria da amostra, sendo 58,2% (246) dos cirurgiões-dentistas, respondeu que não foram oferecidas orientações ou aulas sobre o assunto. Apenas 23,9% (101) relataram que foram orientados

ou participaram de aulas sobre, 13% (55) não se lembravam se receberam orientações e 5% (21) foram orientados, mas não se lembravam a respeito. Houve correlação significativa entre capacitação em violência doméstica contra a mulher e aptidão em identificar os casos ($\rho=-0,142$; $p= 0,003$) (Tabela 2), sendo que 88,1% dos que responderam se sentir aptos em diagnosticar, foram orientados e participaram de aulas sobre o assunto, como no exemplo a seguir: *“Porque fui orientada em como fazer essa identificação nos locais em que fiz estágio e quando tínhamos algum caso suspeito na especialização, os professores conversavam com a gente e explicavam como identificar corretamente e como se portar com a possível vítima.”*. Demonstra-se, então, que a capacitação de profissionais de saúde sobre violência doméstica é uma medida importante para a sensibilização das funções da profissão nesses casos, uma vez que profissionais qualificados demonstram melhor reconhecimento de situações de violência e melhor conduta.²⁹ Contudo, no presente estudo, mesmo havendo essa capacitação, a realização da notificação foi insuficiente.

Carvalho et al.¹⁵ observaram resultados parecidos, em que a maioria (70%) dos entrevistados não receberam informações sobre o assunto durante a graduação e/ou pós-graduação. Devido à demanda, alguns profissionais perceberam a importância da capacitação e solicitavam a mesma em seus locais de trabalho, como percebido na fala: *“Diante da realidade encontrada no território de abrangência da UBS que trabalho, solicitamos a secretaria de saúde um treinamento para diagnósticos de caso de violência contra a mulher. [...]”*. Logo, a realidade demonstra a necessidade de abordagem da temática durante e após a formação profissional.⁷

Considerações Finais

A presente pesquisa oportunizou a visibilidade da ocorrência da violência de gênero na Odontologia e demonstrou a expressiva subnotificação desses casos nesse setor. Com isso, afirma-se a necessidade de alternativas e estratégias educacionais que capacitem os cirurgiões-dentistas para o atendimento. Além disso, os assuntos aqui abordados podem ser aprofundados, para uma melhor compreensão e superação dos fatores que impedem a atuação do cirurgião-dentista em situações complexas que envolvam a produção da saúde de seus pacientes.

A partir da presença dessas vítimas de violência nos setores de saúde, o atendimento das mesmas deve ser livre de julgamentos, para que não as exponha a situações de violência institucional e estrutural por

parte da assistência, visto que o sexismo é um dos fatores associados à produção de iniquidades em saúde, podendo criar situações que afastem as mulheres do serviço por não se sentirem confortáveis.³⁹ Assim, o atendimento humanizado destaca-se como essencial, através do acolhimento e a escuta qualificada às vítimas.²²

Referências

1. Vigano, Samira de M. Maia; Laffin MHLF. Mulheres, políticas públicas e combate à violência de gênero. *História* (São Paulo). 2019;38:1–18.
2. Dahlberg LL, Krug EG. Violência como um problema global de saúde pública. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2007;11:1163–78. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000200007&lang=pt%5Cnhttp://www.scielo.br/pdf/csc/v11n2/30417.pdf
3. Bott S, Guedes A, Ruiz-Celis AP, Mendoza JA. Intimate partner violence in the Americas: A systematic review and reanalysis of national prevalence estimates. *Rev Panam Salud Publica*. 2019;43:1–12.
4. Brasil. DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil [Internet]. 2019 [cited 2020 May 12]. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinannet/cnv/violebr.def>
5. Cergueira D, Bueno S, Lima RS de;, Neme C, Ferreira H, Alves PP, et al. Atlas da Violência. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea); Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Brasília; Rio de Janeiro; São Paulo.; 2019.
6. Lucena KDT de, Vianna RP de T, Nascimento JA do, Campos HFC, Oliveira ECT. Associação entre a violência doméstica e a qualidade de vida das mulheres. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2017;25.
7. Mythri H, Kashinath KR, Raju AS, Suresh K V., Bharateesh J V. Enhancing the dental professional’s responsiveness towards domestic violence; a cross-sectional study. *J Clin Diagnostic Res*. 2015;9:ZC51–3.
8. Garbin CAS, Rovida TAS, Costa AA, Garbin AJI. Percepção e atitude do cirurgião-dentista servidor público frente à violência intrafamiliar em 24 municípios do interior do estado São Paulo, 2013-2014. *Epidemiol e Serv saude Rev do Sist Unico Saude do Bras*. 2016;25:179–86.
9. de Macedo Bernardino Í, Santos LM, Ferreira AVP, de Almeida Lima TLM, da Nóbrega LM, D’Avila S. Intimate partner violence against women, circumstances of aggressions and oral-maxillofacial traumas: A medical-legal and forensic approach. *Leg Med* [Internet]. 2018;31:1–6. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.legalmed.2017.12.001>
10. Castro TL de, Tinoco RLR, LIMA LNC, Costa LR da S, Francesquini Júnior L, Daruge Júnior E. Violence against women: characteristics of head and neck injuries. *RGO - Rev Gaúcha Odontol*. 2017;65:100–8.
11. Rodrigues LG, Barbosa KGN, Silva CJ de P, Alencar GP, D’avila S, Ferreira EF e., et al. Trends of maxillofacial injuries resulting from physical violence in Brazil. *Dent Traumatol*. 2019;00:1–7.
12. Soares ÉMG, Cavalcanti RR, Wanderley AEC, Souto RRFA, Lessa RM, Tenório Neto JF. Análise pericial das lesões situadas em cabeça e pescoço de mulheres vítimas de violência doméstica atendidas em um instituto médico legal de Maceió-AL. *Rev Bras Odontol Leg – RBOL*. 2018;5:12–22.

13. Kundu, Hansa; P., Basavaraj; singla, asHisH; Kote, Sunder; Singh, Shilpi; Jain, Swati; Singh, Khushboo; Vashishtha V. Domestic Violence and its Effect on Oral Health Behaviour and Oral Health Status. *J Clin Diagnostic Res.* 2014;8:9–12.
14. Chandan JS, Thomas T, Bradbury-Jones C, Taylor J, Bandyopadhyay S, Nirantharakumar K. Intimate partner violence and temporomandibular joint disorder. *J Dent [Internet].* 2019;82:98–100. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jdent.2019.01.008>
15. Carvalho, L. M. F.; GALO, R.; SILVA RHA. O cirurgião-dentista frente à violência doméstica: conhecimento dos profissionais em âmbito público e privado. *Med (Ribeirão Preto).* 2013;46:297–304.
16. Tornavoi DC, Galo R, Silva RHA. Conhecimento de profissionais de Odontologia sobre violência doméstica. *RSBO Rev Sul-Brasileira Odontol.* 2011;8:54–9.
17. Richardson RJ e colaboradores. *Pesquisa Social: Métodos e Técnicas.* 3ª. ATLAS, editor. São Paulo; 2010.
18. Vinuto J. A Amostragem Em Bola De Neve Na Pesquisa Qualitativa: Um Debate Em Aberto. *Temáticas.* 2014;22:203–20.
19. Bardin L. *Análise de conteúdo.* 70th ed. SP, editor. São Paulo; 2016.
20. Leite FMC, Luis MA, Amorim MHC, Maciel ELN, Gigante DP. Violência contra a mulher e sua associação com o perfil do parceiro íntimo: estudo com usuárias da atenção primária. *Rev Bras Epidemiol.* 2019;22.
21. Saffioti HIB. *Gênero, patriarcado, violência.* 2ª. Abramo FP, editor. São Paulo; 2011. 9–152 p.
22. World Health Organization. Health care for women subjected to intimate partner violence or sexual violence: A clinical handbook [Internet]. Vol. WHO/RHR/14, World Health Organization. 2014. 68 p. Available from: www.who.int/reproductivehealth
23. Gerbert B, Moe J, Caspers N, Salber P, Feldman M, Herzig K, et al. Simplifying physicians' response to domestic violence. *West J Med.* 2000;172:329–31.
24. Carneiro JB, Gomes NP, Estrela FM, Santana JD de, Mota RS, Erdmann AL. Violência conjugal: repercussões para mulheres e filhas(os). *Esc Anna Nery.* 2017;21:1–7.
25. Ferreira DC, Gonçalves TR, Celeste RK, Olinto MTA, Pattussi MP. Aspectos psicossociais e percepção de impacto da saúde bucal na qualidade de vida em adultos do Sul do Brasil. *Rev Bras Epidemiol.* 2020;23:1–13.
26. Goulart M de A, Condessa AM, Hilgert JB, Hugo FN, Celeste RK. Concerns about dental aesthetics are associated with oral health related quality of life in Southern Brazilian adults. *Cienc e Saude Coletiva.* 2018;23:3957–64.
27. Belotti M, Iglesias A, Avellar LZ. *Análise Documental sobre as Normativas do Trabalho no Núcleo Ampliado de Saúde da Família.* *Psicol ciênc prof [Internet].* 2019;39:1–14. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v39/1982-3703-pcp-39-e185025.pdf%0Ahttp://fi-admin.bvsalud.org/document/view/2xu82>
28. Wanderley MB, Martinelli ML, Paz RDO da; Intersetorialidade nas políticas públicas. *Serv Soc Soc, São Paulo.* 2020;7–13.
29. Martins L de CA, Silva EB da, Dilélio AS, Costa MC da, Colomé ICDS, Arboit J. Violência de gênero: conhecimento e conduta dos profissionais da estratégia saúde da família. *Rev Gauch Enferm.* 2018;39:e20170030.
30. Brasil. Presidência da República. Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003. [Internet]. 2003 p. 10.778. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/2003/L10.778.htm

31. Barufaldi LA, Souto RMCV, Correia RS de B, Montenegro M de MS, Pinto IV, da Silva MMA, et al. Gender violence: a comparison of mortality from aggression against women who have and have not previously reported violence. *Cienc e Saude Coletiva*. 2017;22:2929–38.
32. Sarmiento R. O feminismo no jornalismo. *Cad Pagu*. 2020;1–36.
33. Souza NMF de. When the Body Speaks (to) the Political: Feminist Activism in Latin America and the Quest for Alternative Democratic Futures. *Context Int*. 2019;41:89–112.
34. Parish CL, Pereyra MR, Abel SN, Siegel K, Pollack HA, Metsch LR. Intimate Partner Violence Screening in the Dental Setting: Results of a Nationally Representative Survey. *J Am Dent Assoc*. 2019;149:112–21.
35. Garbois JA, Sodré F, Dalbello-Araujo M. Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde. *Saúde em Debate*. 2017;41:63–76.
36. Bleicher L. O dentista e o mercado de trabalho. *Política saúde bucal no Bras Teor e prática*. 2016;255–72.
37. Marques B de OM, Erthal RM de C, Girianelli VR. Lei Maria da Penha: uma análise crítica à luz da criminologia feminista. *Saúde em Debate*. 2019;43:140–53.
38. Brasil. Presidência da República. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. [Internet]. 2006. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm
39. Werneck J. Racismo institucional e saúde da população negra. *Saúde e Soc*. 2016;25:535–49.

Tabela 1. Correlações entre atitudes e dados sociodemográficos

		Idade	Gênero	Tempo de atuação	Âmbito
Suspeitou de alguma paciente ser vítima de violência doméstica contra a mulher?	Coeficiente	-0,082	0,002	,110	-,186
	p-valor	0,092	0,964	0,023	0,000
Realizou o atendimento de algum caso confirmado de violência contra a mulher?	Coeficiente	-,135	0,100	,149	-0,043
	p-valor	0,006	0,040	0,002	0,381
Realizou a Notificação Compulsória?	Coeficiente	-,110	0,053	,130	-,149
	p-valor	0,024	0,276	0,007	0,002

Se sente apto diagnosticar casos de violência doméstica?	Coeficiente	-,103	0,018	0,070	-0,038
	p-valor	0,035	0,709	0,151	0,435

Sabe como realizar a Notificação Compulsória?	Coeficiente	-0,030	0,056	-0,035	-,106
	p-valor	0,544	0,252	0,471	0,029

Tabela 2. Correlações entre capacitação e aptidão em identificar casos de violência doméstica.

		Caso suspeito de violência	Caso confirmado de violência	Conduta do atendimento dos casos	Realização da Notificação Compulsória	Aptidão em diagnosticar a violência
Capacitação	Coeficiente	-0,026	0,053	0,031	-0,012	-,142
	p-valor	0,592	0,278	0,520	0,811	0,003
