

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL
FACULDADE DE ODONTOLOGIA

LUIZA DE CARLI GRIELEITOW

**A ODONTOLOGIA NO CONTEXTO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA:
RELATO DE CASOS**

CAMPO GRANDE

2024

LUIZA DE CARLI GRIELEITOW

**A ODONTOLOGIA NO CONTEXTO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA:
RELATO DE CASOS**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Faculdade de Odontologia da
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
como parte dos requisitos para a obtenção
do título de Cirurgião-dentista.

Orientador: Prof. Dr. Edilson José Zafalon

CAMPO GRANDE

2024

LUIZA DE CARLI GRIELEITOW

**A ODONTOLOGIA NO CONTEXTO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA:
RELATO DE CASOS**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Faculdade de Odontologia da
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
como parte dos requisitos para a obtenção
do título de Cirurgião-dentista.

Orientador: Prof. Dr. Edilson José Zafalon

Resultado: _____

Campo Grande (MS), _____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Edilson José Zafalon (Presidente)

Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul / UFMS

Prof(). Dr(). _____

Instituição: _____

Prof(). Dr(). _____

Instituição: _____

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus amados pais. Minha mãe, **Ionara De Carli Grieleitow** e meu pai, **Vanderlei Grieleitow**. Os maiores incentivadores dos meus sonhos e admiradores das minhas conquistas.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a **Deus**, pela minha vida, por ter me permitido alcançar e realizar este sonho, por iluminar cada passo meu nesta trajetória e por me abençoar com força, sabedoria e perseverança para superar os obstáculos e concluir mais uma etapa de minha vida.

Um agradecimento especial à **minha mãe** e ao **meu pai**, por todo o amor, incentivo e apoio incondicional durante todos estes anos, por estarem sempre presentes, mesmo que estivéssemos longe e por não medirem esforços para me proporcionar o melhor durante toda a minha trajetória acadêmica.

Agradeço também ao **meu irmão Guilherme**, por compreender a minha ausência durante estes 5 anos em que precisei mudar de cidade para seguir o meu sonho, por me distrair com seus assuntos aleatórios e por me ensinar, indiretamente, que não é necessário se cobrar tanto.

Agradeço ainda ao **meu namorado Thiago**, que sempre ouviu atentamente as minhas explicações específicas sobre Odontologia antes das provas, por me incentivar nos momentos mais difíceis e por me oferecer apoio emocional ao longo de todo este período.

Gostaria de agradecer a **minha dupla Isabela**, por estar comigo todos os dias, por todos os grupos de estudo, onde sempre nos motivamos mutuamente e por ajudar a tornar esse processo mais leve com todas as nossas conversas.

Agradeço à **minha melhor amiga Fernanda**, que mesmo de longe nunca deixou de me apoiar e de me lembrar que sou capaz de conquistar meus objetivos.

Agradeço ainda, a **Universidade Federal de Mato Grosso do Sul**, pela oportunidade de realizar o curso de Odontologia e por se tornar a minha segunda casa durante este período da graduação.

Não posso deixar de agradecer ao **meu orientador, Prof. Dr. Edilson José Zafalon**, pelo auxílio na execução deste trabalho, por todas sugestões construtivas e pela disponibilidade de seu tempo e de sua experiência.

Ainda, agradeço à **banca examinadora**, pelo seu interesse e disponibilidade em avaliar o meu trabalho.

Agradeço também aos **meus professores da FAODO**, que compartilhando seus conhecimentos, experiências e sabedorias, proporcionaram o conhecimento técnico necessário para a minha formação profissional.

Agradeço muito a todos os **meus pacientes** atendidos na graduação, pela confiança que depositaram em meu aprendizado e pela paciência durante os atendimentos.

Por fim, agradeço a todos os **meus amigos**, pela companhia ao longo desta jornada, por compartilharem os momentos bons e ruins da faculdade, pelas conversas e risadas, pelos momentos de descontração e por tornarem essa experiência acadêmica ainda mais especial.

“Entrega teu caminho ao Senhor;
confia n’Ele e Ele o fará.”

Salmos 37:5

RESUMO

Grieleitow LDC. A odontologia no contexto da violência doméstica: relato de casos. Campo Grande; 2024. [Trabalho de Conclusão de Curso – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul].

A violência é reconhecida pela Organização Mundial da Saúde como um problema de saúde pública, e a violência doméstica contra mulheres é um dos tipos mais comuns de violência que ocorrem na sociedade. As consequências da violência são amplas, incluindo danos físicos e psicológicos que afetam a saúde geral e a qualidade de vida das vítimas. O objetivo deste trabalho foi abordar a relação entre a violência doméstica contra mulheres e a atuação odontológica nesses casos. O estudo apresenta três casos clínicos de pacientes que sofreram violência doméstica, destacando como esses episódios influenciaram na saúde bucal e mental das pacientes. O primeiro caso consiste em uma paciente com histórico de violência psicológica, a qual buscou atendimento odontológico por conta de sua baixa autoestima relacionada à sua saúde bucal. A segunda paciente sofreu uma fratura dentária em um dente anterior superior após um episódio de violência física. Já a terceira paciente teve as próteses parciais removíveis danificadas também durante a ocorrência de violência física. O trabalho detalha os procedimentos de diagnóstico, planejamento e tratamento odontológico de cada caso, ressaltando a importância da individualização do tratamento e de oferecer um atendimento integral e interdisciplinar. São discutidas as dificuldades que os profissionais encontram, relacionadas à identificação dos casos de violência, o despreparo na abordagem e à notificação compulsória. Portanto, destaca-se a importância dos profissionais de odontologia no atendimento às vítimas de violência doméstica.

Palavras-chave: Acolhimento. Atenção Odontológica. Autoimagem. Violência Doméstica. Notificação compulsória.

ABSTRACT

Grieleitow LDC. Dentistry in the context of domestic violence: case reports. Campo Grande; 2024. [Course Completion Work – Federal University of Mato Grosso do Sul].

Violence is recognized by the World Health Organization as a public health problem, and domestic violence against women is one of the most common types of violence that occur in society. The consequences of violence are wide-ranging, including physical and psychological damage that affects the general health and quality of life of victims. The objective of this work was to address the relationship between domestic violence against women and dental care in these cases. The study presents three clinical cases of patients who suffered domestic violence, highlighting how these episodes influenced the oral and mental health of patients. The first case consists of a patient with a history of psychological violence, who sought dental care due to her low self-esteem related to her oral health. The second patient suffered a dental fracture in an upper anterior tooth after an episode of physical violence. The third patient had her removable partial dentures also damaged during the occurrence of physical violence. The paper details the diagnostic, planning and dental treatment procedures for each case, highlighting the importance of individualizing treatment and offering comprehensive and interdisciplinary care. The paper discusses the difficulties that professionals encounter in identifying cases of violence, lack of preparation in approaching cases and mandatory reporting. Therefore, the importance of dental professionals in providing care to victims of domestic violence is highlighted.

Keywords: Reception. Dental Care. Self-image. Domestic Violence. Compulsory notification.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Tomografia Computadorizada de Feixe Cônico	18
Figura 2 – Radiografia Panorâmica	19
Figura 3 – Radiografia periapical do dente 45	19
Figura 4 – Exodontia da raiz residual do dente 44	20
Figura 5 – Exodontia da raiz residual (24) e do dente 27	22
Figura 6 – Exodontia das raízes residuais dos dentes 45 e 18	24
Figura 7 – Raízes extraídas	24
Figura 8 – Remoção das suturas	25
Figura 9 – Tratamento endodôntico do dente 35	26
Figura 10 – Substituição das restaurações dos dentes 14 e 15	27
Figura 11 – Fotografia frontal ilustrando a queixa principal da paciente	28
Figura 12 – Fragmento do dente 11	29
Figura 13 – Radiografia periapical inicial do dente 11	29
Figura 14 – Cimentação do pino de fibra de vidro	31
Figura 15 – Colagem do fragmento dental	32
Figura 16 – Ajuste oclusal	33
Figura 17 – Aspecto final imediato	33
Figura 18 – Aspecto clínico após dois meses	34
Figura 19 – Aspecto radiográfico após dois meses	34
Figura 20 - Fotografia tirada pela paciente	35
Figura 21 – Próteses parciais removíveis com os dentes quebrados	36
Figura 22 - Radiografia panorâmica, evidenciando as perdas dentárias	37
Figura 23 – Vista frontal da arcada dentária em oclusão	37
Figura 24 – Aspecto clínico após uso do ultrassom periodontal	38
Figura 25 – Moldagens com as próteses em posição	39
Figura 26 – Próteses após o conserto realizado	40

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVOS	15
3 MATERIAIS E MÉTODO	16
3.1 Aspectos Éticos	16
4 RELATO DE CASOS	17
4.1 Caso Clínico 1	17
4.2 Caso Clínico 2	28
4.3 Caso Clínico 3	35
5 DISCUSSÃO	41
5.1 Contexto Sociocultural	41
5.2 Tipos e Consequências da Violência	42
5.3 Despreparo profissional	45
5.4 Notificação compulsória	47
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	49
7 REFERÊNCIAS	50
ANEXO	54

1. INTRODUÇÃO

De acordo com o Relatório Mundial sobre Violência e Saúde, a Organização Mundial da Saúde (OMS) define a violência como:

“...o uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação.” (KRUG; DAHLBERG; MERCY; ZWI; LOZANO; 2002, p. 5)

Além disso, reconhece a violência como um problema de saúde pública (KRUG et al., 2002). Já a violência de gênero, é descrita pela OMS como qualquer ato de violência contra mulher que cause ou possa causar danos ou sofrimentos físicos, sexuais ou mentais para as vítimas, incluindo ameaças, coação ou privação da liberdade, seja em vida pública ou privada (WHO, 1992).

Portanto, a violência doméstica contra a mulher é uma violação dos direitos humanos, entendida como qualquer ação violenta baseada no gênero, que ocorra no âmbito da unidade doméstica, da família ou em qualquer relação íntima de afeto (BRASIL, 2006).

A violência doméstica contra a mulher é um problema recorrente e preocupante em nossa sociedade (GARCIA et al., 2016). Infelizmente, o Brasil é um país com altos índices e com milhares de casos registrados todos os anos. De acordo com dados do Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania, no segundo semestre de 2023, foram registradas 51.807 denúncias e no primeiro semestre de 2024, 58.160. Totalizando assim, quase 110 mil denúncias de violência doméstica contra mulheres somente em um ano (BRASIL, 2024). As denúncias foram feitas principalmente por meio telefônico, no canal Ligue 180 que pode ser acionado por ligação, WhatsApp, Telegram, no site da Ouvidoria Nacional de Direitos Humanos (ONDH) e pelo aplicativo Direitos Humanos Brasil. O canal Ligue 180 funciona 24 horas por dia, todos os dias da semana (BRASIL, 2005).

Um relatório da OMS, publicado no ano de 2021, apontou que uma em cada três mulheres no mundo sofre, já sofreu ou sofrerá violência física ou sexual ao longo de sua vida (WHO, 2021). O diretor-geral da organização, afirma ainda que esse

cenário foi agravado pela pandemia do Covid-19. Nascimento et al., (2022) estimaram que a violência doméstica contra mulher no cenário pandêmico foi subnotificada e que, com o retorno das atividades, as vítimas retornaram gradativamente às consultas médicas e odontológicas. Assim, os cirurgiões-dentistas precisariam estar atentos aos possíveis sinais de violência detectáveis.

A violência doméstica pode se apresentar de várias formas, sendo elas: sexual, física, emocional, econômica e verbal. As consequências disso podem ser de curto, médio e longo prazo. As de curto prazo caracterizam-se principalmente pelas lesões físicas. Os impactos de médio e longo prazo podem gerar diversos sintomas psicológicos e psicossomáticos. Entre as diversas formas de violência, uma agressão física pode causar lesões graves em diferentes partes do corpo, inclusive na região de cabeça e pescoço e na cavidade oral, área de atuação da Odontologia (BREGULLA et al., 2022). O estudo de Castro et al., (2017) constatou que 58% de sua amostra apresentava lesões craniofaciais e bucais. Verificou ainda que dentre as lesões intraorais, a mais comum é a fratura dentária que acomete principalmente os incisivos centrais superiores. Essas regiões são as mais acometidas pois têm um caráter de humilhação, de superioridade do agressor sobre a vítima, gerando vergonha e diminuindo sua autoestima (GARBIN et al., 2006).

Ainda que a violência doméstica (VD) abranja vários enfoques e particularidades, o Instituto Maria da Penha (IMP) apresenta o conceito da psicóloga norte-americana Lenore Walker, em que a VD possui um caráter cíclico que se repete constantemente. De acordo com a psicóloga, esse ciclo é composto por três fases: a primeira sendo o aumento da tensão, a segunda o ato de violência e a terceira intitulada “lua de mel” (INSTITUTO MARIA DA PENHA, 2009).

A primeira fase representa o aumento da tensão no relacionamento, causada por motivos insignificantes. Além do agressor se apresentar irritado, faz agressões verbais e ameaças, humilha a vítima, subtrai e destrói objetos (INSTITUTO MARIA DA PENHA, 2009). Com isso, se estabelece uma relação de poder do agressor sobre a vítima que passa a se sentir culpada pela situação e a evitar qualquer ato que possa irritar mais ainda o agressor. Além disso, a mulher tende a negar que essa situação esteja ocorrendo, procura justificativas para o comportamento do agressor e passa a esconder os fatos das pessoas ao seu redor. No entanto, ao se culpar e achar essa

situação normal, as tensões tendem a aumentar e progride para a segunda fase (SILVA et al., 2019).

A fase 2 é caracterizada pela “explosão” do agressor e pelo ato de violência, onde toda tensão presente na fase 1 culmina em violência física. Essa fase geralmente é a de menor duração, mas também é a que apresenta maior risco para a vítima. Aqui, a mulher tem consciência do que está acontecendo, mas dificilmente reage, por conta do medo e da tensão psicológica que está sentindo. Nessa fase, a mulher também pode sofrer com algumas consequências da tensão psicológica, como ansiedade, insônia, vergonha, perda de peso, solidão, entre outras. Embora, em geral, as vítimas se sintam impossibilitadas de reagir, algumas buscam alternativas para se afastar do agressor. A exemplo disso, denunciam o homem, buscam ajuda de familiares e redes de apoio, pedem o divórcio e em alguns casos até cometem suicídio (INSTITUTO MARIA DA PENHA, 2009).

A terceira e última fase é a chamada “lua de mel”, quando ocorre o arrependimento por parte do agressor e este começa a agir de maneira mais carinhosa com o objetivo de reconciliar-se com a vítima. Nesta fase, há uma mudança de comportamento do homem por um período de tempo, e com isso, a vítima se sente confusa, mas também, feliz por conta da mudança de atitude do parceiro e, portanto, decide continuar na relação. No entanto, com o passar do tempo, as tensões retornam e aumentam, fazendo com que o ciclo recomece.

Com o tempo, esse ciclo se dá em um intervalo menor entre as fases e sem obedecer a uma ordem entre elas. Caso esse ciclo de violência não seja rompido, pode representar grande perigo à vida da vítima, podendo até terminar em feminicídio. Por conta disso, ressalta-se a importância da Lei Maria da Penha, e de outros mecanismos que visam prevenir e diminuir a violência doméstica e familiar contra as mulheres, bem como interromper esse ciclo (MONTEIRO, 2012).

Diante de tantas consequências e agravos que a violência doméstica pode gerar, existe outro problema que é a falta de cuidados com a saúde geral e bucal. Como exemplo, o presente trabalho teve como objetivo apresentar três casos clínicos, sendo o primeiro no qual a paciente foi vítima de violência doméstica e apresentava efeitos psicológicos que refletiam em sinais evidentes em sua cavidade oral, como um descuido com a saúde bucal, possivelmente relacionado com a violência sofrida; o

segundo caso, em que a paciente sofreu violência física, a qual resultou em uma fratura dental de um dente anterior superior; e o terceiro caso, em que a paciente teve suas próteses parciais removíveis superior e inferior quebradas durante um episódio de violência doméstica. Destaca-se que a violência doméstica contra mulher é um problema social, portanto, é necessário que o cirurgião dentista tenha uma conduta empática e acolhedora durante o atendimento destas pacientes.

2. OBJETIVO

Abordar a relação entre a violência doméstica contra mulheres e a atuação odontológica nesses casos, apresentando a evolução de três casos clínicos, envolvendo especialidades odontológicas na obtenção de um resultado funcional e estético.

3. MATERIAIS E MÉTODO

3.1. Aspectos éticos

O presente trabalho é uma sequência de estudos e casos clínicos anteriormente submetidos e aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (UFMS) sob o protocolo CAAE: 82990318.0.0000.0021.

Destaca-se que como exigência e requisito para aprovação do Comitê de Ética, as participantes receberam as explicações, orientações e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

4. RELATO DE CASOS

4.1. Caso Clínico 01

4.1.1. Primeira consulta – Anamnese, exame intra/extraoral e exame radiográfico

Paciente do sexo feminino, 37 anos, compareceu à Clínica Odontológica da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (UFMS) no ano de 2022, quando foi atendida primeiramente na disciplina de Estomatologia II, para avaliação inicial. Posteriormente, em 2023, a paciente começou a ser atendida na disciplina de Clínica II, tendo início o tratamento.

Sua queixa principal era que havia “alguns dentes faltando e queria colocar implantes”, pois a falta desses elementos dentais a deixava com vergonha. Na anamnese, a paciente relatou que tinha problemas respiratórios como asma, mas que estava controlada, bem como outros problemas sistêmicos como anemia, também tratada.

A mesma relatou que fazia uso de medicamentos como o Primosiston®, um anticoncepcional para tratamento de adeniose e hemorragia uterina. Além disso, confirmou ser alérgica a Salbutamol®, o que descobriu durante o tratamento da asma e não soube informar qual medicamento usou para substituir o Salbutamol® na ocasião.

Ainda na anamnese, a paciente relatou que havia terminado um relacionamento em que havia sofrido violência doméstica, especificamente violência psicológica, e que tinha crises de ansiedade e de pânico decorrentes das situações que vivenciava com o companheiro.

No exame físico extrabucal, foi identificada a presença de linfadenopatia nos gânglios cervicais superficiais de ambos os lados e manchas marrons bilaterais e assimétricas na região de malar, sugestivo de melasma gravídico.

Em relação à sua saúde bucal, a higienização oral era realizada duas vezes ao dia, mas não utilizava fio dental e apresentava sangramento gengival durante a escovação. Sentia dores na articulação temporomandibular, frequentes dores de cabeça e possuía o hábito de ranger os dentes, sendo que foi notada a possível relação entre esses três fatores. Ademais, a autopercepção da saúde bucal pela

paciente foi considerada ruim quando a mesma expôs que não ia a uma consulta com um cirurgião-dentista desde o ano de 2020.

Ao exame clínico intraoral, notou-se a presença de raízes residuais dos elementos 18, 24 e 44, sendo estes, portanto, indicados para extração, bem como o dente 27 que apresentava grande destruição coronária, além de uma comunicação buco sinusal observada por meio de tomografia computadorizada de feixe cônico (Figura 1). A paciente também apresentava desgaste incisal em todos os dentes anteriores, cálculo dental na face lingual dos incisivos inferiores, diversas restaurações, sendo satisfatórias nos dentes 14, 15, 25, 26, 34 e 38 e insatisfatórias nos dentes 17, 16, 15, 14, 35, e 45 e ausência dos dentes 28, 36, 37, 46, 47 e 48.

Na radiografia panorâmica, foi identificada uma imagem radiopaca bem definida, na região de molares inferiores do lado esquerdo sugestiva de raiz remanescente ou esclerose óssea (Figura 2).

Observou-se uma fístula na região de rebordo posterior inferior direito. Após realizada radiografia periapical da região, notou-se uma imagem radiopaca sugestiva de raiz remanescente. Por meio da mesma radiografia, foi possível verificar uma lesão periapical no dente 45, confirmando a necessidade de tratamento endodôntico (Figura 3).

Figura 1 – Tomografia computadorizada de feixe cônico: observa-se comunicação buco sinusal no dente 27.



Fonte: própria.

Figura 2 – Radiografia panorâmica: observam-se ausências de elementos dentários, raízes residuais, imagem radiopaca em região de molares inferiores do lado esquerdo e área radiolúcida sugestiva de lesão periapical do dente 45.



Fonte: própria.

Figura 3 – Radiografia periapical do dente 45: para comprovação de maior detalhamento de área radiolúcida sugestiva de lesão periapical.



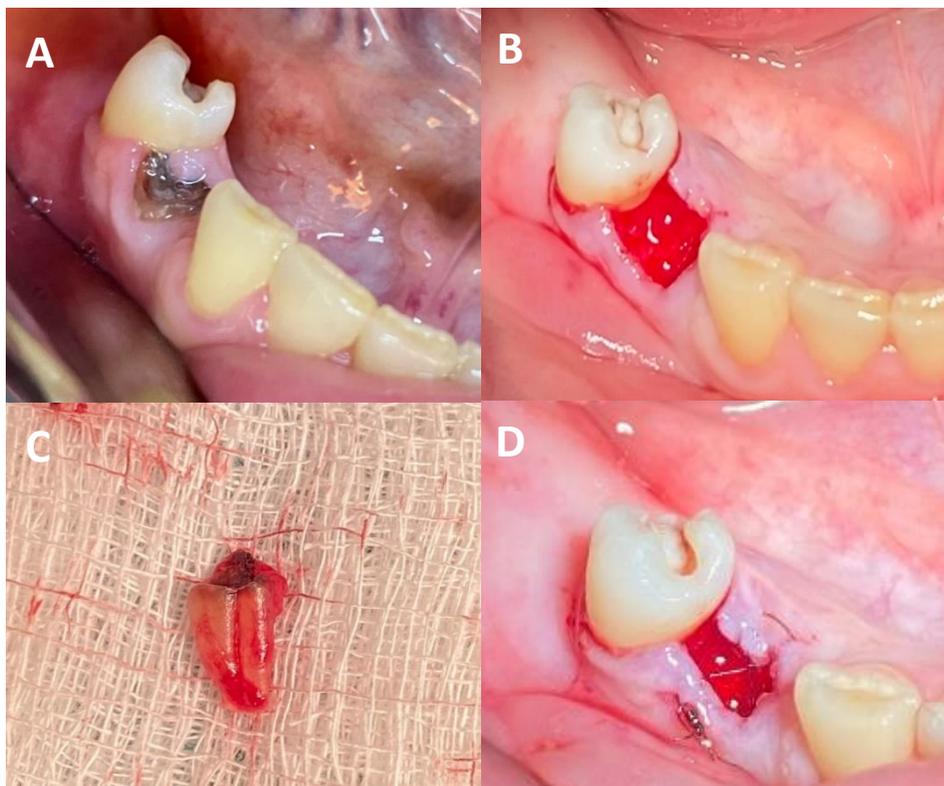
Fonte: própria.

Após a anamnese e procedimentos iniciais, constatou-se que a paciente apresentava um quadro clínico complexo, com múltiplas necessidades odontológicas, condições sistêmicas controladas e antecedentes de violência psicológica que impactavam inclusive em sua saúde mental. Para o plano de tratamento considerou-se todas essas variáveis para proporcionar um atendimento integral e eficaz. Planejou-se realizar um encaminhamento ao psicólogo, porém, a paciente relatou que já estava fazendo acompanhamento com este profissional. Sendo assim, procedeu-se a sequência do tratamento.

4.1.2 Segunda consulta - Exodontia da raiz residual do dente 44

Para o procedimento de exodontia, foi feita antissepsia intraoral com Clorexidina 0,12% e extraoral com Clorexidina 2%, aplicação do anestésico tópico benzocaína localmente e anestesia infiltrativa na região vestibular e lingual do dente 44 com Lidocaína a 2% + epinefrina. Posteriormente, foi feito descolamento gengival com o descolador de Molt (Quinelato®), o rompimento das fibras gengivais com o sindesmótomo (Quinelato®) e a luxação com as alavancas Seldin (Millennium - Golgran®) para remoção da raiz residual. Em seguida, foi feita a curetagem do alvéolo com cureta (Golgran®) e irrigação com soro fisiológico. Por fim, foi realizada sutura com fio de nylon 5.0 (Procure®) (Figura 4), prescrição medicamentosa de anti-inflamatório (Ibuprofeno 600mg, 01 comprimido a cada 8 horas por 03 dias), analgésico (Dipirona sódica 500mg/ml, 40 gotas de 6 em 6 horas por 02 dias) e bochecho com Digluconato de Clorexidina 0,12%, duas vezes ao dia, por 07 dias, além de instruções pós-operatórias. Após sete dias, foi feita a remoção da sutura e observou-se aspecto de normalidade nos alvéolos.

Figura 4 – Exodontia da raiz residual do dente 44. Em A: aspecto inicial da raiz residual do dente 44; em B: alvéolo após procedimento cirúrgico realizado; em C: raiz removida; em D: alvéolo após sutura.

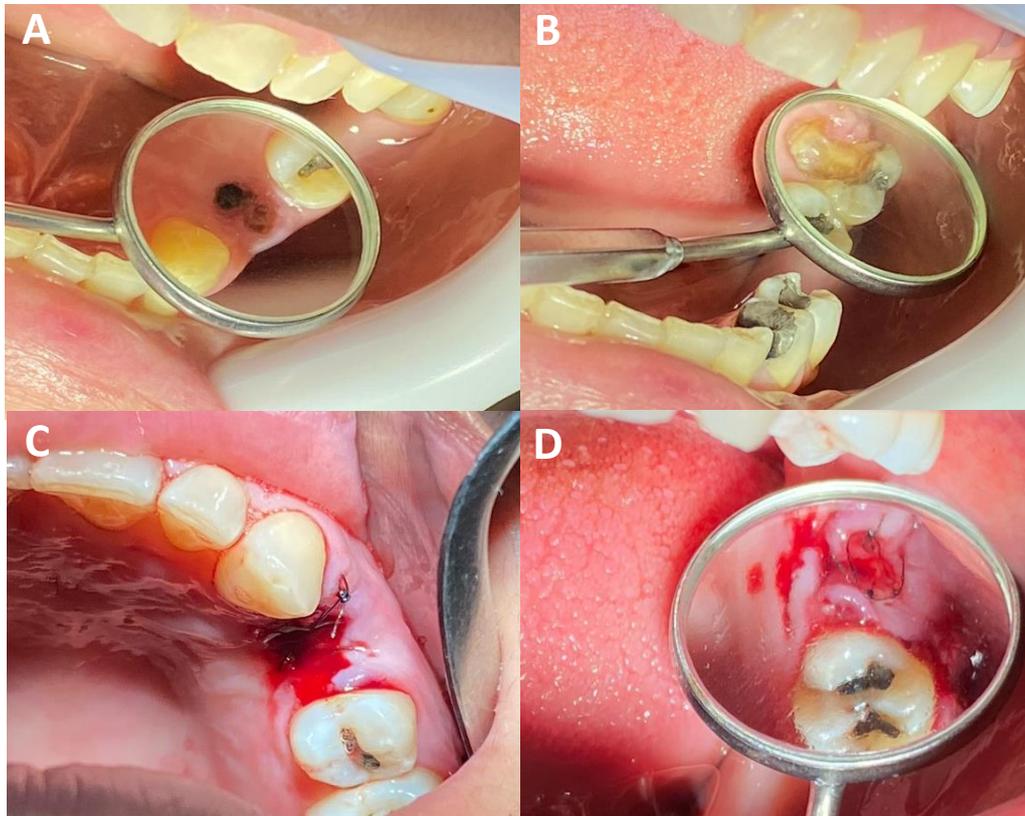


Fonte: própria.

4.1.3 Terceira consulta - Exodontia da raiz residual (24) e dente (27)

Iniciou-se fazendo antissepsia intraoral com Clorexidina 0,12% e extraoral com Clorexidina 2%. Depois, foi feita aplicação de anestésico tópico Benzocaína no local da punção, seguido de anestesia por bloqueio dos nervos alveolar superior posterior, médio e palatino maior do lado esquerdo com Lidocaína 2% + epinefrina. A raiz residual do dente 24 foi extraída primeiro, de acordo com os seguintes passos clínicos: descolamento gengival com o descolador de Molt (Quinelato®), rompimento das fibras gengivais com o sindesmótomo (Quinelato®) e luxação com as alavancas Seldin (Millennium – Golgran®), até a sua extração. Na sequência, foi realizada curetagem do alvéolo (Golgran®), irrigação com soro fisiológico e sutura com fio de nylon 5.0 (Procure®). O dente 27 foi extraído logo depois, seguindo a mesma sequência de procedimentos cirúrgicos executados na raiz residual do dente 24, com exceção da curetagem, que não foi feita, e da sutura que foi realizada com uma técnica diferente. Como observado anteriormente em tomografia computadorizada de feixe cônico, o dente 27 apresentava uma comunicação buco sinusal, então, foi realizado um retalho vestibular para cicatrização por primeira intenção (Figura 5). Ao final, foi feita prescrição medicamentosa de anti-inflamatório (Ibuprofeno 600mg - 1 comprimido de 8 em 8 horas por 03 dias), analgésico (Dipirona sódica 500mg/ml – 40 gotas de 6 em 6 horas por 02 dias) e bochecho com Digluconato de Clorexidina 0,12%, duas vezes ao dia por 07 dias. A paciente não retornou na semana seguinte para remoção da sutura, e segundo relato da mesma, removeu a sutura sozinha, em casa.

Figura 5 – Exodontia da raiz residual (24) e do dente 27. Em A: aspecto inicial da raiz residual do dente 24; em B: aspecto inicial do dente 27; em C: aspecto final após a extração e sutura da raiz residual do dente 24; em D: aspecto final após a extração e sutura com avanço de retalho vestibular para fechamento por primeira intenção no dente 27.



Fonte: própria.

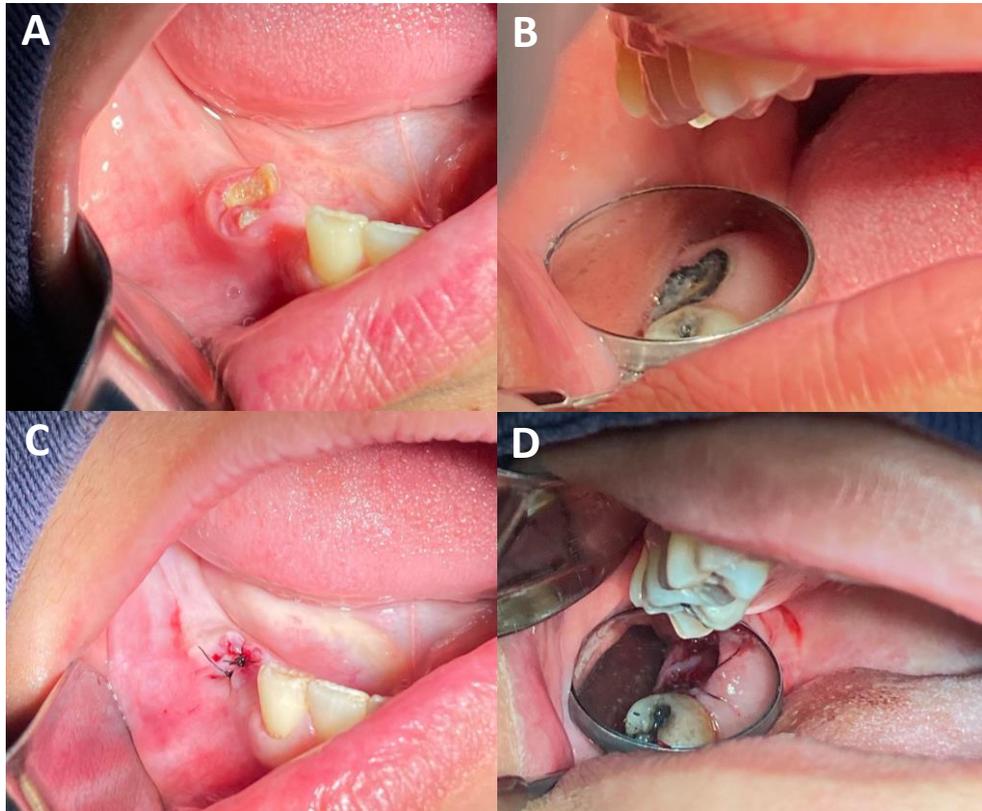
Após o terceiro atendimento, a paciente ficou um período de nove meses sem comparecer às consultas, e quando retornou, foi necessário readequar o plano de tratamento. O dente 45, que anteriormente estava com tratamento endodôntico indicado, teve indicação de exodontia em decorrência da destruição coronária severa e o dente 35 que estava com uma restauração insatisfatória anteriormente, passou a ter necessidade de tratamento endodôntico, cimentação de pino de fibra de vidro e confecção de prótese fixa unitária.

4.1.4 Quarta consulta - Exodontia das raízes residuais dos dentes 45 e 18

De início, foi feita antissepsia intraoral com Clorexidina 0,12% e extraoral com Clorexidina 2%, aplicação do anestésico tópico Benzocaína localmente e anestesia

infiltrativa na região vestibular e lingual do dente 45 com Lidocaína a 2% + epinefrina. Posteriormente, foi feito descolamento gengival com o descolador de Molt (Quinelato®), rompimento das fibras gengivais com o sindesmótomo (Quinelato®) e luxação com as alavancas Seldin (Millennium - Golgran®) para remoção da raiz residual. Em seguida, foi feita a curetagem do alvéolo com cureta (Golgran®) pois havia lesão periapical (Figura 7) e irrigação com soro fisiológico e sutura com fio de nylon 5.0 (Procare®). Após a extração do dente 45, iniciou-se o procedimento cirúrgico para extração do dente 18. Aplicou-se anestésico tópico Benzocaína localmente, seguido de anestesia por bloqueio dos nervos alveolar superior posterior e palatino maior do lado direito com Lidocaína a 2% + epinefrina. Depois, foram realizados os procedimentos de descolamento gengival (descolador de Molt - Quinelato®), rompimento das fibras gengivais (sindesmótomo - Quinelato®) e luxação da raiz até a sua saída do alvéolo (Figura 7) com as alavancas Seldin (Millennium – Golgran®), irrigação com soro fisiológico e sutura com fio de nylon 5.0 (Procare®) igual aos procedimentos relatados anteriormente no dente 45 (Figura 6). Por fim, foi feita prescrição medicamentosa de anti-inflamatório (Ibuprofeno 600mg - 1 comprimido de 8 em 8 horas por 03 dias), analgésico (Dipirona sódica 500mg/ml – 40 gotas de 6 em 6 horas por 02 dias) e bochecho com Digluconato de Clorexidina 0,12%, duas vezes ao dia por 07 dias.

Figura 6 – Exodontia das raízes residuais dos dentes 45 e 18. Em A: aspecto inicial da raiz residual do elemento 45; em B: aspecto inicial da raiz residual do elemento 18; em C e D: aspecto após remoção das raízes residuais e sutura dos elementos 45 e 18, respectivamente.



Fonte: própria.

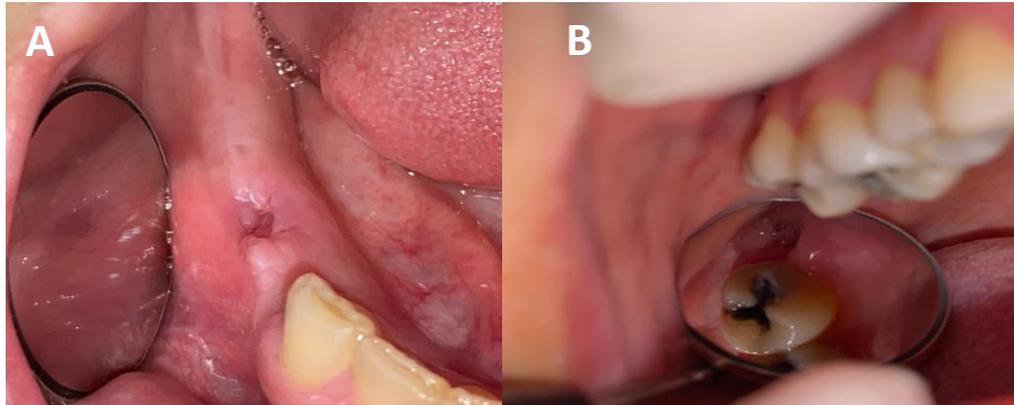
Figura 7 – Raízes extraídas. Em A: raiz residual do dente 45, com lesão periapical; em B: raiz residual do elemento 18



Fonte: própria.

Após doze dias, a paciente retornou para remoção da sutura, e observou-se aspecto de normalidade e boa cicatrização dos alvéolos (Figura 8).

Figura 8 – Remoção das suturas. Em A e em B, respectivamente: aspecto do alvéolo do elemento 45 e 18, com a sutura removida 12 dias após a extração.

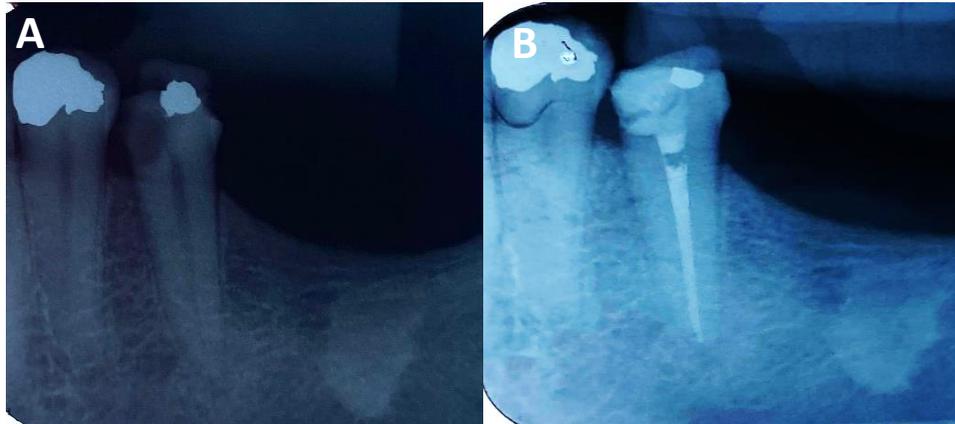


Fonte: própria.

4.1.5 Quinta consulta – Tratamento endodôntico do dente 35

Inicialmente foi feito bochecho com Clorexidina 0,12%, profilaxia com pedra pomes e água, aplicação de anestésico tópico benzocaína localmente e anestesia infiltrativa na região vestibular e lingual do dente 35 com Lidocaína a 2% + epinefrina. Em seguida, foi feito o isolamento absoluto (arco de Ostby Angelus® e lençol de borracha Madeitex®) e abertura coronária com ponta diamantada esférica 1014HL (KG Sorensen®), preparo do terço cervical com a lima Orifice Shapper (SMF – MK LIFE®), odontometria eletrônica (localizador apical eletrônico Finepex - Schuster®), preparo químico-mecânico dos terços médio e apical até a lima #35 (SMF – MK LIFE®), protocolo de irrigação com hipoclorito de sódio 2,5% (Rioquímica®) e EDTA trissódico 17% (Biodinâmica®), seguido de neutralização com soro fisiológico. Por fim, foi feita a obturação do canal radicular pela técnica do cone único com guta-percha Odous de Deus® tamanho Medium calibrado em #40, selamento da cavidade de acesso com cimento de ionômero de vidro para restauração (SS White®) e radiografia periapical final (Figura 9).

Figura 9 – Tratamento endodôntico do dente 35. Em A: radiografia inicial do dente 35; em B: radiografia final.



Fonte: própria.

4.1.6 Sexta consulta - Substituição das restaurações dos dentes 14 e 15

Iniciou-se com bochecho com Clorexidina 0,12%, profilaxia com pedra pomes e água, aplicação de anestésico tópico Benzocaína localmente e anestesia infiltrativa na região vestibular e lingual dos dentes 14, 15 e 16 com Lidocaína a 2% + epinefrina. Em sequência, foi realizado o isolamento absoluto (arco de Ostby Angelus® e lençol de borracha Madeitex®) com grampo nº 26 (Golgran ®) no dente 16 e remoção das restaurações em amálgama na oclusal dos dentes 14 e 15 com ponta diamantada esférica 1012 (KG Sorensen®). Após remover as restaurações, foi observado que havia tecido cariado no local, então, foi feita a remoção com curetas de dentina (Golgran®) e broca carbide (KG Sorensen®). No dente 15, foi necessário remover a parede distal, pois após a remoção de tecido cariado, esta ficou muito fina. Em seguida, foi feita a proteção dos dentes vizinhos com IsoTape (TDV - DLA®), condicionamento com ácido fosfórico 37% (Allprime®) por 30 segundos em esmalte e 15 segundos em dentina em ambos os dentes, lavagem abundante com água destilada, remoção do excesso de umidade com papel absorvente estéril, aplicação do adesivo (Ambar – FGM®) em esmalte e dentina, volatilização com jato de ar por 20 segundos, reaplicação do adesivo e fotopolimerização por 40 segundos (Emitter A Fit - Schuster®). Depois, foi feita inserção de matriz metálica (Unimatrix – Tdv ®) e cunha anatômica de madeira (Tdv ®) na distal do dente 15. Em seguida, foi realizada a restauração em resina composta em ambos os dentes (Opallis cor DA4 – FGM® e

Z100 cor A3,5, 3M ESPE®) (Figura 10), remoção do isolamento absoluto e ajuste oclusal com papel carbono (Accufilm II - Parkell®) e broca carbide multilaminada 9803FF (FG – KAVO®).

Figura 10 – Substituição das restaurações dos dentes 14 e 15. Em A: aspecto inicial das restaurações insatisfatórias em amálgama na oclusal dos dentes 14 e 15; em B: aspecto final das restaurações após a substituição por resina composta.



Fonte: própria.

De acordo com o planejamento, os próximos procedimentos a serem realizados seriam a substituição das restaurações dos dentes 16 e 17 e, em seguida a reabilitação protética com pino de fibra de vidro e prótese fixa no dente 35, além de prótese parcial removível inferior. No entanto, a paciente relatou que estava prestes a iniciar em um novo emprego, e no momento não possuía condições financeiras para dar prosseguimento ao tratamento.

Diante disso, a Defensoria Pública do Estado de Mato Grosso do Sul manifestou o interesse em encaminhar o trâmite jurídico para o pagamento das despesas, no entanto, o tempo para ser cumprido é moroso. A paciente relatou que não conseguiria realizar os processos burocráticos no momento, nem comparecer às consultas seguintes, pelo motivo de não poder faltar em seu novo emprego. Portanto, optou por interromper o tratamento por tempo indeterminado.

4.2. Caso clínico 2

4.2.1. Primeira consulta – Anamnese, exame intra/extraoral e exame radiográfico

Paciente do sexo feminino, 25 anos, compareceu à Clínica Odontológica da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (UFMS) no ano de 2023, onde foi atendida por encaminhamento da Defensoria Pública do Mato Grosso do Sul e necessidade de tratamento em decorrência de violência física doméstica, sendo a queixa principal da vítima era “o dente da frente quebrado”, o que comprometia a função e principalmente a estética (Figura 11).

Figura 11 – Fotografia frontal ilustrando a queixa principal da paciente.



Fonte: própria.

Na anamnese, constatou-se que a paciente não possuía nenhum problema sistêmico de saúde, porém relatou tabagismo.

A paciente relatou ainda, que teve anemia, mas já foi tratada. Em relação aos medicamentos, a mesma não fazia uso de nenhum, não possuía alergia a fármacos nem a outras substâncias não medicamentosas. Em continuidade, já durante a primeira consulta, a paciente descreveu o episódio de violência, em que seu antigo companheiro havia entrado em sua residência e praticado o ato físico de violência que ocasionou a fratura do dente 11. Foi relatado ainda que o fragmento dental havia sido

achado e estava intacto, o que foi confirmado posteriormente quando a paciente, então, apresentou o fragmento (Figura 12).

Figura 12 – Fragmento do dente 11, apresentado pela paciente na primeira consulta.



Fonte: própria.

Ao exame clínico intraoral, confirmou-se a fratura dental do elemento 11. Além disso, foram constatadas restaurações satisfatórias nos dentes 16, 26, 37, 46 e 47, cálculo dental na face lingual dos incisivos inferiores e giroversão nos dentes 34, 35 e 44.

Por meio de uma radiografia periapical da região de incisivos centrais superiores, observou-se um tratamento endodôntico satisfatório no dente 11 (Figura 13).

Figura 13 – Radiografia periapical inicial do dente 11 – constatado tratamento endodôntico satisfatório.



Fonte: própria.

Ao exame físico extrabucal, foram identificadas somente manchas de cor marrom e assimétricas, de ambos os lados, na região de malar, sugestivo de melasma gravídico. Tanto a avaliação da articulação temporomandibular, quanto o exame das cadeias ganglionares apresentaram situação de normalidade.

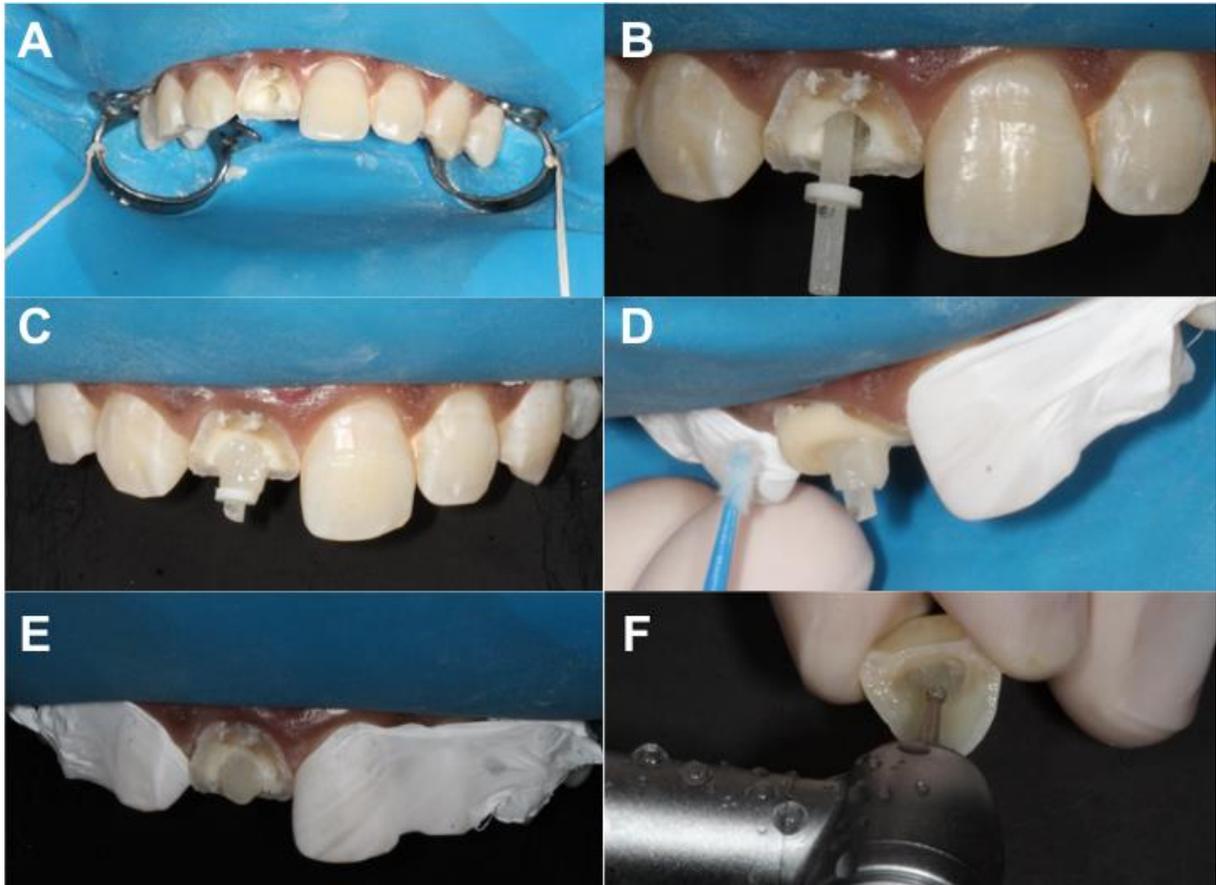
Acerca da higiene bucal, a escovação era feita duas vezes ao dia e a utilização do fio dental, uma vez ao dia. A autopercepção da saúde bucal foi considerada regular, apesar de a paciente relatar que ia ao dentista frequentemente, em média, três vezes ao ano.

4.2.2. Segunda consulta – Tratamento restaurador com colagem do fragmento

Primeiramente, realizou-se bochecho com Clorexidina 0,12%, profilaxia com pedra pomes e água e anestesia nos dentes 11, 14 e 24 com aplicação de anestésico tópico benzocaína localmente além de anestesia infiltrativa na região vestibular e lingual dos dentes com Lidocaína a 2% + epinefrina. Em seguida, foi feito o isolamento absoluto modificado (arco de Young Golgran® e lençol de borracha Madeitex®) e desobturação do canal radicular (brocas Gates e Largo - MK LIFE®), respeitando o limite de 5mm obturados no terço apical.

Em seguida, foi feita a prova e anatomização do pino de fibra de vidro (Whitepost DC #2, FGM®) com resina composta (Z350 XT cor A1E, 3M ESPE®), limpeza do conduto radicular com soro fisiológico e secagem com papel absorvente (Cellpack - Allprime®), preparo do pino de fibra de vidro, fazendo a limpeza com ácido fosfórico 37% (Allprime®) por um minuto, seguido de lavagem e secagem, aplicação de silano (Denstply Sirona®) e adesivo (OptiBond FL, Kerr Corporation®) e fotopolimerização por 40 segundos (Emitter A Fit - Schuster®). Depois, foi realizada a cimentação do pino de fibra de vidro com cimento resinoso dual autoadesivo (RelyX U200 – 3M ESPE®), confecção do núcleo de preenchimento com resina composta (Z350 XT cor A1E, 3M ESPE®) e desgaste de dentina no fragmento dental com ponta esférica diamantada 1014 (KG Sorensen®) para melhor adaptação ao núcleo de preenchimento (Figura 14).

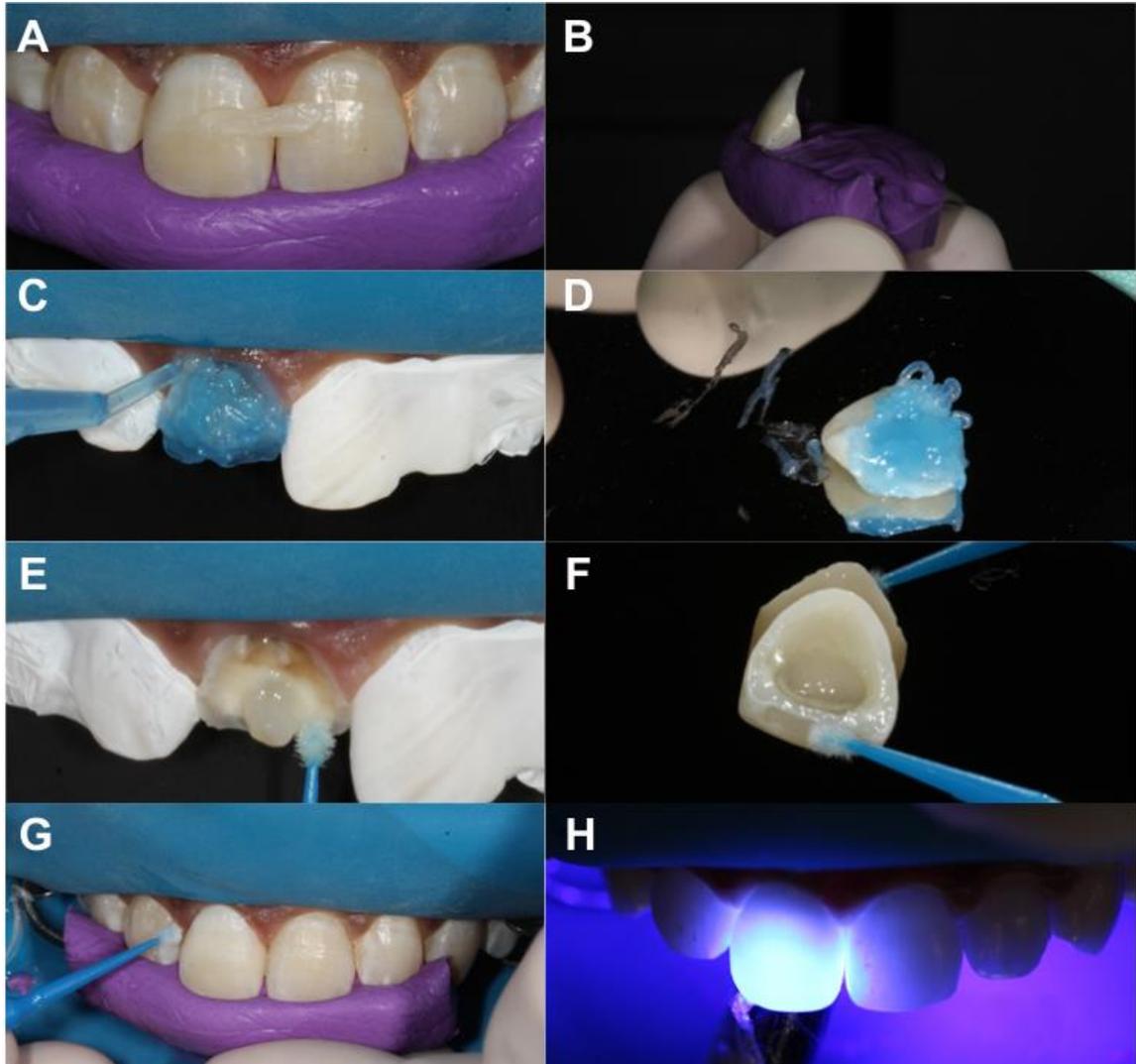
Figura 14 – Cimentação do pino de fibra de vidro. Em A: isolamento absoluto modificado; em B: seleção do pino de fibra de vidro; em C: anatomização do pino de fibra de vidro com resina composta; em D: cimentação do pino de fibra de vidro com cimento resinoso autoadesivo; em E: confecção do núcleo de preenchimento com resina composta; em F: desgaste de dentina no fragmento dental.



Fonte: própria.

Logo depois, foi confeccionada uma guia com silicone de adição (Silic-one Putty Soft, FGM®) e preparo do remanescente e do fragmento - condicionamento com ácido fosfórico 37% (Allprime®), sendo por 30 segundos em esmalte e 15 segundos em dentina, lavagem e remoção da umidade, aplicação de adesivo (OptiBond FL, Kerr Corporation®), remoção dos excessos e fotopolimerização por 40 segundos (Emitter A Fit - Schuster®). Posteriormente, foi feita inserção de cimento resinoso dual convencional (RelyX ARC, 3M ESPE ®) no remanescente e no fragmento dental, posicionamento da guia, remoção de excessos, fotoativação por 60 segundos em cada face (Emitter A Fit - Schuster®), remoção da guia e fotoativação final por mais 60 segundos em cada face (Figura 15).

Figura 15 – Colagem do fragmento dental. Em A: confecção da guia; em B: adaptação do fragmento dental na guia; em C: condicionamento ácido do remanescente; em D: condicionamento ácido do fragmento; em E: aplicação de adesivo no remanescente; em F: aplicação de adesivo no fragmento; em G: guia posicionada e remoção de excessos de cimento; em H: fotoativação final após remoção da guia.

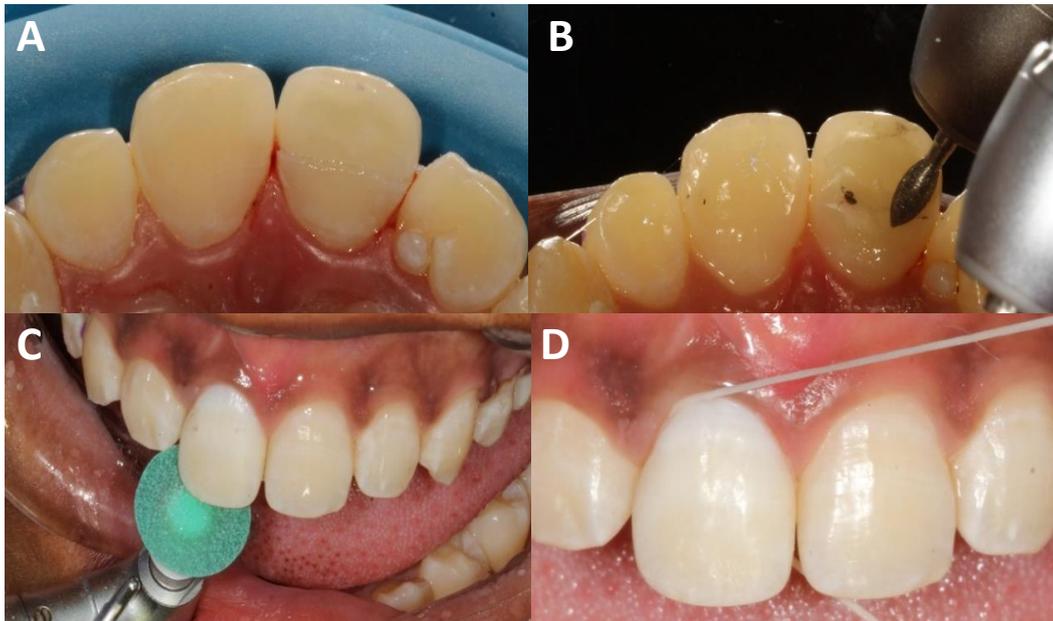


Fonte: própria.

Na face palatina, a linha de colagem ficou com um “gap”, portanto, para obter melhor adaptação e estética, foi feita inserção de resina flow (Tetric N-Flow Bulk Fill - Ivoclar Vivadent®) no local.

Por fim, foi feita a remoção do isolamento absoluto e ajuste da face palatina com papel carbono (Accufilm II - Parkell®), ponta diamantada 3118 (KG Sorensen®) e discos de acabamento (Microdont®), além do uso do fio dental para verificar se não havia excessos de material na área subgengival (Figura 16).

Figura 16 – Ajuste oclusal. Em A: desadaptação na face palatina do dente 11 após colagem do fragmento; em B: ajuste com ponta diamantada 3118; em C: ajuste com disco de lixa; em D: verificação de excessos com o fio dental.



Fonte: própria.

Com a colagem do fragmento dental, foi devolvido à paciente a estética, a função e a fonética, além de preservar o elemento dental natural da mesma. Além disso, segundo a paciente, o tratamento gerou um impacto positivo e instantâneo em sua autoestima. Considerando-se então, que foi obtido um bom resultado imediato (Figura 17).

Figura 17 – Aspecto final imediato. Em A: vista frontal; em B: vista em oclusão; em C: vista lateral; em D: paciente sorrindo.



Fonte: própria.

4.2.3. Terceira consulta – controle após dois meses

Apesar de o dente ter ficado com uma coloração mais esbranquiçada do que os seus adjacentes, a paciente possui um sorriso baixo, o que mascara este aspecto. Ademais, após dois meses, a paciente retornou para fazer uma consulta de controle, e foi observado que a característica esbranquiçada se atenuou (Figura 18).

Figura 18 – Aspecto clínico após dois meses. Em A: vista frontal; em B: vista em oclusão; em C: vista lateral; em D: paciente sorrindo.



Fonte: própria.

Também foi realizada uma radiografia periapical, e constatou-se normalidade nos tecidos periapicais (Figura 19).

Figura 19 – Aspecto radiográfico após dois meses – constatado normalidade dos tecidos periapicais.



Fonte: própria.

4.3. Caso clínico 3

4.3.1. Primeira consulta – Anamnese e exame intra/extraoral

Paciente do sexo feminino, 39 anos, compareceu à Clínica Odontológica da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS) por meio de encaminhamento da Defensoria Pública do Mato Grosso do Sul, no mês de outubro de 2024, tendo como queixa principal a “necessidade de próteses novas”.

Na anamnese, constatou-se que a paciente não possuía nenhum problema sistêmico de saúde, porém, fazia uso de cigarro com filtro eventualmente, e isso estava relacionado com situações que geravam estresse ou ansiedade. Além disso, utilizava um único medicamento, o anticoncepcional Implanon MTX®, sendo este, um implante subcutâneo. Ademais, a paciente não possuía alergia a fármacos nem a outras substâncias não medicamentosas.

Ainda durante a anamnese, a paciente relatou o episódio de violência física que havia ocorrido recentemente, com uma barra de ferro em direção ao seu rosto. Esse episódio de violência resultou em lacerações no lábio superior e na quebra dos dentes de suas próteses parciais removíveis (PPR). A paciente apresentou ainda, uma fotografia (Figura 20) tirada logo após a ocorrência da violência doméstica, comprovando o que havia dito anteriormente. A impossibilidade de utilização das próteses fez com que a paciente apresentasse uma queixa estética, visto que os dentes protéticos quebrados foram os dentes 21, 22 e 31, sendo todos estes dentes anteriores (Figura 21).

Figura 20 – Fotografia tirada pela paciente, logo após a ocorrência da violência, mostrando a laceração em lábio superior e ausência dos dentes protéticos 21 e 22.



Fonte: própria.

Figura 21 – Próteses parciais removíveis com os dentes quebrados. Em A: Ausência dos dentes 21 e 22 na PPR superior; em B: ausência do dente 31 na PPR inferior.



Fonte: própria.

Em relação à saúde bucal, a paciente mencionou que possuía o hábito de roer as unhas, que sentia dor espontânea em alguns dentes e que percebia sangramento gengival provocado pela escovação dentária. Sobre a higiene bucal, a escovação é feita uma vez por dia, com creme dental e não utiliza fio dental nem faz bochecho com nenhum produto.

A paciente informou que não costuma ir ao dentista, sendo que a última consulta odontológica foi há quatro anos. Explicou ainda que o motivo disso é “por ser mãe solteira, ter seis filhos para criar e sustentar sozinha. Assim, não sobra tempo nem dinheiro para cuidar de si mesma”. No entanto, considerou sua saúde bucal péssima e disse estar disposta a mudar esse cenário.

Durante o exame físico extrabucal, notou-se uma fibrose na região de lábio superior, que segundo a paciente, apareceu após a agressão sofrida. A articulação temporomandibular e as cadeias ganglionares apresentaram-se em situação de normalidade.

Foi realizada uma radiografia panorâmica (Figura 22), na qual foi possível observar ausência dos dentes 18, 16, 14, 12, 11, 21, 22, 24, 26, 28, 31, 36, 38, 46 e 48.

Figura 22 – Radiografia panorâmica, evidenciando as perdas dentárias.



Fonte: própria.

Ao exame clínico intraoral, observou-se um quadro de gengivite generalizada, acúmulo de biofilme em todos os dentes (Figura 23), apresentando sangramento ao utilizar o fio dental e ao fazer a profilaxia odontológica. Por este motivo, não foi possível fazer o preenchimento do odontograma na primeira consulta, mas verificou-se que havia diversas lesões cervicais cariosas, cálculo dentário em vários dentes, algumas cavidades de cáries ativas nas oclusais e proximais.

Figura 23 – Vista frontal da arcada dentária em oclusão, evidenciando grande acúmulo de biofilme.



Fonte: própria.

4.3.2. Segunda consulta – Raspagem e alisamento corono radicular com ultrassom periodontal

Para realizar a raspagem e alisamento corono radicular (RACR), foi necessário anestésiar algumas regiões onde a paciente apresentava sensibilidade. Foi utilizado Lidocaína a 2% + epinefrina para fazer anestesia infiltrativa, e, em seguida, realizou-se a raspagem com ultrassom periodontal (Figura 24). Além disso, também foi realizado o preenchimento do odontograma. Observou-se que havia lesões cervicais cariosas nos dentes 23, 32, 33, 34, 35, 41, 42, 43, 44 e 45, além de lesões de cárie ativa nas proximais dos dentes 23, 25, 32, 41, 42, 43 e 45 e na oclusal dos dentes 44, 45 e 47. Notou-se também, a presença de lesões de cárie inativas nas proximais dos dentes 13 e 15, na oclusal do dente 47 e restaurações satisfatórias na oclusal dos dentes 35 e 37 e na mesial, vestibular e palatina do dente 13.

Figura 24 – Aspecto clínico após uso do ultrassom periodontal.



Fonte: própria.

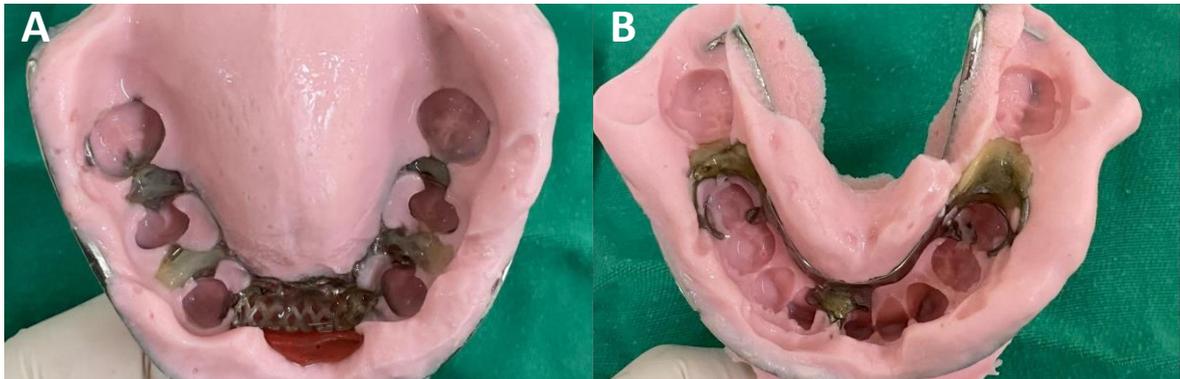
Foram disponibilizados à paciente uma escova de dentes e um fio dental, e posteriormente foi feita instrução de higiene oral, o que denota a condição de vulnerabilidade socioeconômica da paciente.

4.3.3. Terceira consulta – Conserto das próteses

Após analisar as armações protéticas e observar que ambas estavam adequadas, optou-se por realizar o conserto das próteses antes de realizar a adequação do meio, como geralmente é preconizado nos planos de tratamento. O objetivo foi solucionar a queixa principal da paciente, e incentivá-la a melhorar sua autoestima para que a mesma passasse a ter uma continuidade nos cuidados com sua saúde bucal. Ressaltou-se a importância de adequar o plano de tratamento de acordo com as particularidades do paciente.

Foi necessário utilizar o ultrassom periodontal também nas próteses, devido ao acúmulo considerável de resíduos difíceis de serem removidos. A paciente relatou nunca ter recebido orientação quanto à higienização das próteses. Em seguida, realizou-se a moldagem com alginato de ambos os arcos mantendo as próteses parciais removíveis em boca durante a moldagem (Figura 25).

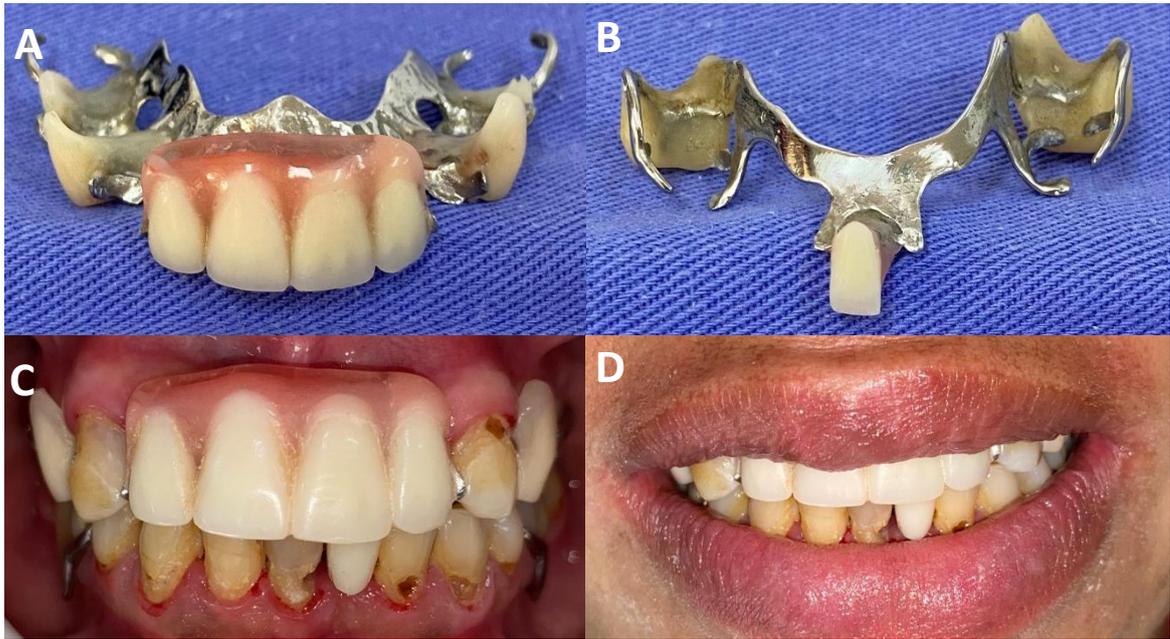
Figura 25 – Moldagens com as próteses em posição. Em A: moldagem do arco superior; em B: moldagem do arco inferior.



Fonte: própria.

As moldagens foram enviadas ao laboratório e o conserto foi feito, recolocando os dentes ausentes - 21 e 22 da prótese superior e o dente 31 da prótese inferior (Figura 26).

Figura 26 – Próteses após o conserto realizado. Em A: prótese superior; em B: prótese inferior; em C: paciente ocluindo com a prótese; em D: paciente sorrindo.



Fonte: própria.

Este caso ainda não foi finalizado, a paciente está em atendimento na clínica da FAODO.

5. DISCUSSÃO

5.1. Contexto Sociocultural

Sabe-se que a violência é um problema de saúde pública que afeta o mundo todo (OMS, 2002), e apesar de somente no século XXI ser reconhecida desta maneira, é um problema que há muito tempo atinge principalmente as mulheres.

Embora a violência ainda seja um problema recorrente, o papel social das mulheres se modificou gradualmente a partir das Grandes Guerras e da Revolução Industrial (GARBIN et al., 2006), uma vez que os episódios de violência contra mulher ocasionados em ambiente doméstico e cometidos por parceiros antigamente eram vistos com normalidade (MONTEIRO, 2012).

A partir do século XXI, o cenário se tornou mais propício para denúncias e para o suporte/apoio das vítimas, pois passaram a existir diversas medidas de combate à violência contra mulher, sendo a mais importante delas a Lei Maria da Penha (LMP) nº 11.340, criada em 2006, um importante mecanismo legal que visa prevenir e inibir a violência doméstica e familiar contra mulher, além de tipificar e diferenciar a VCM em cinco formas: física, psicológica, sexual, patrimonial e moral (BRASIL, 2006).

A violência contra mulher (VCM) é um fenômeno complexo com raízes históricas, sociais e culturais, em que o fator gerador do problema pode ser entendido como uma construção sociocultural patriarcal no qual as desigualdades entre os sexos masculino e feminino são vistas com normalidade (FONSECA; LUCAS, 2006). Nesse contexto, há um processo de hierarquização dos papéis de gênero, sendo que o homem exerce um papel de poder e dominação sobre a mulher, a qual deve ser submissa, passiva e exercer um papel maternal (SILVA et al., 2019).

Reforçando essa questão, Silva et al., (2019) acrescentaram ainda que desde quando a criança nasce, já é ensinado o que é ser homem e o que é ser mulher, e assim sendo, a família, a escola, a igreja e as mídias sociais interferem na formação de identidade da pessoa. Exemplificando isso, há a diferença de cores, brinquedos e comportamentos entre os sexos masculino e feminino, de acordo com o que é socialmente aceitável. Nesse contexto sociocultural, tem-se que a mulher deve cuidar

do lar e dos filhos, bem como educá-los, exercendo seu papel maternal, enquanto ao homem, cabe a função de trabalhar e sustentar a casa e a família. Porém, quando a mulher não aceita esse papel socialmente imposto, pode sofrer com uma demonstração de poder do homem sobre ela, que geralmente resulta em violência.

Adicionalmente, outros mecanismos têm sido criados para atuar na diminuição da violência doméstica e fortalecer a divulgação da LMP, como é o caso do “Agosto Lilás”, uma campanha criada pela Subsecretaria de Políticas Públicas para Mulheres (SPPM) do estado de Mato Grosso do Sul no ano de 2016. Esta campanha tem, entre outros objetivos, informar a população sobre o que é violência contra mulher, além de divulgar os mecanismos de denúncia existentes e os serviços de saúde especializados na rede de atendimentos a essas mulheres (SILVA et al., 2023). Devido ao sucesso e importância do “Agosto Lilás”, foi aprovado no ano de 2020 o Projeto de Lei nº 3855/2020 com a finalidade de estabelecer em âmbito nacional o referido como o mês de proteção à mulher, designado à conscientização para o fim da violência contra mulher (BRASIL, 2020).

5.2. Tipos e consequências da violência

Como citado anteriormente, existem cinco tipos de violência contra mulher: física, psicológica, sexual, patrimonial e moral (BRASIL, 2006) e todas as formas de violência geram consequências negativas para a saúde física e mental da vítima, refletindo também em desequilíbrios no seu convívio em todas as esferas sociais (GARBIN et al., 2006).

A violência física consiste no uso da força física do agressor sobre a vítima e é o tipo mais frequente de violência contra as mulheres (CARVALHO et al., 2023). As lesões extraorais concentram-se em várias regiões da cabeça, pescoço e face, sendo a região mais acometida a orbital, seguida da cervical e por último, a frontal. Em relação às lesões intraorais, a mucosa labial é a mais atingida, sendo os ferimentos mais comuns equimoses, escoriações e laceração. Além disso, os dentes também são bastante acometidos, sendo que cerca de 50% dos casos apresentam fraturas,

principalmente nos incisivos centrais superiores como ocorrido em um dos casos apresentados neste trabalho.

Demonstrando isso, tem-se os casos clínicos 2 e 3, onde ambas as pacientes haviam sofrido violência física, que resultou em danos à sua saúde bucal, além de afetar suas relações sociais. A paciente do caso clínico 2 teve seu incisivo central superior fraturado durante a violência, e além do dano funcional, está envolvida também a estética, por ser um dente anterior. Semelhantemente, a paciente do caso clínico 3 sofreu consequências físicas, como a laceração do lábio superior e a quebra dos dentes protéticos, mas também resultou em danos estéticos, pois a prótese ficou inutilizável com os dentes anteriores quebrados.

Pode-se entender que o rosto é um alvo fácil, justamente por conta de ser uma parte proeminente e vulnerável do corpo, que pode facilmente ser atingido por outras pessoas ou até mesmo por objetos. Isso explica a quantidade elevada de lesões nessa região e também o fato de a região de cabeça e pescoço ser a mais atingida em casos de violência física. Além disso, outra explicação para a grande ocorrência de lesões na face é a representatividade das pessoas através dela (CASTRO et al., 2017).

Vale ressaltar que, quando o agressor atinge a face da vítima, gera um sentimento de humilhação na mesma, a qual também sente prejudicada a sua beleza feminina, que é muito valorizada socialmente (GARBIN et al., 2006), bem como é intencional quando pretende-se constranger publicamente a vítima. Exemplificando essa questão, menciona-se os dois casos em que as vítimas sofreram a violência física atingindo a região da face, resultando em consequências funcionais, mas ambas as pacientes tinham como queixa principal a estética.

As consequências da violência física são diversas, podendo ser parcialmente resolvidas em prazo curto, como nos dois últimos casos, nos quais em uma sessão foi feita a colagem do fragmento dental e o conserto das próteses, respectivamente nos casos 2 e 3, restaurando assim a função e a estética. Porém, as consequências podem ser de longo prazo, ocasionando problemas crônicos e sequelas para toda a vida, como deficiências físicas, limitações do movimento motor, problemas relacionados ao trauma e saúde mental, entre outras consequências (FONSECA; LUCAS, 2006).

Diferentemente da violência física, a violência psicológica, na qual o homem tem a necessidade de controlar a mulher, mantê-la submissa e afirmar sua posição de superioridade e poder, é mais sutil e não é visível aos outros. Portanto, é mais difícil de ser detectada, sendo que muitas vezes nem a própria vítima percebe essas agressões, e quando percebe, possui inúmeras dificuldades para provar o que está vivenciando.

Este tipo de violência acontece de várias maneiras, como olhar de desprezo, tom de voz ameaçador e palavras humilhantes, onde a vítima internaliza esses comportamentos e acaba se sentindo merecedora de tais atos, bem como achando essa situação normal. Outras formas mais graves de violência psicológica são o isolamento social da vítima, ciúme excessivo, perseguição, humilhação, intimidação e ameaças. É importante ressaltar também que a violência psicológica tende a se repetir e se intensificar, além de que pode preceder a violência física (MONTEIRO, 2012).

A mulher que passa por essa situação está sujeita a sofrer com várias consequências negativas, como o sentimento de inferioridade, baixa autoestima, insônia, falta de apetite e de concentração, irritabilidade e pesadelos. Sequencialmente, transtornos mentais como depressão, crises de ansiedade e de pânico também podem surgir em decorrência das agressões psicológicas sofridas (SILVA et al., 2020). No caso clínico 1, a paciente sofria com a violência psicológica e relatou crises de ansiedade e de pânico, além da baixa autoestima que afetava os seus cuidados com a saúde geral, em especial, a saúde bucal.

A violência sexual é outra forma de VCM, que consiste em qualquer atividade ou prática sexual forçada, sem o consentimento da vítima. Outros atos que representam esse tipo de violência são chantagem, intimidação, ameaças, não deixar a mulher usar contraceptivos e obrigá-la a engravidar. Por fim, tem-se a violência patrimonial e a moral, sendo que a primeira corresponde a qualquer ato que resulte em danos, perdas, retenção ou subtração de bens, documentos e qualquer objeto que seja de posse da vítima; e a segunda representa qualquer ato de difamação, calúnia ou injúria (BRASIL, 2006).

O sofrimento causado à vítima está presente em todos os tipos de violência, sendo percebido através das consequências subsequentes aos atos de violência que influenciam na saúde e bem-estar das mulheres.

Para o profissional da Odontologia, é notório que a percepção da violência física é a mais facilitada, visto que a região mais acometida nas agressões é a de cabeça e pescoço, e faz parte da sua área de atuação, diferentemente dos outros tipos de violência, que necessitam de mais atenção para serem percebidas. Portanto, esses profissionais devem estar atentos e fazer sempre uma boa anamnese em casos de suspeita de violência doméstica (BREGULLA et al., 2022).

5.3. Despreparo profissional

Uma grande problemática em relação à violência contra mulher é o despreparo dos profissionais da saúde ao lidarem com essas vítimas. Isso pode ser consequência de um sistema de saúde centrado em um modelo de atendimento curativo, visando apenas tratar os sintomas sem investigar a causa, pois muitas vezes outros fatores relacionados à ocorrência da violência são desconhecidos, fazendo com que frequentemente nem a violência física, e menos ainda a psicológica, seja percebida. Dessa maneira, não há um acolhimento da vítima, mas sim um cuidado fragmentado e sem uma atenção multiprofissional (SILVA et al., 2022).

Essa situação se propaga pelo fato de que, em muitas ocasiões na formação acadêmica, o profissional de saúde recebe pouca ou nenhuma orientação no tratar as pacientes vítimas de violência. Essa temática vem de longa data, pois Signorelli et al., (2013), há mais de uma década apresentaram um estudo qualitativo na cidade de Marinhos, no Paraná, visando analisar como era o atendimento das mulheres vítimas de violência doméstica, feito pelas enfermeiras, fisioterapeutas e agentes comunitárias de saúde de uma UBS da cidade. Os profissionais da saúde, apesar de relatarem não ter recebido nenhuma orientação de como agir nesses casos, se diziam bastante atentos ao bem-estar das mulheres, a possíveis lesões e aspectos sociais e emocionais. No entanto, foi relatado que as atitudes de acolhimento dos profissionais eram feitas por si próprios, sem envolver a UBS, evidenciando novamente, uma lacuna na articulação com os diversos setores da saúde pública.

Em relação à Odontologia, a situação não é diferente. Apesar de a maioria dos cirurgiões-dentistas terem conhecimento sobre a gravidade da violência doméstica,

não sabem quando intervir ou alegam não ter conhecimento suficiente para tal ato. Além disso, raramente é feito um rastreamento com o objetivo de saber o motivo das lesões e as causas mais comuns para que os cirurgiões-dentistas não perguntassem sobre a origem das lesões foram a vítima estar acompanhada, a falta de treinamento, o medo de ofender ou constranger a paciente ao falar de VD, medo de sofrer ameaças por parte do agressor e não conhecer das leis e obrigações referentes à notificação e denúncia da violência (BREGULLA et al., 2022).

Para entendermos e fazer a exposição dessa situação relatada, Nascimento et al., (2023) realizaram uma revisão sistemática buscando saber qual o nível de conhecimento e quais atitudes os cirurgiões-dentistas adotam diante de casos de violência doméstica contra mulher. De maneira geral, os profissionais de Odontologia possuem um conhecimento insuficiente sobre o assunto e reconheceram que necessitam de um treinamento. Além disso, a maioria dos profissionais, caso estivessem frente à um caso confirmado de VD, iriam denunciar ou conversar com a vítima sobre o tema.

Já na esfera acadêmica de Odontologia, Carvalho et al., (2023) realizaram uma pesquisa com o intuito de analisar a percepção e conduta de alguns acadêmicos em Recife, diante de casos de violência doméstica. A pesquisa foi realizada com 59 participantes, e dentre esses, somente 26 já havia presenciado algum caso de violência de gênero e metade afirmou que não tomou providência alguma. A maioria relata que já recebeu orientações sobre como agir, sendo que o procedimento mais prevalente foram os meios de comunicação (45%) sendo que somente 10% receberam orientação na graduação. A maioria dos entrevistados afirmou não conhecer ou nunca ter feito uma notificação compulsória, porém todos concordaram que as lesões devem ser documentadas e que os prontuários devem servir como provas.

No atendimento dos casos em questão, houve no início, especificamente no primeiro atendimento do caso clínico 1, um sentimento de apreensão por parte das acadêmicas envolvidas no atendimento, por não saber qual a maneira correta de lidar com tal situação, além disso, quando esta primeira paciente compareceu à Clínica Odontológica da FAODO, as alunas estavam no segundo ano da graduação, ou seja, ainda não tinham muita prática clínica, o que pode justificar tal apreensão. Já nos casos clínicos 2 e 3, as acadêmicas já estavam mais preparadas e com um

conhecimento teórico maior sobre o assunto, além de estarem em semestres mais avançados, tendo mais vivência clínica em comparação ao primeiro atendimento do caso clínico um.

5.4. Notificação compulsória

A obrigatoriedade da notificação compulsória está prevista pelo Ministério da Saúde e compreende a notificação de novos casos de doenças e agravos, inclusive da violência, sendo que esta deve ser notificada tanto em casos confirmados, quanto em casos suspeitos. A Legislação conta com leis que tornam obrigatória a comunicação de crimes cometidos contra qualquer pessoa, sendo que o descumprimento acarreta em multa ao profissional da saúde. Assim como a Legislação, os Códigos de Ética também deixam claro a obrigatoriedade da notificação de violência (SALIBA et al., 2007).

Sabe-se que os profissionais da saúde têm responsabilidade jurídica em preencher a ficha de notificação, porém não existe um sistema que integre os dados de todas as áreas envolvidas na proteção das vítimas. Esse sistema de registros fragmentados gera uma dificuldade em reconhecer as vítimas, em saber quais os procedimentos devem ser realizados e por quais áreas da saúde essa paciente deve passar para continuar seu tratamento, seja ele físico ou psicológico. Ademais, existem problemas nas regulamentações técnicas e nas ferramentas legais de proteção ao profissional que faz a notificação.

Apesar das problemáticas citadas, a ficha de notificação é um mecanismo fundamental no combate à violência e também um instrumento eficaz de política pública e de vigilância epidemiológica que ajuda a conhecer o perfil da violência, já que na ficha devem ser preenchidos dados de identificação, descrição das lesões, detalhamento da ocorrência, além de dados sobre o encaminhamento da vítima, quando for realizado. Portanto, deve sempre ser preenchida quando houver suspeita ou confirmação de casos de violência doméstica (GARBIN et al., 2015).

A Ficha Individual de Notificação (FIN) está disponível no Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN) e deve ser preenchida

eletronicamente pelo profissional de saúde que atender a vítima de violência. Após o preenchimento, a ficha deve ser encaminhada aos serviços de vigilância epidemiológica das Secretarias Municipais, que, por sua vez, devem repassá-la à Secretaria Estadual de Saúde e, finalmente, ao Ministério da Saúde (BRASIL, 1998).

Portanto, a notificação compulsória é uma ferramenta essencial para a identificação das vítimas de violência e para o monitoramento da incidência desses casos, além de ser um dever de todos os profissionais da saúde. Ademais, é muito importante para a implementação de políticas públicas específicas e eficazes no combate à violência doméstica contra mulher (MASCARENHAS et al., 2020).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A violência doméstica contra mulheres representa um grave problema na sociedade atual e seus impactos vão além de lesões físicas, afetando também a saúde mental, autoestima e qualidade de vida das vítimas. Este trabalho apresentou relatos de casos clínicos nos quais as pacientes haviam sofrido violência doméstica, demonstrando como a Odontologia pode atuar nesses casos, identificando e tratando as consequências competentes à sua área de atuação e contribuindo para a recuperação da saúde bucal e bem-estar das pacientes.

Destaca-se que o mais importante é como a forma que o atendimento odontológico deve ser conduzido nos casos de violência física e psicológica. Deve ser acolhedor, compreendendo e escutando atentamente as suas queixas, além de adequar o plano de tratamento individualmente de acordo com cada caso e suas necessidades. Além disso, é necessário que haja um cuidado integral e multidisciplinar, realizando tanto a reabilitação odontológica estética e funcional quanto acompanhamento em outras áreas de suporte. Ressalta-se ainda, a obrigatoriedade do preenchimento da Ficha Individual de Notificação, com exceção de casos em que já tenha sido preenchida.

Visto que ainda existem desafios relacionados ao atendimento desses casos, como a falta de treinamento específico e o despreparo profissional, este trabalho reforça também a necessidade de ações educativas e campanhas que englobem a capacitação de profissionais e a sensibilização da sociedade para o combate da violência doméstica.

Conclui-se que a atuação dos profissionais da área da saúde, especialmente dos cirurgiões-dentistas, é essencial no enfrentamento da violência doméstica contra as mulheres, exercendo sua função no diagnóstico, intervenção odontológica, encaminhamentos e apoio às vítimas.

REFERÊNCIAS

Bregulla JL, Hanisch M, Pflaiderer B. Dentists' competence and knowledge on domestic violence and how to improve it - a review. *Int. J. Environ. Res. Public Health* [online journal]. 2022 [accessed on May 14, 2023]; 19(7): 4361. Available from: <https://doi.org/10.3390/ijerph19074361>.

Brasil. Central de Atendimento à Mulher - Ligue 180 [base de dados na internet]. Brasília: Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania. 2005; [acesso em 11 de maio de 2023]. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/acesso-a-informacao/dados-abertos/ligue180>.

Brasil. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Brasília: Diário Oficial da União, 2006.

Brasil. Painel de Dados da Ouvidoria Nacional de Direitos Humanos [base de dados na internet]. Brasília: Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania. [atualizado em 2024; acesso em 23 de setembro de 2024]. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/ondh/painel-de-dados>.

Brasil. Projeto de Lei nº 3855, de 20 de julho de 2020. Institui, em âmbito nacional, o Agosto Lilás como mês de proteção à mulher, destinado à conscientização para o fim da violência contra a mulher; e dá outras providências. Senado Federal; 2020 [acesso em 15 de fevereiro de 2024]. Disponível em: [prop_mostrarintegra \(camara.leg.br\)](http://prop_mostrarintegra.camara.leg.br).

Brasil. Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Violência interpessoal/autoprovocada [base de dados na internet]. Brasília: Ministério da

Saúde. 1998; [acesso em 11 de março de 2024]. Disponível em: <https://portalsinan.saude.gov.br/violencia-interpessoal-autoprovocada>.

Carvalho HAA, da Paz AM, Amorim GO. Percepção e conduta de acadêmicos de odontologia frente aos casos de violência contra a mulher. Rev. Ciênc. Plural [periódico na internet]. 2023 [acesso em 15 de fevereiro de 2024]; 9(2):1-16. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/32522>.

Castro TLd, Tinoco RLR, Lima LNC, Costa LRdS, Francesquini JL, Daruge JE. Violence against women: characteristics of head and neck injuries. RGO. 2017; 65(2):100-108.

Fonseca PM, Lucas TNS. Violência doméstica contra a mulher e suas consequências psicológicas (monografia). Salvador: Faculdade de Psicologia, Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública; 2006.

Garbin CAS, Dias IA, Rovida TAS, Garbin AJI. Desafios do profissional de saúde na notificação da violência: obrigatoriedade, efetivação e encaminhamento. Ciência e Saúde Coletiva. 2015; 20(6): 1879-1890.

Garbin CAS, Garbin AJI, Dossi AP, Dossi MO. Violência doméstica: análise das lesões em mulheres. CSP. 2006; 22(12): 2567-2573.

Garcia LP, Duarte EC, Freitas LRS de, Silva GDM da. Violência doméstica e familiar contra a mulher: estudo de casos e controles com vítimas atendidas em serviços de urgência e emergência. Cad Saúde Pública [periódico na internet]. 2016. [acesso em 10 de maio de 2023]; 32(4):e00011415. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00011415>.

Instituto Maria da Penha. Ciclo da violência [homepage na internet]. Fortaleza: Instituto Maria da Penha; 2009 [acesso em 04 de março de 2024]. Disponível em: <https://www.institutomariadapenha.org.br/violencia-domestica/ciclo-da-violencia.html>.

Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R, editores. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization; 2002.

Mascarenhas MDM, Tomaz GR, Meneses GMS, Rodrigues MTP, Pereira VOM, Corassa RB. Análise das notificações de violência por parceiro íntimo contra mulheres, Brasil, 2011-2017. Rev Bras Epidemiol [periódico na internet]. 2020 [acesso em 04 de dezembro de 2024]; 23: e200007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720200007.supl.1>.

Monteiro FS. O papel do psicólogo no atendimento às vítimas e autores de violência doméstica (monografia). Brasília: Faculdade de Ciências da Educação e Saúde, Centro Universitário de Brasília; 2012.

Nascimento C, de Oliveira MN, Vidigal MTC, Inocencio GSG, Vieira WD, Franco A, et al. Domestic violence against women detected and managed in dental practice: a systematic review. J Fam Violência. 2023; 38(1):149-160.

Saliba O, Garbin CAS, Garbin AJI, Dossi AP. Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. Rev Saúde Pública [periódico na internet]. 2007 [acesso em 11 de março de 2024] ;41(3):472–7. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102007000300021>.

Signorelli MC, Auad D, Pereira PPG. Violência doméstica contra mulheres e a atuação profissional na atenção primária à saúde: um estudo etnográfico em Matinhos, Paraná, Brasil. CSP. 2013; 29(6): 1230-1240.

Silva AFC, Alves CG, Machado GD, Meine IR, Silva RM, Carlesso JPP. Domestic violence against women: sociocultural context and mental health of the victim. RSD [online journal]. 2020 [Accessed on February 26, 2024]; 9(3): e35932363. Available from: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/2363>.

Silva ASB, Silva MRS, Semedo DSRC, Fortes DCS, Santos AM, Fonseca KSG. Perceptions of primary health care workers regarding violence against women. Rev esc enferm USP [online journal]. 2022 [Accessed on March 4, 2024]; 56:e20210097. Available from: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0097>.

Silva EDM. A odontologia e a violência doméstica contra mulheres: diagnóstico e conduta. Scire Salutis [periódico na internet]. 2019 [acesso em 28 de maio de 2023]; 9(3): 22-32. Disponível em: <http://doi.org/10.6008/CBPC2236-9600.2019.003.0004>.

Silva J, Silva DB, Gomes RA, Braga LP. Violência contra as mulheres e suas formas de enfrentamento: um relato de experiência sobre o agosto lilás. Rev. Ciênc. Plural [periódico na internet]. 2023 [acesso em 28 de maio de 2023]; 9(2):1-17. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/31413>.

World Health Organization. United Nations Conference on Environment and Development. Rio de Janeiro: World Health Organization; 1992.

World Health Organization. Violence against women, 2018 estimates. Geneva: World Health Organization. 2021; [Accessed on May 12, 2023]. Available from: <https://who.canto.global/s/KDE1H?viewIndex=0>.

ANEXO A

Carta de aprovação do Comitê de Ética com seres humanos



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A violência contra a mulher no contexto da Saúde Bucal

Pesquisador: Edilson José Zafalon

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 13859419.0.0000.0021

Instituição Proponente: Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.416.606

Apresentação do Projeto:

A violência doméstica é um tema que vem sendo a cada dia mais abordado como uma questão de saúde. Entretanto, muitos profissionais dessa área têm sérias dúvidas sobre a oportunidade de se trabalhar um problema dessa natureza em uma rede de serviços de saúde, geralmente pública, para a qual são referidas a maioria das propostas, e bastante sobrecarregada. Realmente, os profissionais têm pouco conhecimento acerca do que fazer nestes casos, já que a sua formação raramente inclui algum conhecimento técnico específico sobre o tema. Intervir em situações de violência não é tarefa exclusiva das esferas jurídica, policial, psicossocial, mas é também da área de saúde, pois há sofrimentos e adoecimentos que acometem as vítimas de violência, alterando sua saúde, autoestima e, conseqüentemente, qualidade de vida. Diante do exposto, esta pesquisa tem como objetivo realizar um levantamento epidemiológico de mulheres vítimas de violência doméstica e necessidades odontológicas no município de Campo Grande (MS).

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral/Primário: Realizar um levantamento sociodemográfico e epidemiológico em mulheres vítimas de violência doméstica no município de Campo Grande (MS).

Objetivos específicos/Secundários: Identificar as maiores e mais frequentes necessidades odontológicas de mulheres vítimas de violência doméstica; Avaliar o grau de importância e

Endereço: Cidade Universitária - Campo Grande
Bairro: Caixa Postal 549 **CEP:** 79.070-110
UF: MS **Município:** CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3345-7187 **Fax:** (67)3345-7187 **E-mail:** cepconep.propp@ufms.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MATO GROSSO DO SUL -
UFMS



Continuação do Parecer: 3.416.606

satisfação da assistência e tratamento odontológico como parte do acompanhamento integral da mulher vítima de violência; Detectar sinais clínicos característicos de violência (traumas e fraturas dentais, dilacerações em mucosa bucal, lesões na face e fratura de ossos entre outros).

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos

Em qualquer pesquisa envolvendo seres humanos, há o risco, mesmo que mínimo. Em nosso estudo apresentamos o risco do constrangimento em relação ao exame clínico da participante e a quebra de sigilo e confidencialidade. No entanto, esses riscos serão minimizados e evitados da seguinte maneira: em relação ao constrangimento, a participante poderá se negar a realizar ou interromper, a qualquer momento, o exame clínico da cavidade bucal, sem nenhum prejuízo do seu tratamento, bem como a responder ao questionário sociodemográfico; quanto à quebra de sigilo e confidencialidade, será utilizado um sistema de codificação, impedindo a identificação das participantes. Ainda, a aplicação do questionário sociodemográfico será realizada em sala exclusiva, para essa finalidade, no prédio da Defensoria Pública de Mato Grosso do Sul, onde se localiza o NUDEM, situada na Joel Dibo, 238, Centro, Campo Grande – MS.

Benefícios

Como benefício direto para as participantes, serão encaminhadas, em ordem de maior para menor necessidade, para tratamento odontológico gratuito no Complexo Odontológico da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Esse tratamento será contínuo e integral até alta da participante, destacando que serão disponibilizados e realizados procedimentos ambulatoriais ofertados pela Instituição. Vale ressaltar que procedimentos mais complexos como Implantodontia e Ortodontia, não são ofertados pela Faculdade e que as Próteses Dentárias têm um custo, cuja responsabilidade será da própria participante. Essa informação será repassada para as participantes para ciência das mesmas e reforçada a informação pela Defensoria Pública.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

adequado

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- TCLE: OK
- Folha de rosto: OK.

Endereço: Cidade Universitária - Campo Grande
Bairro: Caixa Postal 549 **CEP:** 79.070-110
UF: MS **Município:** CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3345-7187 **Fax:** (67)3345-7187 **E-mail:** cepconep.propp@ufms.br



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MATO GROSSO DO SUL -
UFMS**



Continuação do Parecer: 3.416.606

- Projeto detalhado: OK
- Carta de anuência da instituição de pesquisa OK
- Orçamento financeiro: OK.
- Cronograma: OK
- Instrumentos de pesquisa: OK

Recomendações:

Não há recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

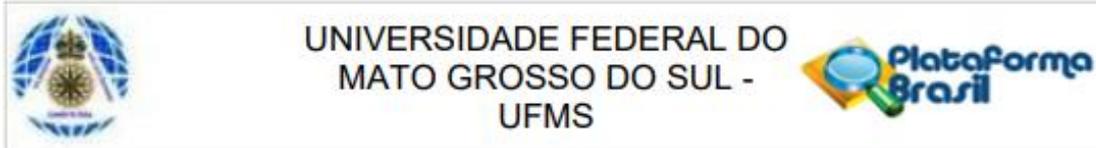
Todas as pendências foram atendidas.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1351539.pdf	31/05/2019 10:58:36		Aceito
Cronograma	Cronograma310519.pdf	31/05/2019 10:58:16	Edilson José Zafalon	Aceito
Outros	CartarespostaCEP.docx	31/05/2019 10:53:29	Edilson José Zafalon	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetodetalhado310519.pdf	31/05/2019 10:52:51	Edilson José Zafalon	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEEdilson310519.pdf	31/05/2019 10:52:36	Edilson José Zafalon	Aceito
Folha de Rosto	FolhaderostoEdilson.pdf	09/05/2019 09:40:29	Edilson José Zafalon	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AnuenciaFaodo.pdf	08/05/2019 09:45:45	Edilson José Zafalon	Aceito
Outros	AnuenciaDefensoria.pdf	08/05/2019 09:41:10	Edilson José Zafalon	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	08/05/2019 09:31:47	Edilson José Zafalon	Aceito

Endereço: Cidade Universitária - Campo Grande
Bairro: Caixa Postal 549 **CEP:** 79.070-110
UF: MS **Município:** CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3345-7187 **Fax:** (67)3345-7187 **E-mail:** cepconep.propp@ufms.br



Continuação do Parecer: 3.416.606

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAMPO GRANDE, 26 de Junho de 2019

Assinado por:
Geraldo Vicente Martins
(Coordenador(a))

Endereço: Cidade Universitária - Campo Grande
Bairro: Caixa Postal 549 **CEP:** 79.070-110
UF: MS **Município:** CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3345-7187 **Fax:** (67)3345-7187 **E-mail:** cepconep.propp@ufms.br