

Dentistas da atenção primária à saúde e a violência contra mulheres: percepções e práticas

Kethellen Gerkman Kil¹ (Orcid: 0000-0001-5849-7775) (kgkil@yahoo.com.br)

Camila Maura Morais Lima dos Santos² (Orcid: 0000-0003-2204-6707) (camilamoraisl@ufu.br)

Mariana Hasse¹ (Orcid: 0000-0001-9074-7949) (mhasse@ufu.br)

¹ Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Uberlândia. Uberlândia-MG, Brasil.

² Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Uberlândia. Uberlândia-MG, Brasil.

Resumo: A violência contra mulheres é um grave problema de saúde pública. Vítimas procuram serviços de saúde, mas a maioria dos profissionais ainda tem dificuldade para prestar assistência adequada. A prevalência de lesões em cabeça e pescoço implica área de trabalho do cirurgião-dentista. Entender a forma como esses profissionais percebem a violência e cuidam dessas mulheres é fundamental para aprimorar o cuidado. O objetivo deste estudo foi conhecer as práticas e percepções sobre a violência contra mulheres de dentistas que atuam na atenção primária à saúde de um município mineiro. O projeto foi aprovado por comitê de ética em pesquisa. Realizou-se pesquisa qualitativa através de entrevistas semiestruturadas com nove cirurgiões-dentistas selecionados pelo método “Bola de Neve”. Os dados foram categorizados e analisados a partir da Análise de Conteúdo Temática. Duas categorias centrais são discutidas: a invisibilidade e distanciamento dos casos de violência na clínica odontológica e a produção do cuidado. Apesar de entenderem a violência contra mulheres como manifestação das desigualdades de gênero e conhecerem os sinais, na prática clínica os dentistas têm dificuldades em abordar os casos. Os entraves e equívocos no manejo estão associadas às percepções sobre o papel do dentista e concepções sobre o cuidado em saúde.

► **Palavras-chave:** Violência contra a mulher. Violência de gênero. Odontologia legal. Conhecimentos, atitudes e prática em saúde. Atenção Primária à Saúde.

Recebido em: 10/05/2023

Revisado em: 08/08/2024

Aprovado em: 20/08/2024

DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312025350203pt>

Editoras responsáveis: Rozeli Porto e Fernanda Mattioni

Pareceristas: Angelina Lettiere Viana, Mareli Graupe e Mariana Loch

Introdução

A violência contra mulheres (VCM) é considerada um grave problema de saúde pública devido a seus impactos e alta prevalência (Brasil, 2006; WHO, 2013; Minayo *et al.*, 2018). Estima-se que 35% das mulheres com mais de 15 anos já sofreram violência física ou sexual ao menos uma vez na vida, sendo os agressores geralmente parceiros ou ex-parceiros (WHO, 2014; Barros; Schraiber, 2017; Bott *et al.*, 2019).

Laudos de violência física contra mulheres indicam que muitas lesões corporais são na cabeça, rosto e pescoço, sendo comuns edemas, equimoses, hematomas, fraturas e avulsões dentárias, lesões corto-contusas em tecidos moles, fraturas de ossos e luxações de articulação-têmporo-mandibular. Além disso, dor orofacial e bruxismo são queixas comuns associadas à VCM (Garbin, 2012). Nesses casos, o profissional de saúde que faz o atendimento, muitas vezes, é o cirurgião-dentista.

Os profissionais que atendem VCM precisam garantir atenção integral e humanizada através de escuta qualificada e articulação de rede de serviços (WHO, 2014; Barros; Schraiber, 2017). Apesar das evidências da necessidade de atuação preventiva e intersetorial, é recente a emergência do tema e de tais práticas na saúde (Minayo *et al.*, 2018). No que tange ao papel do cirurgião-dentista neste cenário, a literatura disponível é limitada e aborda especialmente, aspectos odontológicos (Coulthard; Warburton, 2007; Silva *et al.*, 2010; Hashemi; Bechkar, 2011; Stavrianos *et al.*, 2011; Tornavoi; Galo; Silva, 2011; Cesa, 2012; Figueiredo *et al.*, 2012; Carvalho; Galo; Silva, 2013; Gomes *et al.*, 2013; Castro *et al.*, 2017; Figueiredo *et al.*, 2017; Malachias, 2017; Bernardino *et al.*, 2018; Soares *et al.*, 2018).

Este artigo apresenta dados de uma pesquisa realizada no âmbito do mestrado profissional em Saúde da Família – ProfSaúde – FIOCRUZ/ABRASCO, que buscou conhecer as percepções de cirurgiões-dentistas que atuam na atenção primária à saúde (APS) acerca da VCM e suas práticas diante de tais casos.

Método

A pesquisa foi realizada em um município mineiro de grande porte, que possui 77% de seu território coberto pela APS, com 51 Equipes de Saúde Bucal e 75 cirurgiões-dentistas (60 mulheres e 15 homens).

Destes, nove participaram da pesquisa, através de entrevistas individuais realizadas entre maio/2021 e março/2022. A única entrevistadora foi a autora

principal deste artigo: 43 anos, branca, cirurgiã-dentista, casada, sem filhos, formada há 22 anos, servidora pública da APS há 14, especialista em Saúde Coletiva e mestranda do ProfSaúde. A entrevistadora foi treinada por sua orientadora e o roteiro semiestruturado, submetido à qualificação da banca, formada por três experts em pesquisa qualitativa.

Cada entrevistado foi contatado via telefone para apresentação da pesquisa e convite. Todas as entrevistas foram presenciais, sem a presença ou interrupção de terceiros e realizadas em local escolhido pelos participantes. O primeiro entrevistado foi sorteado de uma lista disponibilizada pela prefeitura e, os demais, acessados pelo método “Bola de Neve” (Vinuto, 2014). Não houve recusas. As entrevistas tiveram duração média de 40 minutos e foram áudio gravadas e transcritas integralmente.

O roteiro de entrevista, elaborado para o estudo, continha informações sociodemográficas e perguntas que abordaram percepções sobre VCM, ações tomadas, dificuldades encontradas e demandas por qualificação. As entrevistas cessaram quando foi identificada a saturação (Fontanella; Ricas; Turato, 2008). Os dados foram organizados a partir da análise de conteúdo temática (Bardin, 1977) e analisados com base em literatura sobre humanização do cuidado (Ayres, 2009; Brasil, 2010) e processos de trabalho em saúde (Mendes-Gonçalves, 1992; Merhy, 1997; 2002; Franco; Merhy, 2013; Sá; Azevedo, 2013).

Não houve uso de *softwares* para realização da análise. Uma tabela de codificação foi construída, tanto com temas identificados como relevantes durante o levantamento teórico, quanto derivados do desvelar dos dados produzidos. Fragmentos das falas foram usados para ilustrar inferências temáticas, sinalizando-os com a letra “E” e o número correspondente à ordem de entrevista, a fim de garantir o sigilo dos participantes.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos (CEP) da Universidade Federal de Uberlândia conforme parecer nº 4.653.579.

Limitações do estudo

Por ter sido realizado com uma população específica, pode apresentar limitações na extrapolação dos resultados. Entretanto, ao corroborar dados da literatura, pode contribuir com a discussão sobre VCM e produção do cuidado pela odontologia. As entrevistas terem sido realizadas por uma cirurgiã-dentista também pode ser apontado como uma limitação, já que por ser da mesma área dos entrevistados, estes poderiam se sentir intimidados, não sendo honestos sobre possíveis condutas frente

à temática, por medo de julgamentos. Contudo, o fato de serem da mesma área pode ter favorecido a comunicação diante de termos específicos e a empatia com desafios comuns encontrados no processo de trabalho.

Resultados e Discussão

Participaram nove cirurgiões-dentistas, seis mulheres e três homens, com idades entre 29 e 64 anos (média de 42 anos). Oito se autodeclararam brancos e uma, preta. Cinco são casados e dois têm filhos. Eles têm entre sete e 40 anos de formados e apenas uma não tem pós-graduação. Todos são servidores públicos e o tempo de atuação na APS varia de seis meses a 40 anos. Seis participantes atuam na Estratégia Saúde da Família e três em equipes de apoio de rede, sendo dois em uma unidade com atendimento noturno.

Neste artigo, discutimos duas categorias identificadas: “um encontro custoso” e “balizas do cuidado”.

“Elas não falam, eu não pergunto” – um encontro custoso

Nesta categoria, são discutidas as compreensões dos profissionais sobre VCM e questões relacionadas à invisibilidade e distanciamento dos casos na clínica odontológica. Os entrevistados entendem a VCM como uma manifestação das desigualdades entre homens e mulheres, ou seja, que há questões de gênero relacionadas ao fenômeno. Eles acreditam que há homens que não conseguem se relacionar salutarmente com a emancipação feminina, o que acaba acarretando violências.

De fato, gênero é um dos determinantes sociais que mais afeta processos de saúde-doença-cuidado de mulheres. Além da vulnerabilidade à violência, acarreta menor escolaridade, sobrecarga de trabalho, remuneração inferior, maior exposição à pobreza e, conseqüentemente, piores condições de saúde, principalmente de saúde mental (Galvão *et al.*, 2021). E, para entender as especificidades das vivências de cada mulher, como suas vidas são afetadas pela violência e buscar um cuidado mais equânime, é importante analisar como gênero se intersecciona a outros fatores como raça, etnia, deficiência, sexualidade, classe e nacionalidade (Barbosa *et al.*, 2021).

Alguns entrevistados compreendem que tais questões também pesam na permanência das mulheres em relações violentas. Entretanto, há aqueles que não consideram tal fator e sustentam que elas permanecem por escolha: *“Ela precisa de*

força de vontade, é igual parar de fumar” (E5). Há uma ilusão do sofrimento como fruto apenas de decisões individuais, que ignora determinantes sociais envolvidos na gênese e manutenção dos conflitos.

Os participantes reconhecem manifestações da violência, possíveis consequências e citam algumas de suas marcas “visíveis”, como fraturas dentárias, hematomas, lesões em mucosas, e “invisíveis”, que envolvem aspectos sociais e subjetivos. Tais marcas, acompanhadas ou não de outros sintomas, como queixas gastrointestinais, ginecológicas, infecções sexualmente transmissíveis e gravidez indesejada, são sinais de alerta (Netto *et al.*, 2014).

Apesar de reconhecerem tais sinais, os entrevistados têm dificuldades de identificar os casos no contexto clínico: *“Nenhuma paciente nunca chegou contando uma história de violência”* (E9); *“Nunca percebi. Deve ter mais gente que nunca percebeu por que, se não, a gente comentaria entre os dentistas”* (E7).

Em 28 anos na APS, E3 desconfia ter atendido um único caso. Os três dentistas homens entrevistados também desconfiam de uns poucos casos, especialmente aqueles em que *“o marido fez questão de entrar”* (E6). Essa desconfiança é válida, e a literatura mostra que situações de controle excessivo do parceiro não são raras entre mulheres em situação de violência. Em tais contextos, a identificação do caso fica dificultada pela presença do possível agressor e pela impossibilidade de um diálogo aberto com a paciente (Hashemi; Bechkar, 2011, D’Oliveira *et al.*, 2019).

Assim como ocorre com dentistas, outros profissionais da APS também têm dificuldades para identificar VCM. Muitos desconfiam quando há sinais físicos, mas a violência mais frequente, aquela que não deixa marcas aparentes, segue oculta (Gomes *et al.*, 2013).

O desconhecimento sobre características epidemiológicas da VCM, sua prevalência e fatores de risco é comum entre profissionais de saúde (Schraiber *et al.*, 2007; Hasse; Vieira, 2014). Entre os entrevistados, não é diferente e, apesar de a prevalência média da VCM ser de 30% (Barros; Schraiber, 2017; Bott *et al.*, 2019), eles acreditam que seja um fenômeno raro. Além disso, há uma crença de que *“a família sempre quer o melhor pra mulher”* (E5), que mostra que ignoram uma das peculiaridades das violências que atingem mulheres que é o fato de elas frequentemente ocorrerem no lar e serem perpetradas por parceiros ou ex-parceiros íntimos (Moura *et al.*, 2020). Isso ajuda a explicar o fenômeno da invisibilidade, já que é difícil reconhecer algo que não se conhece.

Outro fator que influencia a não abordagem – e consequente invisibilidade – da VCM na clínica odontológica é a ideia de que não é função do dentista lidar com esse problema. Essa noção atrapalha o reconhecimento e acolhimento dos casos e cria a ilusão que não há demanda.

Uma demanda é fruto da busca por satisfazer uma necessidade identificada como passível de ser sanada (Mendes-Gonçalves, 1992). Ao procurar por ajuda, as solicitações-demandas são feitas na cultura própria de cada profissional, o que conforma o perfil de uso e procura dos serviços de acordo com o que é ofertado (Mendes-Gonçalves, 1992; Schraiber; Mendes-Gonçalves, 1996). Ou seja, se o profissional oferece um cuidado técnico-dependente e, no caso dos dentistas, focado na boca, é apenas isso que vão demandá-lo. Por isso, raramente uma mulher vai procurar um dentista para falar – espontaneamente – sobre violência. Só haverá demanda por cuidados para além dos dentes/boca se as pacientes souberem que é possível. E, para isso, é preciso criar um espaço-oportunidade, um “contexto instaurador de necessidades” (Schraiber; Mendes-Gonçalves, 1996). Ou seja, diante de sinais, é preciso perguntar sobre a violência.

O problema da violência deve ser abordado em um ambiente seguro, que garanta privacidade, sigilo e acolhimento (OMS, 2014; D’Oliveira *et al.*, 2019). Assim, mesmo que a mulher não queira falar sobre a situação naquele momento, ela saberá que pode contar com o serviço e com o acolhimento do profissional. Os entrevistados, todavia, não perguntam. Como outros profissionais da saúde (Schraiber *et al.*, 2005; D’Oliveira *et al.*, 2009; Hanada; D’Oliveira; Schraiber, 2010; Tornavoi, Galo, Silva, 2011; Vieira; Hasse, 2017), eles afirmam não saber como agir diante de uma situação de violência: “*Você fazendo essas perguntas, me faz ver que tem muitas coisas que eu não sei*” (E8).

Apesar de a inserção do tema da violência no campo da saúde ter mais de 30 anos (Krug *et al.*, 2002), o ensino sobre o agravo ainda é incipiente (Vieira; Hasse, 2017; Lúcio *et al.*, 2021; Dias *et al.*, 2021). Na odontologia, não é diferente (Carvalho; Galo; Silva, 2013). Os entrevistados que afirmaram terem visto o assunto durante a graduação ou na pós-graduação relatam ensino difuso da temática em aulas sobre odontopediatria, gerontologia, ética, cirurgia, traumas e saúde mental. Além disso, como situações de violência raramente são assistidas, poucos atendimentos são realizados durante a formação prática dos dentistas e, consequentemente, o desenvolvimento das habilidades técnicas e relacionais necessárias ao cuidado, não acontece.

Isso poderia ser sanado no contexto do próprio serviço, mas os entrevistados afirmam que as violências também não são abordadas em ações de educação permanente, matriciamento e capacitações. Como outros profissionais que atendem casos de violência (Hasse; Vieira, 2014; Vieira; Hasse, 2017), eles acreditam que ações como estas melhorariam o conhecimento sobre aspectos jurídicos e legais, trabalho em rede e favoreceriam a comunicação com as pacientes.

Esse discurso do não saber é invariavelmente justificado culpabilizando o sistema pela não abordagem do assunto. Entretanto, tais falas parecem não ter a função efetiva de noticiar a insuficiência de formação para cuidar de temas sensíveis, mas de legitimá-la como explicação para o não cuidado às mulheres. Assim, o discurso do “não saber” alicerça uma desresponsabilização pelo cuidado e pelo próprio saber. Isso porque outros agravos, para os quais os profissionais também não têm preparo prévio, chegam diariamente aos serviços e eles não deixam de buscar conhecimento e, muito menos, de cuidar do problema (Paulino; Raserá; Teixeira, 2019).

Outro fator relevante para a dificuldade de abordagem da violência são as emoções que ela desperta. Impotência, raiva, tristeza, medo e piedade foram sentimentos citados pelos participantes: *“Impotência por não poder RESOLVER aquele problema pra ela”* (E4).

É importante salientar que, no campo da saúde, a dimensão relacional é basilar para o processo de cuidado pois ele ocorre, essencialmente, na intervenção de um sujeito com o outro, a partir dos encontros que ocorrem entre ambos (Ayres, 2009). Nessa relação, se há trocas de experiências, saberes e subjetividades, há oportunidade de modificação mútua. Mas, igualmente, há possibilidade de invasões – concretas e imaginárias –, já que profissionais e pacientes podem ser/se ver como fonte de conforto, mas também, de ameaça (Ayres, 2009; Sá; Azevedo, 2013).

Por não ser uma atribuição comum do cirurgião-dentista, conversar sobre questões da vida privada, amorosa e sexual pode gerar constrangimentos. Há entrevistados que justificam seu silêncio alegando que são as pacientes que têm reservas em conversar sobre isso *“com qualquer um”* (E6). Abordado de outra perspectiva, E5 afirma que, se tivesse proximidade com a paciente, tocaria no assunto: *“Pro dentista abordar esse tema é complicado. A não ser que você tenha proximidade com a paciente, aí você pode aconselhar sem invadir”* (E5).

Essa expectativa de um vínculo suficientemente bom para tratar temas sensíveis sem se *“envolver demais”*, ao mesmo tempo que os protege das emoções difíceis

que afloram diante de situações delicadas, dificulta o estabelecimento do espaço relacional necessário ao cuidado. Esse cenário nutre uma recusa aos casos.

Nesse contexto, histórias raras, como a de agressores que atacaram profissionais, são lembradas como justificativa para a não intervenção: “*Uma médica denunciou o pai por maus-tratos da criança, e ele matou a médica*” (E6); “*Um casal brigou na rua, a mulher veio ser atendida e o marido ameaçou um funcionário*” (E9). Tais exemplos retratam concretamente a ameaça que tais casos representam. E isso se intensifica quando há fragmentação e sobrecarga de trabalho, condições que favorecem sentimentos de desamparo nos trabalhadores (Hasse, 2016).

“Dentista é um pouco psicólogo” – balizas do cuidado

Tendo como referência o princípio de integralidade do SUS, entende-se que é responsabilidade de qualquer profissional que identifica sinais de violência buscar informações para acolher, orientar e favorecer o acesso à rede específica de cuidado (Schraiber *et al.*, 2005; Minayo, 2006; D’Oliveira *et al.*, 2009; Hasse, 2016; Minayo *et al.*, 2018). Nesta segunda categoria, a produção do cuidado a mulheres em situações de violência, especialmente pela odontologia, é discutida.

O discurso do “não saber”, à medida que os entrevistados trazem hipóteses sobre o que fazer diante da VCM, apresenta brechas. Há práticas e suposições sobre o que fazer que, apesar de não serem específicas, estão próximas do que está descrito na literatura como adequado (D’Oliveira *et al.*, 2009). Assim, apesar das dificuldades já discutidas, os participantes conseguem oferecer escuta e acolhimento às mulheres. Entretanto, quando agem assim, eles não reconhecem tais práticas como parte do seu trabalho e se identificam como “psicólogos”: “*Tem hora que a gente faz papel de psicólogo. Chega muito paciente desabafando*” (E2).

Segundo a Política Nacional de Humanização (PNH) (Brasil, 2010), escuta significa acolher toda queixa ou relato, mesmo quando não pareça relacionado ao diagnóstico e tratamento. Ela pressupõe o reconhecimento da legitimidade do que o outro traz como necessidade de saúde, e é fundamental para garantir acesso a um cuidado integral já que favorece a superação da fragmentação do trabalho e cria contextos favoráveis para ações não-restritas à doença ou ao núcleo profissional (Teixeira, 2006; Brasil, 2010). Portanto, cada profissional que constrói dialogicamente o cuidado e compartilha saberes e dúvidas, utiliza a escuta como ferramenta de cuidado. Neste sentido, ela pode – e deve – ser uma tecnologia presente em toda e qualquer clínica.

Todo trabalho é mediado por tecnologias que, dependendo de como se relacionam, ensejam processos mais ou menos criativos. Tecnologias duras são aquelas programadas *a priori*, geralmente inscritas em máquinas e ferramentas e com pouca margem para criação. As leve-duras se referem aos saberes necessários à realização do trabalho e ganham novos contornos com cada trabalhador. As tecnologias leves são relacionais, vinculadas à subjetividade e criadas em ato, na vigência do encontro (Merhy, 1997; 2002; Franco; Merhy, 2013).

A odontologia é uma área em que, amiúde, por haver domínio do uso de tecnologias duras e leve-duras, prioriza reparos aos danos físicos e reabilitação de perdas em sistema estomatognático. Por isso, quando o profissional atua e/ou orienta sobre algo que não é do campo tradicional, ou, nesse caso, utiliza tecnologias leves na produção do cuidado, deixa de se reconhecer como dentista e “*se torna psicólogo*”.

O psicólogo é o profissional tido pelos entrevistados como qualificado para “ouvir” – inclusive sobre violência. Entretanto, apesar da formação em Psicologia pressupor preparo para escuta, pesquisas (Hanada; D’Oliveira; Schraiber, 2010; Hasse, 2016) mostram que psicólogos também têm dificuldades em enxergar a violência e associar queixas comuns, como depressão, ansiedade, aos casos – mesmo quando há relatos de problemas conjugais e questões familiares complicadas.

Essa dificuldade na incorporação de tecnologias relacionais como parte do processo de trabalho do cirurgião-dentista é reafirmada pela centralidade que os protocolos têm em seus processos de trabalho: “*De tudo eu tenho! Como encaminho pra especialidade, pronto-socorro, pra fazer exames. Mas eu não tenho protocolo de como intervir em agressão da mulher*” (E7). E é unânime entre os participantes o desejo por protocolos para lidar com situações de violência, que descrevam desde procedimentos padrão para um encaminhamento, até como lidar com as emoções que o caso pode despertar: “*como deve abordar e como deve reagir porque não posso [AH!!!], ficar com uma expressão de susto, né?!*” (E7).

Protocolos são tecnologias leve-duras, linhas mestres baseadas em recomendações e evidências que favorecem a organização dos processos de trabalho (Campos, 2011). Devido à dependência que a odontologia tem de tecnologias duras e leve-duras, há uma concepção de que um protocolo asseguraria o que fazer diante do que não sabem – inclusive a lidar com emoções.

A praticidade de um protocolo é fundamental para que a violência não permaneça na invisibilidade e os profissionais não fiquem imobilizados diante dos casos

(D'Oliveira *et al.*, 2019). Entretanto, como o cuidado a situações de violência depende de cada caso, não há como todas as respostas estarem predefinidas ou padronizadas.

O papel do profissional não é dizer à mulher o que fazer, mas ajudá-la a encontrar estratégias de enfrentamento da violência que ela definir como necessárias. Para isso, uma atitude de respeito, demonstração de interesse, escuta atenta e não julgamento de dúvidas, comportamentos e valores adotados pela paciente, é essencial (D'Oliveira *et al.*, 2009). E essa é uma dimensão do cuidado que está relacionada à subjetividade dos profissionais e é diretamente influenciada por concepções pessoais e preconceitos. Por isso, mesmo quando há ações predefinidas em protocolos, existe uma brecha para incertezas, e lidar com elas requer um trabalho emocional-reflexivo de cada um dos profissionais, trabalho vivo em ato (Merhy 1997; 2002; Cunha; Dantas, 2013).

Outro aspecto do cuidado a mulheres em situação de violência abordado pelos entrevistados está na interface entre a odontologia legal, segurança pública e garantia de direitos. Eles afirmam ser dever do dentista investigar se a violência de fato ocorreu: “*Primeiro, eu acredito que tem que investigar se é verdade*” (E1). Mas isso é um equívoco. Não é tarefa de profissionais da saúde investigar a violência, a não ser que ele atue como perito, já que essa é uma atribuição dos órgãos de segurança pública (Brasil, 2011). O papel da saúde diante desses casos é cuidar, ou seja, acolher, discutir e pactuar decisões assistenciais com a mulher e acionar a rede de serviços necessária (D'Oliveira *et al.*, 2009; Brasil, 2011; Vieira; Hasse, 2017).

Parte desse processo é documentar de forma acurada no prontuário o que foi encontrado e realizado, já que tais informações, além de serem o registro do cuidado dispensado, podem servir como prova pericial (Brasil, 2021; Luz; Loreto; Barros, 2021).

Também relacionado à função de cuidar, associado ao princípio do respeito à autonomia e direito à confidencialidade, os profissionais da saúde têm dever de sigilo. É a garantia de sigilo que promove maior segurança na relação com o serviço e manutenção do vínculo com o profissional (D'Oliveira *et al.*, 2009; Loch, 2009; Villas-Bôas, 2015; Colodette *et al.*, 2020). Entretanto, nem sempre esse dever-direito é garantido. Isso parece estar relacionado à confusão que muitos profissionais da saúde, inclusive os entrevistados, fazem entre notificação e denúncia, termos tomados como sinônimos: “*Caso a paciente não procurar meios legais, acho que é nosso dever denunciar*” (E6).

Denunciar significa comunicar a ocorrência de um crime para autoridades policiais (Luz; Loreto; Barros, 2021) e, no caso de VCM, isso está previsto apenas em casos específicos, em que há maior vulnerabilidade das pacientes e a quebra de sigilo é justificável (CFO, 2012; Luz; Loreto; Barros, 2021). O profissional de saúde deve orientar sobre direitos e funcionamento dos serviços, mas cabe à mulher – salvo nas exceções citadas – decidir o que fazer.

O que é obrigatório para profissionais da saúde é notificar de forma compulsória, os casos suspeitos e/ou confirmados de violência à vigilância epidemiológica (Brasil, 2003), ação fundamental para dimensionar e caracterizar o problema, visando a elaboração de políticas públicas.

Apesar de ser de preenchimento obrigatório, as notificações não são realizadas regularmente, o que faz com que a subnotificação dos casos de violência no Brasil seja significativa (D'Oliveira *et al.*, 2009; Silva *et al.*, 2010; Gomes *et al.*, 2013; Hasse; Vieira, 2014; Barros; Schraiber, 2017; Minayo *et al.*, 2018; Luz; Loreto; Barros, 2021). Entre cirurgiões-dentistas, a subnotificação ocorre por não saberem da obrigatoriedade legal, medo de configurar quebra de sigilo e desejo de não se envolver com a situação (Carvalho; Galo; Silva, 2013), o que deixa claro o desconhecimento dos profissionais tanto sobre a função da ficha, quanto do trâmite dos dados.

Um último aspecto sobre o cuidado a situações de VCM que aparece nas entrevistas faz referência, ainda que de forma superficial, ao trabalho em equipe e articulação com outros serviços. Entre os entrevistados, foi unânime a necessidade de acionar outros profissionais, especialmente os reconhecidos como aptos para lidar com tais casos, como psicólogas e/ou assistentes sociais, quando suspeitam ou identificam um caso de violência.

Os relatos sugerem uma *encaminho-terapia*, ou seja, uso de encaminhamentos como prática única de cuidado e, muitas vezes, sem pactuação com a paciente-mulher. Descrito/entendido pelos entrevistados como “trabalho em equipe”, é um processo realizado de forma isolada e sem discussão, em uma lógica de “*passar o caso*” já que, apesar de participarem de algumas reuniões de equipe, o contato entre profissionais é feito, majoritariamente, através de conversas informais.

Ferramentas da PNH (Brasil, 2010), como projeto terapêutico singular, clínica ampliada e matriciamento não são utilizadas de forma sistemática nas unidades dos entrevistados – ao menos, não nos espaços em que estão inseridos. Apesar do potencial de tais ferramentas para incrementar ações intersetoriais, aumentar a

resolubilidade de casos de difícil desfecho e favorecer o trabalho em equipe, serviços de APS ainda têm dificuldades no uso de tais dispositivos (Santos, 2006; Pereira, 2020). Assim, os profissionais procurados para os encaminhamentos geralmente são os que atuam dentro das próprias unidades dos entrevistados já que o conhecimento sobre outros serviços da rede intersetorial é escasso ou se resume à delegacia: “*Existe alguma rede de apoio pra essas mulheres? Eu não tenho conhecimento*” (E1).

O trabalho intersetorial para cuidar de pessoas em situação de violência é essencial para produzir um cuidado integral. Sua consolidação requer o estabelecimento de diálogo entre serviços e preparo dos profissionais para relação com formas de entendimento da violência (Vieira; Hasse, 2017). Apesar das políticas existentes, pesquisas sobre o tema mostram que o conhecimento dos profissionais da saúde acerca de outros serviços que não os próprios, é parcial, o que favorece o isolamento e a formação de rotas críticas (Schraiber; Mendes-Gonçalves, 1996; D’Oliveira *et al.*, 2009; Hanada; D’Oliveira; Schraiber, 2010; Hasse; Vieira, 2014). Além disso, persiste um descompasso no agir dos profissionais da rede, ainda baseado em racionalidades técnico-científicas, fragmentado e sem integração de perspectivas de gênero e promoção de direitos no planejamento das ações (D’Oliveira *et al.*, 2009; Vieira; Hasse, 2017).

Considerações finais

Este estudo identificou que é provável que os dentistas da APS entrevistados consigam identificar situações de VCM – ou, ao menos, suspeitar delas. Também verificou que, apesar de conhecerem pouco da rede intersetorial, e de terem algumas noções equivocadas sobre a função do dentista diante de tais casos, eles têm uma boa noção do que deve ser feito.

Há, contudo, dificuldades em abordar o problema no contexto clínico. Isso ocorre devido ao predomínio do uso de tecnologias duras no processo de trabalho e o entendimento de que não é sua função enquanto profissional de saúde cuidar de tais casos. Quando há práticas adequadas de cuidado, eles não as entendem como parte do processo de trabalho da odontologia e o fazem intuitivamente. A natureza tecnicista do ofício parece estar ligada à dificuldade em utilizar tecnologias leves na assistência e entender o vínculo como parte do processo de cuidado.

Há demandas por capacitações e protocolos para lidar com VCM, inclusive sobre como reagir frente aos casos. Mais do que acesso a informações, tais

carecimentos representam uma busca por segurança e proteção contra emoções difíceis suscitadas diante do que é estranho.

O papel do cirurgião-dentista da APS é fundamental para que mulheres em situação de violência consigam acessar direitos e ter mais qualidade de vida. A efetiva inserção de tais profissionais nas equipes, o uso compartilhado de ferramentas de gestão do cuidado e o desenvolvimento de ações intersetoriais são essenciais para que se sintam seguros para agir. Além disso, fomentar outras possibilidades de produzir cuidado favoreceria o acolhimento às mulheres que chegam aos consultórios, bem como o manejo da situação, para além de práticas reparadoras e odontolegais.¹

Referências

- AYRES, J. R. M. C. *Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC Editora, 2009.
- BARBOSA, J. P. M. *et al.* Interseccionalidade e violência contra as mulheres em tempos de pandemia de covid-19: diálogos e possibilidades. *Saúde e Sociedade*, v. 30, n. 2, e200367, 2021.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BARROS, C. R. S.; SCHRAIBER, L.B. Intimate partner violence reported by female and male users of healthcare units. *Revista de Saúde Pública*, v. 51, n. 7, p. 1-10, 2017.
- BERNARDINO, Í. M. *et al.* Intimate partner violence against women, circumstances of aggressions and oral-maxillofacial traumas: A medical-legal and forensic approach. *Legal Medicine (Tokyo)*, v. 31, p. 1-6, 2018.
- BOTT, S. *et al.* Intimate partner violence in the Americas: a systematic review and reanalysis of national prevalence estimates. *Revista Panamericana de Salud Publica*, v. 43, supl. 26, 2019.
- BRASIL. Gabinete do Ministro – Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 78. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 4, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre as diretrizes para a comunicação externa dos casos de violência contra a mulher às autoridades policiais, no âmbito da Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003. *Diário Oficial da União*. Brasília, 18 jan. 2021.
- BRASIL. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 2006.
- BRASIL. Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. *Diário Oficial da União*. Brasília, 25 nov. 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Humanização*. Atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2010 (Cadernos HumanizaSUS, v. 2).

BRASIL. Presidência da República. Secretaria de Políticas para Mulheres. *Rede de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres*. Brasília, 2011.

CAMPOS, G. W. S. A mediação entre conhecimento e práticas sociais: a racionalidade da tecnologia leve, da práxis e da arte. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 7, p. 3033-40, 2011.

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

CASTRO, T. L. *et al.* Violence against women: characteristics of head and neck injuries. *Revista Gaúcha de Odontologia*, v. 65, n. 2, p. 100-108, 2017.

CESA, T. S. *et al.* Survey on jaw fractures occurring due to domestic violence against women. *Revista Sul-Brasileira de Odontologia*, v. 9, n. 4, p. 388-93, 2012.

COLODETTE, R. M. *et al.* Bioética, odontologia e atenção primária à saúde: o sigilo em questão. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 15, n. 42, p. 2036, 2020.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. Resolução CFO nº 118/2012. Código de Ética Odontológica. *Diário Oficial da União*. 14 jun. 2012.

COULTHARD, P.; WARBURTON, A. L. The role of the dental team in responding to domestic violence. *British Dental Journal*, v. 203, n. 11, p. 645-8, 2007.

CUNHA, G. T.; DANTAS, D. V. Uma contribuição para a cogestão da clínica: grupos Balint-Paidéia. In: CAMPOS, G. W. S.; GUERRERO, A. V. P. (orgs.). *Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada*. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 24-47.

D'OLIVEIRA, A. F. P. L. *et al.* *Atenção Primária à Saúde: protocolo de atendimento a mulheres em situação de violência*. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2019.

D'OLIVEIRA, A. F. P. L. *et al.* Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero: uma alternativa para a atenção primária em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, n. 4, p. 1037-50, 2009.

DIAS, M. A. *et al.* Ensino sobre violências nos cursos de Psicologia das Universidades Federais. *Anais da XXVI Semana de Psicologia/UFU*, 2020 out 26-30, Uberlândia-MG, Brasil, 2021.

FIGUEIREDO, M. C. *et al.* Prevalência de mulheres vítimas de violência no município de Porto Alegre e a influência de suas variáveis no âmbito odontológico. *RFO UPF*, v. 17, n. 3, p. 254-60, 2012.

FIGUEIREDO, M. C. *et al.* Relato de caso clínico: violência doméstica contra uma paciente portadora de síndrome de Down. *Odontoestomatología*, v. 19, n. 30, p. 107-14, 2017.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 24, n. 1, p. 17-27, 2008.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. (orgs.). *Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos*. São Paulo: Hucitec, 2013.

GALVÃO, A. L. M. *et al.* Determinantes estruturais da saúde, raça, gênero e classe social: uma revisão de escopo. *Saúde & Sociedade*, v. 30, n. 2, p. 1-14, 2021.

GARBIN, C. A. S. *et al.* Occurrence of traumatic dental injury in cases of domestic violence. *Brazilian Dental Journal*, v. 23, n. 1, p. 72-76, 2012.

GOMES, N. P. *et al.* Identificação da violência na relação conjugal a partir da Estratégia Saúde da Família. *Texto Contexto Enfermagem*, v. 22, n. 3, p. 789-96, 2013.

HANADA, H.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; SCHRAIBER, L. B. Os psicólogos na rede de assistência a mulher em situação de violência. *Revista de Estudos Feministas*, v. 18, n. 1, p. 33-60, 2010.

HASHEMI, H. M.; BECHKAR, M. The prevalence of maxillofacial fractures due to domestic violence: a retrospective study in a hospital in Tehran, Iran. *Dental Traumatology*, v. 27, n. 5, p. 385-8, 2011.

HASSE, M.; VIEIRA, E. M. Como os profissionais de saúde atendem mulheres em situação de violência? Uma análise triangulada de dados. *Saúde em Debate*, v. 38, n. 102, p. 482-93, 2014.

HASSE, M. *Violência de gênero contra mulheres: em busca da produção de um cuidado integral*. Tese (Doutorado) - Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2016. 282 p.

KRUG, E. G. et al. (eds.). *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization; 2002.

LOCH, J. A. Confidencialidade: natureza, características e limitações no contexto da relação clínica. *Revista de Bioética*, v. 11, n. 1, p. 51-64, 2009.

LÚCIO, P. C. et al. Ensino sobre violências nos cursos de medicina das universidades federais. In: *Anais do 59º Congresso Brasileiro de Educação Médica – COBEM*. 2021 set 18-22. Brasília: Associação Brasileira de Educação Médica, 2021.

LUZ, M. F. S.; LORETO, D. B. L.; BARROS, B. A. C. Conhecimento e atuação de cirurgiões-dentistas e estudantes de odontologia frente à violência contra a mulher, com ênfase na notificação compulsória. *Revista Brasileira de Odontologia Legal*, v. 8, n. 2, p. 26-35, 2021.

MALACHIAS, R. C. *Violência contra mulheres relacionada ao trauma de face*. Monografia (Especialização em Odontologia) - Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2017.

MENDES-GONÇALVES, R. B. *Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades*. São Paulo: CEFOR; 1992.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (orgs.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 71-112.

- MERHY, E. E. *Saúde, a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.
- MINAYO, M. C. S. *Violência e saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.
- MINAYO, M. C. S. *et al.* Institucionalização do tema da violência no SUS: avanços e desafios. *Ciêns Saúde Colet.*, v. 23, n. 6, p. 2007-16, 2018.
- MOURA, J. Q. *et al.* Homens autores de violência contra mulher: um estudo descritivo. *Contextos Clínicos*, v. 13, n. 1, jan-abr. 2020.
- NETTO, L. A. *et al.* Violence against women and its consequences. *Acta Paulista Enfermagem*, v. 27, n. 5, p. 458-64, 2014.
- PAULINO, D. B.; RASERA, E. F.; TEIXEIRA, F. B. Discursos sobre o cuidado em saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais (LGBT) entre médicas(os) da Estratégia Saúde da Família. *Interface (Botucatu)*, v. 23, supl. 180279, 2019.
- PEREIRA, M. C. C. *O projeto terapêutico singular como estratégia para resolubilidade de casos na Atenção Básica à Saúde: revisão integrativa*. 2020. 39f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) - Centro de Formação de Professores, Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras-PB, 2020.
- SÁ, M. C.; AZEVEDO, C. S. Subjetividade e gestão: explorando as articulações psicossociais no trabalho gerencial e no trabalho em saúde. In: AZEVEDO, C. S.; SÁ, M. C. (orgs.). *Subjetividade, gestão e cuidado em saúde: abordagens da psicossociologia*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.
- SANTOS, A. M. Organização das ações em saúde bucal na estratégia de saúde da família: ações individuais e coletivas baseadas em dispositivos relacionais e instituintes. *Revista de APS*, v. 9, n. 2, p. 190-200, 2006.
- SCHRAIBER, L. B. *et al.* Violência contra mulheres entre usuárias de serviços públicos de saúde da grande São Paulo. *Revista de Saúde Pública*, v. 41, n. 3, p. 359-67, 2007.
- SCHRAIBER, L. B. *et al.* *Violência dói e não é direito*. A violência contra a mulher, a saúde e os direitos humanos. São Paulo: Unesp, 2005.
- SCHRAIBER, L. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. Necessidades de saúde e atenção primária. In: SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. (orgs.). *Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica*. São Paulo: Hucitec; 1996. p. 29-47.
- SILVA, R. F. *et al.* Atuação profissional do cirurgião-dentista diante da lei Maria da Penha. *Revista Sul-Brasileira de Odontologia*, v. 7, n. 1, p. 110-16, 2010.
- SOARES, E. M. G. *et al.* Análise pericial das lesões situadas em cabeça e pescoço de mulheres vítimas de violência doméstica atendidas em um instituto médico legal de Maceió-AL. *Revista Brasileira de Odontologia Legal*, v. 5, n. 3, p. 12-22, 2018.

SOUZA, V. R. S. *et al.* Tradução e validação para o português brasileiro e avaliação do checklist COREQ. *Acta Paul Enferm.*, v. 34, eAPE02631, mar. 2021.

STAVRIANOS, C. *et al.* Violence against women: A case report. *Research Journal of Medical Sciences*, v. 5, n. 3, p. 122-5, 2011.

TEIXEIRA, R. R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC Editora, 2006.

TORNAVOI, D. C.; GALO, R.; SILVA, R. H. A. Conhecimento de profissionais de odontologia sobre violência doméstica. *Revista Sul-Brasileira de Odontologia*, v. 8, n. 1, p. 54-9, 2011.

VIEIRA, E. M.; HASSE, M. Percepções dos profissionais de uma rede intersetorial sobre o atendimento a mulheres em situação de violência. *Interface (Botucatu)*, v. 21, n. 60, p. 52-62, 2017.

VILLAS-BÔAS, M. E. O direito-dever de sigilo na proteção ao paciente. *Revista de Bioética*, v. 23, n. 3, p. 513-23, 2015.

VINUTO, J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. *Temáticas*, v. 22, n. 44, p. 203-20, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence*. Geneva: WHO, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Health care for women subjected to intimate partner violence or sexual violence: a clinical handbook*. Geneva: WHO, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION; LONDON SCHOOL OF HYGIENE AND TROPICAL MEDICINE. *Preventing intimate partner and sexual violence against women: taking action and generating evidence*. Geneva: WHO, 2010.

Nota

¹ K. G. Kil: concepção e execução do estudo, coleta e interpretação dos dados, redação do artigo e aprovação da versão final a ser publicada. C. M. M. L. dos Santos: apoio na análise e discussão dos dados, redação do artigo e aprovação da versão final a ser publicada. M. Hasse: orientação na concepção e execução do estudo, coleta e interpretação dos dados, redação do artigo e aprovação da versão final a ser publicada.

Abstract

Primary health care dentists and violence against women: perceptions and practices

Violence against women is a serious public health problem. Victims seek health services, but most professionals still have difficulties in providing adequate assistance. The prevalence of head and neck injuries implies the dentist's abilities. Understanding how these professionals perceive violence and care for these women is essential to improve care. The objective of this study was to know the perceptions about violence against women and practices of dentists who work in primary health care in a Brazilian city. The research ethics committee approved the project. Qualitative research was conducted through semi-structured interviews with nine dentists selected by the "Snowball" method. Data were categorized and analyzed using Thematic Content Analysis. Two central categories are discussed: the invisibility and distancing of violence cases in the dental clinic and care production. Despite understanding violence against women as a manifestation of gender inequalities and knowing the signs, dentists have difficulties in approaching cases in clinical practice. The barriers and mistakes in management are associated with perceptions about the role of the dentist and conceptions about health care.

► **Keywords:** Violence against women. Gender violence. Legal dentistry. Knowledge, attitudes and practice in health. Primary Health Care.

