


Reabilitação oral em vítima de violência doméstica e sua relação com a autoestima e qualidade de vida

 <https://doi.org/10.56238/sevened2024.014-001>

Fernanda Paiva Fiedler

Origem: UFPA

E-mail: fiedlerfernanda1@hotmail.com

Bárbara Lídia da Silva Pereira

Origem: UFPA

E-mail: barbarapereira.cdentista@gmail.com

Simone Soares Pedrosa

Origem: Profª. Associada III da FO-UFPA

E-mail: sspedrosa@ufpa.br

Lurdete Maria Rocha Gauch

Origem: Profª. Associada III da FO-UFPA

E-mail: lrgauch@ufpa.br

Davi Lavareda Corrêa

Origem: Profª. Adjunto da FO-UFPA

E-mail: davilavareda2@yahoo.com.br

Liliane Silva do Nascimento

Origem: Associada IV UFPA Profª Titular da FO-UFPA

E-mail: dralilianesn@hotmail.com

João Pedro Costa Pedrosa

Origem: Graduando de Odontologia da UFMA

E-mail: joao.pedrosa@discente.ufma.br

Hercules Bezerra Dias

Origem: Profª Adjunto da FO-UPFA

E-mail: herculesdias@ufpa.br

Isabelle Rocha Gauch

Residente em Cirurgia Geral

E-mail: isabellegauch.uepa@gmail.com

Vania Castro Corrêa

Origem: Profª. Associada III da FO-UFPA

E-mail: vania@ufpa.br

Suelen Castro Lavareda Corrêa

Origem: Força Aérea Brasileira

E-mail: suelenlavaredam@gmail.com

Sue Ann Lavareda Corrêa Uchôa

Origem: Centro de Pesquisa São Leopoldo Mandic

E-mail: sueann.lavareda@yahoo.com.br

RESUMO

A violência doméstica é um problema complexo que afeta pessoas de todas as idades, raças, credos e classes sociais, gerando diversas complicações para as mulheres. Muitos dos traumas resultantes da violência são orofaciais, causando alterações físicas e funcionais, além de impactos estéticos que podem agravar problemas crônicos, como a depressão. Isso afeta significativamente a qualidade de vida e a interação social das vítimas, pois complicações psicológicas influenciam negativamente a percepção da saúde bucal. Este estudo tem como objetivo relatar a reabilitação oral humanizada de uma paciente vítima de violência doméstica, correlacionar o tratamento reabilitador com a autoestima e qualidade de vida, e incentivar a interrupção da violência doméstica. O tratamento foi realizado na Clínica Integrada III e IV da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Pará (UFPA), seguindo um plano que envolveu diversas áreas da Odontologia e com o consentimento da paciente. A paciente recebeu orientação sobre higiene bucal e passou por procedimentos como raspagem, profilaxia, exodontias, tratamentos endodônticos, restaurações com resina composta, retentores intrarradiculares, coroas totais em resina acrílica e prótese parcial removível (PPR) superior provisória. Concluiu-se que a reabilitação oral elevou significativamente a autoestima e a qualidade de vida da paciente, incentivando-a a concluir o tratamento com coroas e PPR definitivas, além de contribuir para a interrupção dos ciclos de violência doméstica.

Palavras-chave: Reabilitação Bucal, Violência Doméstica, Autoimagem, Higiene Bucal.

1 INTRODUÇÃO

Conforme a OMS (Organização Mundial de Saúde), a violência contra a mulher é considerada um problema de saúde pública, pois as vítimas apresentam diversos distúrbios físicos e psicológicos, que podem interferir diretamente na sua saúde¹. De acordo com o Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, em 2021 foram registradas 198.644 denúncias de violência contra a mulher nas plataformas oferecidas pelo governo². Até maio de 2022, cerca de 59,51% das denúncias nas plataformas tinham mulheres como vítimas, sendo que a região Nordeste do país apresenta um grande número de denúncias. O silêncio das vítimas é um fator determinante na perpetuação da violência². Uma pesquisa da OMS, em parceria com a London School of Hygiene and Tropical Medicine e o Medical Research Council, realizada em 80 países, revelou que 30% das mulheres relataram ter sofrido alguma forma de violência física e/ou sexual por parte do parceiro¹.

Conforme a Lei 11.340, de 7 de agosto de 2006, conhecida como "Lei Maria da Penha", a violência doméstica e familiar inclui qualquer ação ou omissão baseada no gênero que cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico, além de dano moral e patrimonial³. Sabe-se que muitas lesões decorrentes da violência têm grande impacto estético, o que pode intensificar problemas crônicos como a depressão, interferindo significativamente na qualidade de vida e interação social, conforme o Artigo 7º, inciso II³. Esse artigo define a violência psicológica como qualquer conduta que cause dano emocional, diminuição da autoestima ou que prejudique e perturbe o pleno desenvolvimento da vítima³.

Esse tipo de violência traz diversos prejuízos, incluindo altos custos econômicos para o país, seja por despesas médicas, impedimento para o trabalho produtivo ou efeitos na saúde mental, tornando-se uma prioridade nos direitos humanos⁴. Embora o termo “violência doméstica” inclua pessoas que convivem no ambiente familiar sem necessariamente ter laços de sangue, em 70% dos casos, o perpetrador é o parceiro íntimo da vítima⁷. Assim, a violência doméstica é entendida como uma relação de poder entre homem e mulher, onde o masculino determina o papel do feminino, evidenciando a desigualdade de gênero⁶.

Há ainda uma naturalização por parte de algumas mulheres, que não reconhecem as ações violentas como violação de seus direitos humanos, liberdade, direito de expressão e bem-estar físico e mental⁷. As agressões causam sofrimento que vai além das marcas físicas, deixando marcas intangíveis⁸. Esse tema é tão crítico que, segundo a Organização das Nações Unidas (ONU), 40% das mulheres brasileiras já sofreram violência doméstica em algum momento da vida⁹. O Brasil ocupa a 5ª posição no ranking de feminicídio entre 83 países, com uma mulher sendo morta a cada 2 horas no território nacional⁹. Apesar do medo e das constantes intimidações, algumas mulheres conseguem abandonar o parceiro agressivo, especialmente quando as agressões se intensificam¹⁰.

Cerca de 42% das mulheres que sofreram violência relataram que as lesões físicas são a principal consequência, frequentemente envolvendo a face, como lábios, área ao redor dos olhos e dentes¹. Assim,

o cirurgião-dentista desempenha um papel crucial na identificação e notificação da violência aos órgãos competentes, além de oferecer tratamento, pois os profissionais de saúde são geralmente os primeiros a entrar em contato com a vítima¹¹. Os prejuízos emocionais afetam diretamente a autoestima das vítimas, repercutindo de maneira devastadora na sua qualidade de vida¹². Na odontologia, o cirurgião-dentista pode atuar em equipe multiprofissional, devolvendo não apenas a estética, mas também a função e o bem-estar através da reabilitação oral¹³.

Apesar disso, há poucos casos na literatura que demonstrem a atuação de cirurgiões-dentistas em reabilitações de pacientes vitimadas, indicando uma atuação ainda limitada da odontologia na reintegração dessas mulheres na sociedade¹⁴. Assim, o objetivo deste estudo é descrever o tratamento odontológico reabilitador, com atendimento humanizado, adotado para uma paciente vítima de violência doméstica, correlacionar os resultados obtidos com sua autoestima e qualidade de vida utilizando a Escala Phrase Completion¹⁷, além de incentivar a interrupção da violência doméstica.

2 RELATO DE CASO

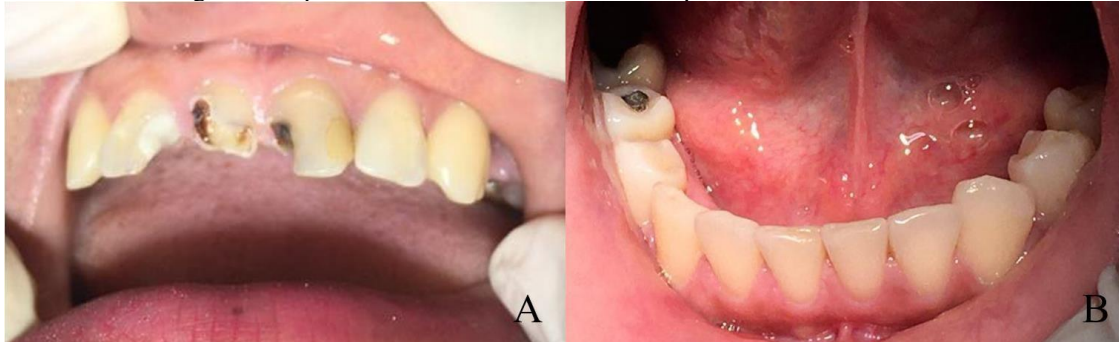
Paciente L.L.S do sexo feminino, 31 anos, feoderma, procurou a Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Pará (UFPA), queixando-se de insatisfação com a estética dos dentes anteriores, motivada por um “desentendimento afetivo” e dores em alguns elementos, o que estaria reprimindo seu sorriso e interferindo diretamente na sua autoestima, impedindo assim, o seu convívio social. Foi tabagista há cerca de 10 anos atrás e sem histórico de doenças sistêmicas. Ao exame extraoral verificou-se que a dimensão vertical de oclusão (DVO) estava diminuída, mas o suporte labial, sulcos e comissuras estavam satisfatórios (Figura 1A-B).

Figura 1: Aspecto inicial extraoral. A: Frontal. B: Lateral direita



No exame clínico intraoral observou-se fraturas e cáries nos dentes 12, 11 e 21; cáries nos dentes 23, 17, 38 e 46; restauração extensa no 22 atingindo a câmara pulpar; raízes residuais dos dentes 14, 26 e 28 e ausência dos dentes 15, 16, 17, 24, 25, 36 e 48 (Figura 2A-B).

Figura 2: Aspecto inicial intraoral. A: Arcada superior. B: Arcada inferior.



Nas radiografias periapicais e panorâmica constatou-se necrose pulpar dos dentes 12, 11, 21, 17 e 46, confirmado pelos testes de sensibilidade negativo (Figura 3).

Figura 3: Radiografia panorâmica inicial.

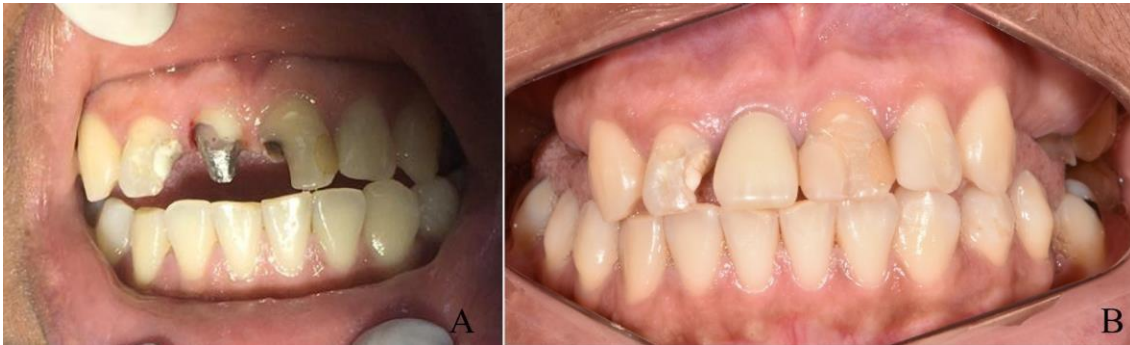


Antes do início e no final do tratamento, foi aplicado um questionário para a paciente, baseado na Escala Phrase Completion que se constitui numa escala padrão de 11 pontos (de 0 a 10), que facilita a interpretação, pois as pessoas estão mais familiarizadas com essa referência, então o objetivo do questionário foi relacionar o tratamento odontológico com a autoestima e qualidade de vida no início e ao final do tratamento.

O plano de tratamento foi discutido com as especialidades de periodontia, cirurgia, endodontia, dentística e prótese. O tratamento iniciou-se com sondagem periodontal, raspagem, alisamento e polimento corono-radulares. Em seguida, foi iniciada a limpeza e selamento provisório das cavidades abertas do 17, 38 e 46 para diminuição de contaminação nas cirurgias subsequentes para extração das

raízes residuais dos dentes 14, 26 e 28. Foi realizado inicialmente o tratamento endodôntico do dente 11, por queixa dolorosa por parte da paciente e após o tratamento foi confeccionado um núcleo metálico fundido (NMF) e coroa provisória (Figura 4A), além da restauração provisória do dente 21 (Figura 4B), por necessidade social; na sequência, foram realizados os tratamentos endodônticos dos dentes 12, 21, 22, 17 e 46.

Figura 4: Tratamento provisório. A: NMF no dente 11; B: Coroa provisória no dente 11 e restauração provisória no dente 21.



Foram confeccionados modelos de estudo das duas arcadas (Figura 5A-B) que foram montados no articulador semiajustável (ASA) através de registro com arco facial para o modelo superior e registro interoclusal em relação cêntrica com Jig de Lucia e lâmina de cera nº 9 para o modelo inferior (Figura 6).

Figura 5: Modelos de estudo. A: Arcada superior. B: Arcada inferior

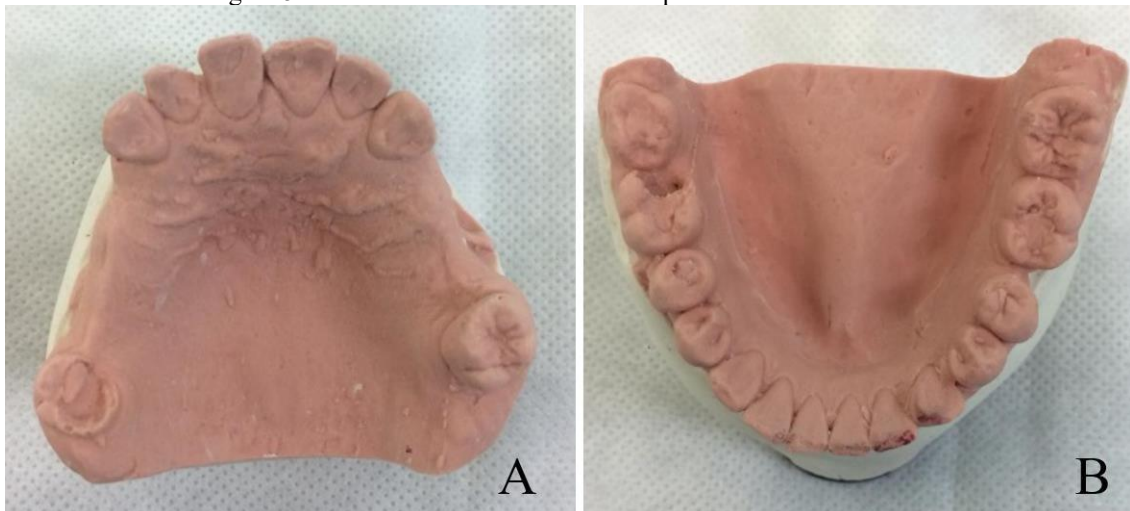


Figura 6: Modelos montados no ASA.



O ASA foi enviado ao laboratório para desgaste dos dentes extruídos (35 e 46), enceramento de diagnóstico (dentes 17, 12, 11, 21, 22, 27, 38, 37, 33, 32, 31, 41, 42, 43, 44, 46 e 47) e montagem de dentes artificiais nas áreas das ausências dentárias (14, 15, 16, 24, 25 e 26) para correção do plano de oclusão e confecção de PPR provisória superior (Figuras 7: A, B e C).

Figura 7: Modelos entregues do laboratório A: Enceramento de diagnóstico dos elementos inferiores. B: Base de prova e dentes da PPR superior. C: Enceramento das coroas dos incisivos superiores.



Foram confeccionadas moldeiras individuais (acetato) para clareamento caseiro em plastificadora à vácuo e a paciente utilizou gel de peróxido de carbamida a 22% (Whiteness Perfect, FGM), 1 hora por dia durante 14 dias para clareamento dos seus dentes, como também foi realizado, cerca de 1 mês e meio depois, uma sessão de consultório a fim de clarear somente os caninos superiores, utilizando-se gel de peróxido de hidrogênio a 37,5% (Pola Office Plus, SDI).

Observou-se nos primeiros atendimentos que a paciente possuía um perfil muito retraído, extremamente silenciosa e emocionava-se facilmente. No decorrer de cada procedimento podemos analisar de maneira mais clara os comportamentos e pequenos trechos de relatos da paciente sobre sua

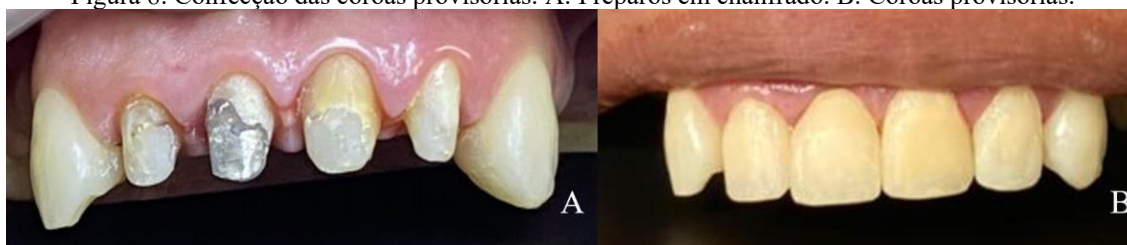
condição oral. No decorrer do tratamento a mesma nos confirmou a violência que sofrera sob muita emoção e angústia, o que a tornou negligente com a sua saúde bucal.

Os condutos dos dentes 12, 21 e 22 foram desobturados sob isolamento absoluto, utilizando-se brocas gates glidden na sequência nº 2 e 3, deixando-se de 5 mm de material obturador em cada conduto; foi realizada a prova dos pinos de fibra de vidro e rx periapical para comprovação da adaptação (21 e 22, nº 0,5 e 12, nº 1; White post DC, FGM); os dentes foram condicionados com ácido fósfórico a 37% (Condaaf, AAF do Brasil) durante 15 segundos no conduto e 30 segundos no remanescente dentário, lavados por 1 minuto, secos com jatos de ar e cone de papel absorvente dentro dos condutos e na sequência, o adesivo (Ambar®-FGM) foi aplicado nos dentes e polimerizado por 30 segundos após a remoção dos excessos. Os pinos foram limpos com álcool 70%, silanizados (PROSIL, FGM) e cimentados com cimento resinoso dual (Allcem® TR, FGM); o cimento foi aplicado nos condutos e nos pinos e polimerizado por 40 segundos. Após 10 minutos os pinos foram cortados e os dentes foram restaurados provisoriamente com resina composta (Z250, cor A2, 3M/ESPE).

Desse modo, com o propósito de estabilização da oclusão foram realizadas reanatomizações em resina composta (Z250, A2, 3M/ESPE) nos dentes 13, 27, 23, 38, 37, 35, 34, 33, 32, 31, e 41 (faces vestibular, incisal/oclusal e lingual/palatina), usando-se a técnica da muralha confeccionada com silicona de condensação (Reflex Denso, Yllor) sobre o modelo de diagnóstico encerado. Os dentes 46 e 17 receberam restauração direta em resina composta fluída para a base (Master flow, Biodinâmica) e depois foram reanatomizados em resina composta (Z250, A2, 3M/ESPE) seguindo o plano de oclusão pré-determinado.

Os dentes 12, 11, 21 e 22 receberam preparo para coroa total (broca 3216, 3118, 3216 F e 3118 F) e coroas provisórias confeccionadas na técnica da faceta (Dentes Biolux, cor 60, V 68) em sessões distintas (Figura 8, A e B).

Figura 8: Confeção das coroas provisórias. A: Preparos em chanfrado. B: Coroas provisórias.



Novos modelos foram confeccionados, montados no ASA (arco facial e registro na máxima intercuspidação habitual com lâmina de cera nº 9) e enviados ao laboratório de prótese para obtenção de novas coroas provisórias que proporcionassem maior resistência mecânica e melhor resultado estético, além da PPR provisória superior (Dentes Biolux, cor 60, P6) para finalizar a estabilização da oclusão. A arcada superior foi moldada com silicona de condensação em dois tempos (Perfil, Coltene)

após afastamento gengival dos dentes 12, 11, 21 e 22 com fio retrator (Ultrapak nº 000, Ultradent) e solução hemostática (Hemoliq, Maquira) e a inferior com alginato (Jeltrate Dustless, Dentsply). As coroas provisórias foram jateadas internamente com óxido de alumínio 50 micrometros e silanizadas (Prosil, FGM); os dentes foram condicionados com ácido fosfórico a 37%, o adesivo (Ambar APS, FGM) foi aplicado e polimerizado e as coroas foram cimentadas com cimento resinoso dual (Ambar TR, FGM). A PPR superior provisória foi ajustada e instalada (Figura 9: A, B, C e D).

Figura 9: Resultado final. A: Sorriso. B: Oclusal superior. C: Oclusal inferior. D: Coroas provisórias



3 DISCUSSÃO

A violência doméstica é um problema complexo que afeta pessoas de diversas idades, raças, credos e classes sociais, gerando uma série de complicações para as mulheres, tanto físicas quanto psicológicas¹⁻¹⁶. A maioria das lesões provocadas pela violência ocorre na face, resultando em traumas orofaciais que têm um impacto estético significativo na vida das mulheres, podendo desencadear doenças crônicas como a depressão¹⁰⁻¹¹. Essas complicações interferem significativamente na qualidade de vida e interação social das vítimas, diminuindo a autoestima e afetando a percepção de sua saúde bucal, como relatado pela paciente deste estudo^{11,12}.

A fragilização das vítimas leva a uma maior procura por profissionais de saúde, seja para tratamentos psicológicos, físicos ou reabilitadores^{4,13}. Mulheres que procuram a atenção primária em saúde frequentemente apresentam sinais de violência, como ansiedade, vergonha, comportamento

introvertido ou lesões corporais^{4,17}, e podem ser mais sensíveis durante procedimentos no local afetado, o que pode remetê-las às agressões sofridas, como observado na paciente deste estudo.

Nos últimos anos, a conscientização sobre a violência doméstica tem crescido significativamente, mostrando os impactos dessa violência nas relações interpessoais e na qualidade de vida das mulheres vitimadas^{1,2}. Essas mulheres frequentemente se tornam invisíveis na sociedade, seja por ocultarem os acontecimentos das autoridades ou por reclusão devido ao constrangimento social e baixa autoestima^{4,6,12}. Portanto, é crucial incluir este tema nos currículos dos cursos de graduação, ajudando os cirurgiões-dentistas a desenvolverem uma consciência crítica que facilite a identificação da violência enquanto membros da sociedade^{13,17}.

A capacitação dos dentistas é fundamental para que atuem como agentes mediadores e de confiança, facilitando o relato dos casos e permitindo o tratamento adequado e a devida orientação para lidar com a violência^{5,11}. A maior parte dos artigos que relacionam violência com autoestima e foram utilizados neste estudo são dos anos de 2018 a 2020^{10-12,14,17,19,21}, evidenciando a necessidade de discutir este tema, que tem ganhado visibilidade. No entanto, ainda há poucos estudos de relatos de casos que demonstrem os protocolos clínicos adotados em fraturas dentárias e os resultados pós-reabilitação, esclarecendo o condicionamento da vítima no consultório odontológico e suas expectativas frente à nova realidade social^{7,10}.

O tratamento escolhido baseou-se na condição socioeconômica da paciente, priorizando a função e, conseqüentemente, a estética, elevando sua autoestima conforme avaliado pelo questionário baseado na Escala Phrase Completion¹⁷. Observou-se uma melhora no comportamento social da paciente ao longo do tratamento, tornando-se menos introvertida e mais sociável^{4,10,12}, redescobrando seu valor e elevando sua autoestima e qualidade de vida, como demonstrado no questionário.

O tratamento reabilitador com coroas totais anteriores é indicado em casos de fraturas extensas que prejudicam a estética¹⁸. A principal limitação encontrada foi a questão financeira, o que impediu de avançar além das próteses provisórias, mas não comprometeu a qualidade do tratamento.

A face da violência vai além do que a odontologia pode modificar^{11,16}. Por isso, é essencial observar os sinais clínicos somados a outros fatores que possam indicar casos de violência, ressaltando a importância do tratamento humanizado e integral e da construção de uma relação de confiança entre profissional e paciente, já que o dentista é muitas vezes o primeiro a entrar em contato com a vítima.

4 CONCLUSÃO

Este estudo concluiu a importância de um atendimento odontológico humanizado na reabilitação oral de mulheres vítimas de violência. Em muitos casos, o cirurgião-dentista é um dos primeiros profissionais a entrar em contato com a paciente, sendo essencial a identificação das transgressões, orientações em higiene bucal e a reabilitação oral. A odontologia necessita de um maior estímulo para



abordar essa problemática, evidenciado pela ausência de relatos de caso comatendimento humanizado, o que dificulta a tomada de decisão durante o tratamento clínico. Em resumo, os cirurgiões-dentistas podem ser fundamentais na reinserção dessas mulheres nasociedade, tornando-as visíveis, devolvendo sua autoestima, melhorando sua qualidade de vidae incentivando a interrupção do ciclo de violência.



REFERÊNCIAS

Organização pan-americana de saúde. Violência contra as mulheres. 2019 Feb 08. Violência contra as mulheres; [revisado em 2022]; Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topics/violence-against-women>.

Ministério da Mulher, da família e dos direitos humanos. Painel com dados de denúncias de violações de direitos humanos recebidas pela ONDH no ano de 2022. 2022 May. Painel de dados; [revisado em maio de 2022]; Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/ondh/painel-de-dados/de-jul-2020-a-dez-2021>.

Brasil. Lei nº LEINº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Dispõe das formas de violência doméstica e familiar contra a mulher. Diário Oficial da União, Brasília, 7 de ago. 2006. Capítulo II.

Santos WJ, Oliveira PP, Viegas SMF, da Fonseca VSM, Ramos TM, Policarpo AG, da Silveira EAA. Violência Doméstica Contra a Mulher Perpetrada por Parceiro Íntimo: Representações Sociais de Profissionais da Atenção Primária à Saúde. Rev Fund Care Online [periódico na internet]. 2018 jul./set. [acesso em 2021 set 12]; 10(3):770-777. Disponível em: http://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/6197/pdf_1

Ornell F, Halpern SC, Dalbosco C, Sordi AO, Stock BS, Keessler F, et al. Violência doméstica e consumo de drogas durante a pandemia da COVID-19. Pensando fam. [periódico na internet] Jun 2020 [acesso em 2021 set 28]; 24(1): 3-11.

Amarijo CL, Figueira AB, Ramos AM, Minasi ASA. Relações de poder nas situações de violência doméstica contra a mulher: tendência dos estudos. Rev Cuid. Aug [periódico na internet] 2020 [acesso em 2021 oct 2]; 11(2): e1052.

Fernandes NC, da Natividade CSJ. A naturalização da violência contra a mulher. Brazilian Journal of Development [periódico na internet]. Oct 2020 [acesso em 2021 oct 2]; 8(6): 76076-86. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/17903/14503>

Valentim ECRB, Peruzzo JF. Violência doméstica: silêncio ou naturalização da violência sexual nas relações conjugais. Anais do 16º Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social [periódico na internet]. Dec 2020 [acesso em 2021 oct 2]; 16. Disponível em: [file:///C:/Users/biario/Downloads/ekeys,+00541%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/biario/Downloads/ekeys,+00541%20(1).pdf)

Organização nacional de saúde. ONU alerta para os custos da violência contra as mulheres no mundo. 2017 May 24. ONU MULHERES BRASIL; Disponível em: <https://www.onumulheres.org.br/noticias/onu-alerta-para-os-custos-da-violencia-contra-as-mulheres-no-mundo/>.

Guimarães RCS, Soares MCS, Santos RC, Moura JP, Freire TVV, Dias MD. Impacto na autoestima de mulheres em situação de violência doméstica atendidas em Campina Grande, Brasil. Rev Cuid [periódico na internet]. 2018 Apr [acesso em 2021 set 21]; 9(1):1988-97.

da Silva EDM. A odontologia e a violência doméstica contra mulheres: diagnóstico e conduta. Scire Salutis [periódico na internet]. 2019 [acesso em 2021 oct 12]; 9. Disponível em: <http://www.sustenere.co/index.php/sciresalutis/article/view/CBPC2236-9600.2019.003.0004/1823>

Silva E, Bovolini, T, Sardinha L, Lemos V. Um olhar da psicologia sobre a autoestima de mulheres vítimas de violência doméstica. Diálogos Interdisciplinares [periódico na internet]. 2019 [acesso em



2021 nov 3]; 8(1), 34-44. Disponível em:
<https://revistas.brazcubas.br/index.php/dialogos/article/view/646>

Carvalho LMF, Galo R, da Silva RHA. O cirurgião-dentista frente à violência doméstica: conhecimento dos profissionais em âmbito público e privado. *Medicina (Ribeirão Preto)* [periódico na internet]. 30 de setembro de 2013 [acesso em 2021 nov 3]; 46(3): 297-304. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/69146>

Hesler LZ, Costa MCC, Resta DC, Colomé ICS. Violence against women in the perspective of community health agents. *Rev. Gaúcha Enferm.* [periódico na internet]. 2013 [acesso em 2021 nov 3]; 34(1):180-6. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472013000100023>.

Júnior SDS, da Costa FJ. Mensuração e Escalas de Verificação: uma Análise Comparativa das Escalas de Likert e Phrase Completion. XVII SEMEAD: Seminários em Administração [periódico na internet]. 2014 oct [acesso em 2022 jan 23]; Disponível em: <http://sistema.semead.com.br/17semead/resultado/trabalhospdf/1012.pd>.

Dourado SM, Noronha CV. Marcas visíveis e invisíveis: danos ao rosto feminino em episódios de violência conjugal. *Ciência & Saúde Coletiva* [periódico na internet]. 2015 [acesso em 2022 jan 31]. 20(9): 2911-20. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232015209.19012014>>.

Garbin CAS, Teruel GP, Saliba TA, Arcieri RM, Garbin AJ Ísper. Percepção e conduta dos acadêmicos de Odontologia frente à violência intrafamiliar. *Arch Health Invest* [periódico na internet]. 11º de julho de 2017 [acesso em 2022 mai 24]; 6(6). Disponível em: <https://www.archhealthinvestigation.com.br/ArchHI/article/view/2079>.

Furtado DC, de Melo EL, Gomes MAdeL, Pontes KT, das Neves JL, Canto CAdeS, de AssisCPP, et al. A importância da reabilitação oral estética na alteração de forma e cor dos dentes: relato de caso clínico. *Arch Health Invest* [periódico na internet]. 2018 [acesso em mai 30]; 7(12):502-7. Disponível em: <https://archhealthinvestigation.com.br/ArchHI/article/view/3147/pdf>.

Chaves AS, Lund RG, Martos J, Salas MMS, Soares MRPS. Prevalência de traumatismos maxilofaciais causados por agressão ou violência física em mulheres adultas e os fatores associados: uma revisão de literatura. *RFO* [periódico na internet]. 15 ago. 2018 [acesso em 2022 fev 18]; 23(1). Disponível em: <http://seer.upf.br/index.php/rfo/article/view/8081>.

Silva ACL, Coelho EBS, Njaine K. Violência conjugal: as controvérsias no relato dos parceiros íntimos em inquéritos policiais. *Ciência & Saúde Coletiva* [periódico na internet]. 2014 [acesso em 2022 fev 18]. 19(04): 1255-1262. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232014194.01202013>>.

Guedes RN, da Fonseca RMGS, Egry EY. Limites e possibilidades avaliativas da Estratégia Saúde da Família para a violência de gênero. *Rev Esc Enferm USP* [periódico na internet]. 2013 [acesso em 2022 fev 20]; 47:304-1. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/cnnvPfnkz5pHCfM8kLHhY5S/?format=pdf&lang=pt>.

Zancan N, Wassermann V, Quadros GL. A violência doméstica a partir do discurso de mulheres agredidas. *Pensando famílias* [periódico na internet]. 2013 julho [acesso em 2022 fev 20]; 17(1): 63-76.

de Góes EDA. A vergonha social e o medo: obstáculos para a superação da violência doméstica contra a mulher. *Braz. J. of Develop* [periódico na internet]. 2019 novembro [acesso em 2022 mar 1]; 5(11): 23627-645. Disponível em: <https://brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/4392/4122>



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu Lidia Lopes,
RG n° 6040119, residente à
Rodovia do Tapará, Res. Calçana Rua 2 N° 223A no
bairro Tapará cidade Belém, Estado PA, declaro por meio
deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ter sido informado(a) sobre os
propósitos do trabalho intitulado “**Reabilitação oral em vítima de violência doméstica
e sua relação com autoestima e qualidade de vida**”, acerca dos procedimentos
realizados, seu objetivo e riscos e esclarecimentos permanentes e autorizo o uso as
imagens e vídeos obtidos durante o meu tratamento odontológico, sejam elas digitalizadas
ou impressas. Consinto que estas imagens sejam utilizadas para fins didáticos e
científicos, divulgadas em aulas, palestras e outros eventos científicos, assim como seu
uso em revistas, livros ou artigos, podendo mostrar ou não meu rosto, o que pode fazer
com que eu seja identificado(a), desde de que respeitada as normativas do Conselho
Federal de Odontologia.

Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar meu
consentimento a qualquer momento, antes ou durante, sem penalidade, prejuízo ou perda
de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

A utilização desse material não gera nenhum compromisso de ressarcimento, a qualquer
preceito, por parte do aluno(a).

Belém, 14/06/22.

Lidia Lopes

Assinatura do paciente