



UNIVERSIDADE DO VALE DO TAQUARI - UNIVATES
CENTRO DE CIÊNCIAS DA VIDA
CURSO DE ODONTOLOGIA

**VIOLÊNCIA DE GÊNERO E ODONTOLOGIA: UMA REVISÃO
INTEGRATIVA DE LITERATURA**

Pâmela Martini

Lajeado, junho de 2021

Pâmela Martini

VIOLÊNCIA DE GÊNERO E ODONTOLOGIA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado no eixo de Organização do Processo de Trabalho em Saúde IX, do Curso de Odontologia, da Universidade do Vale do Taquari - UNIVATES, como requisito para a obtenção do título de Cirurgiã-Dentista.

Orientador: Prof. Ms. Fábio Guarnieri

Lajeado, junho de 2021

RESUMO

Violência de gênero abrange abuso sexual, emocional, físicos e controle comportamental. Mundialmente, mulheres de diferentes origens culturais, de grupos socioeconômicos e idades são agredidas por seus parceiros íntimos ou por terceiros. As lesões mais relatadas pelas mulheres são em região de cabeça e pescoço, áreas nas quais o profissional cirurgião-dentista possui um olhar privilegiado para identificar sinais de agressão nas vítimas. O objetivo deste trabalho foi realizar uma revisão integrativa de literatura a respeito das principais lesões que acometem o complexo bucomaxilofacial devido a violência contra parceiro íntimo e o papel que o cirurgião-dentista possui frente a essa situação. A presente revisão integrativa de literatura foi realizada com 36 artigos encontrados a partir de busca ativa em base dados como Scielo (scielo.org) e PubMed (pubmed.gov). Concluiu-se que, os cirurgiões-dentistas possuem vantagens para identificar vítimas de agressão, pois sua formação está diretamente relacionada com as principais regiões acometidas que são cabeça e pescoço. Neste contexto, os profissionais são exigidos por lei notificar casos de violência contra parceiro íntimo, seja em casos suspeitos ou confirmados.

Palavras-chaves: Violência; Violência de Gênero; Trauma BucoMaxiloFacial

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Percentual do total de lesões analisadas nos laudos médicos-legais de acordo com as regiões do corpo lesionadas.	10
Figura 2 - Os tipos e localizações das lesões na cabeça e maxilo-faciais relacionadas à VPI em mulheres vítimas de abuso (n = 223).	11
Figura 3 - Tipos de lesões de vítimas de violência.	13
Figura 4 - Etiologia de lesões de 1.024 pacientes brasileiros.	14
Figura 5 – Instruções sobre violência doméstica recebidas na graduação	16
Figura 6 – Capacidade de diagnóstico em casos de violência doméstica.	16
Figura 7 - Ficha de Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada.	18
Figura 8 - Proporção de notificações de violência por parceiro íntimo contra mulheres segundo Unidade Federada de notificação	21

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	5
2 METODOLOGIA E RESULTADOS	7
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	8
Violência.....	8
Violência de gênero	8
Trauma bucomaxilo facial	12
Papel do profissional cirurgião-dentista com vítimas de violência de gênero..	15
Notificação compulsória.....	17
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	22
REFERÊNCIAS.....	23

1 INTRODUÇÃO

Violência é definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça contra si mesmo, outra pessoa, ou contra um grupo ou comunidade, que resulta ou possui alta probabilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, mau desenvolvimento ou privação de liberdade.

Violência contra a mulher refere-se aos atos de agressão física, sexual, psicológica ou verbal que geralmente ocorrem por pessoas do seu convívio familiar, na maioria das vezes parceiro íntimo da vítima. Tornou-se um problema de saúde pública, portanto é dever dos profissionais da saúde atuarem nessa causa (Silva, 2019).

Das lesões causadas devido a violência contra a mulher, 40% envolvem região de cabeça e pescoço. Embora a maioria das lesões sejam em tecido mole, lesões graves também podem ocorrer como: membrana timpânica perfurada em consequência de um tapa na cara, ou rasgos microestruturais no tecido cerebral em razão de ser impactada contra uma parede (Wong et al. 2014).

As lesões conseqüentemente geram sequelas, muitas vezes permanentes sejam elas na saúde física ou mental. Dor crônica, sinais gastrointestinais e ginecológicos, incluindo doenças sexualmente transmissíveis, depressão e transtorno de estresse pós-traumático são problemas de saúde relatados por mulheres que foram ou que ainda são vítimas de violência (CAMPBELL, 2002).

Sabendo qual a região mais acometida, cabe ao cirurgião-dentista assistir e tratar vítimas de agressão, já que, possuem mais chances de detectar lesões nessa região devido a sua formação. Com tudo, os profissionais muitas vezes não se sentem aptos a identificar essas vítimas, pois não recebem a devida orientação na graduação sobre o assunto (Silva, 2019).

O presente estudo tem como função ampliar o olhar do profissional cirurgião dentista para o dilema da violência de gênero, sendo este um problema social que impacta não só o sujeito acometido, mas todo o seu entorno – família, vizinhos, comunidade em geral.

Com base em artigos científicos, constata-se que a região da face é a mais atingida pelo agressor, conseqüentemente as principais lesões aparecerão nessa parte do corpo. Posto isto, a avaliação minuciosa do profissional é imprescindível, uma vez que as vítimas da violência não procuram ajuda logo após serem golpeadas. É dever do cirurgião-dentista identificar pacientes vítimas de violência que apresentam lesões faciais e dentárias, em função de que a violência de gênero está cada vez mais desvelada obrigando a sociedade a encarar essas situações (Porter et al. 2019).

O objetivo do estudo foi realizar uma revisão integrativa de literatura sobre os principais traumas que acometem o complexo bucomaxilofacial relacionados à violência de gênero e o papel do cirurgião-dentista frente a esse problema de saúde pública.

2 METODOLOGIA E RESULTADOS

Este trabalho trata-se de uma revisão integrativa de literatura com a seleção de artigos a partir de uma busca ativa em base de dados como Scielo (scielo.org) e PubMed (pubmed.gov). Para as pesquisas foram utilizados os seguintes *Mesh Terms*: “*Intimate Partner Violence*”, “*Maxillofacial Injuries*”. Os artigos selecionados foram de língua Inglesa e Portuguesa, publicados no período entre 1990 e 2020. Foram encontrados 100 artigos correspondentes às exigências e referentes ao assunto, 36 destes foram utilizados para a realização desse estudo. O período de pesquisa foi de dezembro de 2020 a maio de 2021.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Violência

Em um conceito ampliado de saúde, tudo que representa agravo e/ou ameaça à vida está incluído na saúde pública e, a violência é um problema que vem sendo foco nas discussões de saúde coletiva (REZENDE *et al.*, 2007). As agressões físicas ocasionam inúmeros agravos à saúde, incluindo mortes por homicídios, suicídios e construção de pensamentos suicidas. As doenças cardiovasculares, doenças sexualmente transmissíveis e dores crônicas também são agravos gerados pela violência (SCHRAIBER *et al.*, 2007).

A violência física, psicológica e/ou sexual atinge a maioria da população, independente de idade, etnia, sexo, cultura e classe social, variando somente em seu grau de proporção entre homens e mulheres. A agressão contra o sexo masculino é praticada geralmente em público e causada por indivíduos do mesmo sexo, já agressão contra o sexo feminino ocorre comumente dentro da sua própria casa efetuada por agressores do sexo masculino, normalmente parceiro íntimo da vítima (SANTIAGO; DIAS, 2014).

Violência de gênero

As estimativas publicadas pela Organização Mundial da Saúde (OPAS, 2017) apontam que uma em cada três mulheres em todo o mundo sofreram violência ao longo da vida, seja ela física, sexual, verbal ou psicológica. Também chamada de

violência contra parceiro íntimo, a violência de gênero abrange abuso sexual, emocional, físicos e controle comportamental. Mundialmente, mulheres de diferentes origens culturais, de grupos socioeconômicos e idades são agredidas por seus parceiros íntimos ou por terceiros (HAAG *et al.*, 2019).

Segundo Schraiber e D'oliveira (1999, p. 67):

[...] "violência contra a mulher" foi expressão cunhada pelo movimento social feminista há pouco mais de vinte anos. A expressão refere-se a situações tão diversas como a violência física, sexual e psicológica cometida por parceiros íntimos, o estupro, o abuso sexual de meninas, o assédio sexual no local de trabalho, a violência contra a homossexualidade, o tráfico de mulheres, o turismo sexual, a violência étnica e racial, a violência cometida pelo Estado, por ação ou omissão, a mutilação genital feminina, a violência e os assassinatos ligados ao dote, o estupro em massa nas guerras e conflitos armados.

Na década de 60, os movimentos feministas deram visibilidade social às diferentes formas de discriminação e violência contra as mulheres, contudo, iniciou-se a construção da ocupação delas na política como sujeitos de direitos humanos e com necessidades específicas (BARSTED, 2004). O movimento também gerou ideias de mudanças reais nas diferenças entre homens e mulheres, participando da modernidade de forma reflexiva, procurando assegurar os direitos de igualdade política e econômica e colocando em questão os elementos constitutivos das relações entre homens e mulheres. Além disso, o movimento proporcionou a recriação da relação com o gênero masculino, já que a sociedade moderna compreendeu que as mulheres não mais poderiam ser um grupo oprimido, sendo vítimas e sofrendo as consequências de pertencer a uma sociedade secularmente repressora, preconceituosa e discriminatória (SILVA, 2010).

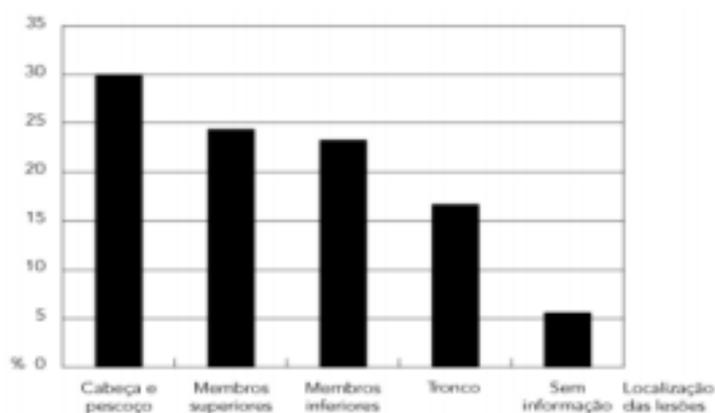
Nessa mesma década, mulheres brasileiras, da classe média e militantes políticas contra a ditadura militar, uniam-se em um movimento para lutar pela igualdade de direitos entre homens e mulheres e para uma melhor condição de vida. Ativistas, voluntárias enfrentavam todos os tipos de violência e não tardou a formação de entidades voltadas a abrigar mulheres vítimas de agressão. Em 1983, foi criado o primeiro Conselho Estadual da Condição Feminina em São Paulo e em 1985, a primeira Delegacia de Defesa da Mulher que era e é um serviço prestado por mulheres. Contudo, as profissionais tinham sido criadas em uma sociedade machista e trabalhavam com tais padrões. Por esse motivo, necessitou-se de treinamentos e

conscientização dos profissionais para que entendessem que, meninas e mulheres tinham o direito de não aceitar agressões cometidas por parceiros ou terceiros (BLAY, 2003).

Dia 7 de agosto de 2006, o poder público aprovou a Lei n.º 11.340, conhecida como Lei Maria da Penha que afirma que, toda mulher, independentemente de classe, raça, etnia, orientação sexual, renda, cultura, nível educacional, idade e religião, possui direitos fundamentais à pessoa humana, oportunidades e facilidades para viver sem violência, preservar sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual e social (Lei Federal nº 11.340, 2006). A lei é conhecida como Maria da Penha, devido ao fato de Maria da Penha Maia Fernandes, biofarmacêutica, cearense, casada e mãe de três filhas, cujo marido tentou matá-la por duas vezes, deixando-a paraplégica aos 38 anos. Lutou por mais de 20 anos para que seu agressor fosse condenado e hoje atua em vários movimentos em defesa de vítimas de violência, motivo pelo qual se tornou um símbolo nacional nessa questão (SILVA *et al.*, 2009).

Uma pesquisa a respeito da violência doméstica analisando lesões em mulheres, realizada por Garbin *et al.* (2006) revelou que a região de cabeça e pescoço é o local mais atingido, preponderando em 30% dos casos, seguidos pelos membros superiores em 24,4%, membros inferiores em 23,3% e tronco em 16,7% (Figura 1). O pesquisador explica a preferência dessa região pelo agressor que se reflete no caráter simbólico de humilhação e constrangimento, já que, as lesões serão visíveis prejudicando uma qualidade muito valorizada que é a estética.

Figura 1 - Percentual do total de lesões analisadas nos laudos médicos-legais de acordo com as regiões do corpo lesionadas.

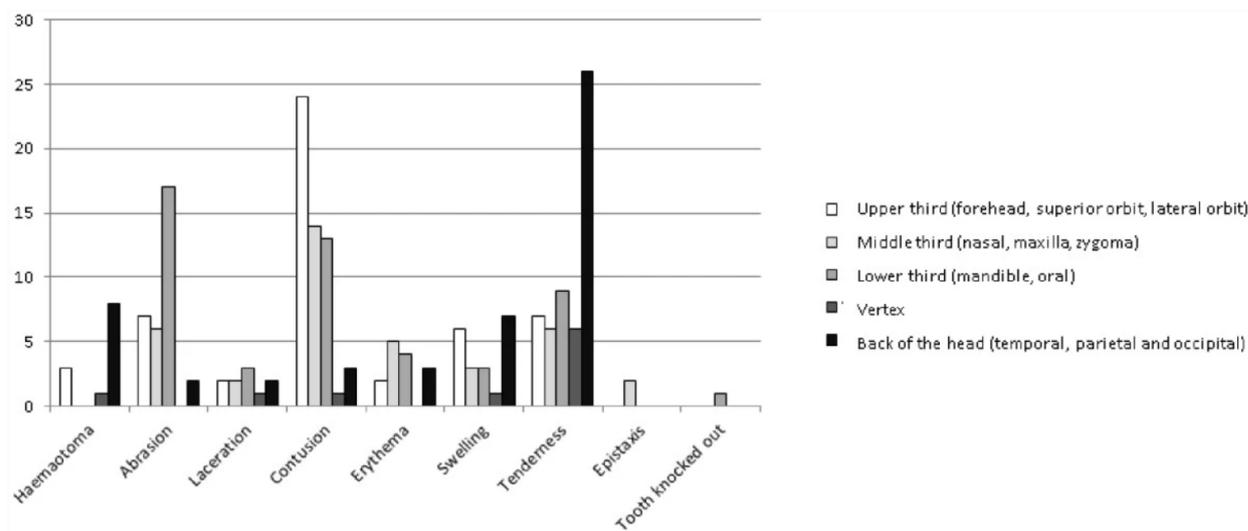


Fonte: Garbin *et al.* (2006).

Um estudo realizado nos Estados Unidos para avaliar as fraturas relacionadas à violência contra parceiro íntimo, mostra que as fraturas de crânio e faciais foram responsáveis por mais da metade dos casos estudados. As fraturas nasais foram as lesões mais comumente vistas na população com 284 casos. Em seguida de fraturas orbitais com 176 casos, fraturas mandibulares com 160 casos e fratura do malar com 156 casos. Também houveram 154 pacientes que sofreram fratura basal do crânio, seguidos por 88 casos em que os pacientes sofreram fraturas da abóbada do crânio (Porter et al. 2019).

Na China ficou comprovado que a região de cabeça e pescoço é a área mais atingida pelos parceiros das vítimas de agressão. A amostra do estudo foi composta por 223 mulheres com lesões por violência contra parceiro íntimo registradas entre janeiro de 2010 e dezembro de 2011. A (figura 2) revela os tipos de lesões na cabeça e maxilofacial. A maioria das lesões afetou o tecido mole e nenhuma fratura foi encontrada, também mostra a etiologia mais comum da lesão que foi soco com o punho (Wong et al, 2014).

Figura 2 - Os tipos e localizações das lesões na cabeça e maxilo-faciais relacionadas à VPI em mulheres vítimas de abuso (n = 223).



Fonte: Wong et al, (2014).

Há evidências crescentes de que a violência contra parceiro íntimo possui consequências negativas a longo prazo para a saúde das mulheres agredidas. Isso pode se traduzir em pior estado de saúde, menor qualidade de vida e maior utilização dos serviços de saúde. Mulheres agredidas frequentemente relatam perda de

consciência não tratada como resultado do abuso, as dores de cabeça, dores nas costas, desmaios ou convulsões descritas por mulheres agredidas podem ser uma seqüela diagnosticada inadequadamente de dano neurológico de espancamento. Problemas de audição, visão e concentração não diagnosticados relatados também sugerem possíveis problemas neurológicos. As mulheres também apresentam recorrentemente infecções virais, como resfriados e gripes, e problemas cardíacos, como hipertensão e dores no peito (CAMPBELL et al, 2002) (CAMPBELL et al, 1997).

Mulheres vítimas de violência também apresentam sintomas gastrointestinais devido ao estresse crônico. As mesmas relatam perda de apetite, distúrbios alimentares, e distúrbios gastrointestinais funcionais diagnosticados como, por exemplo, síndrome do intestino irritável (CAMPBELL, 2002).

As sequelas de saúde mental do abuso são significativas e levam as mulheres a procurar os serviços de saúde com a mesma frequência que para problemas de saúde física (CAMPBELL et al. 1997).

Depressão e transtorno de estresse pós-traumático, são as sequelas de saúde mental mais prevalentes da violência por parceiro íntimo. A depressão em mulheres agredidas foi associada a outros estressores da vida que frequentemente acompanham a violência doméstica, como abuso infantil, estressores diários, muitos filhos, mudanças de residência, sexo forçado com parceiro íntimo, separações conjugais, eventos negativos na vida e problemas de comportamento infantil. A prevalência de transtorno de estresse pós-traumático em mulheres agredidas é muito mais elevada do que em mulheres não agredidas. Seguindo esse contexto, tendências suicidas, ansiedade, insônia e disfunção social são mais recorrentes em mulheres agredidas do que as não agredidas (CAMPBELL, 2002).

Trauma bucomaxilo facial

Segundo Kapoor e Kalra (2012) o rosto humano é o primeiro ponto de contato em várias interações humanas e é frequentemente o alvo preferido para golpes em casos de agressão causando traumas na área bucomaxilofacial. Essas lesões podem causar graves deficiências funcionais, psicológicas, físicas e estéticas na vítima.

Os traumas bucomaxilofaciais são compostos por lesões de tecidos moles, fraturas ósseas faciais e trauma dentoalveolar, acometendo homens e mulheres de todas as idades (OLIVEIRA *et al.*, 2014).

Um estudo realizado por Olojede *et al* (2016) na Nigéria, mostrou que vítimas de agressão apresentam traumas maxilofacias em tecido mole e duro. A lesão mais frequente em tecido mole foi a contusão que correspondeu a 51,5% dos casos. Outras lesões de tecidos moles registradas nesta série foram: laceração responsável por 12,1% e avulsão por 9,1% dos casos. O trauma em tecido duro mais frequente foi a fratura dos ossos da face, localizados na mandíbula, que correspondeu a 39% dos casos (Figura 3).

Figura 3 - Tipos de lesões de vítimas de violência.

Tipo de lesão	Número de casos (n = 33)	Porcentagem (100%)
Lesão de tecido mole		
Abrasão	4	12,2
Laceração	4	12,2
Avulsão	3	9,1
Contusão	17	51,5
Múltiplo / combinação	5	15,2
Lesão do tecido duro		
Fratura dentoalveolar maxilar	13	39,4
Fratura dentoalveolar mandibular	2	6,1
Fratura mandibular	11	33,3
Nenhum	7	21,1

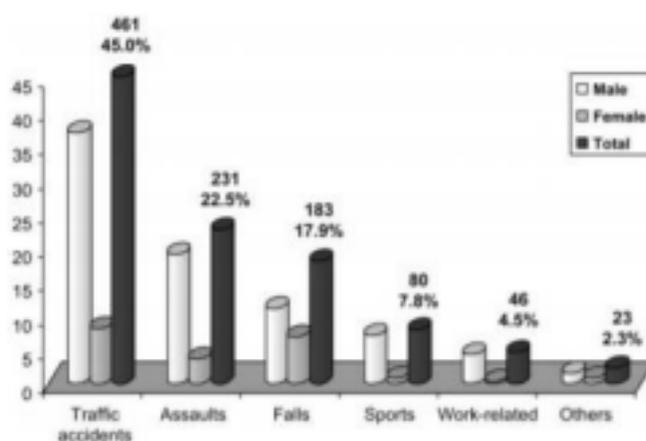
Fonte: ACO Olojede *et al.* (2016).

De acordo com a autora Conceição *et al.* (2018), sua pesquisa realizada no Brasil com ambos os gêneros, mostra que a fratura dentária foi a mais prevalente com 34,9%, seguida de avulsão com 13,0%. As lesões de parte mole intraorais mais acometidas foram: mucosa bucal com 26,8%, gengiva com 10,0% e língua com 6,4%.

Outro estudo realizado no Brasil, revelou que as regiões anatômicas prevalentes nas fraturas faciais devido a violência foram; complexo zigomático com 35,1% e mandíbula com 25,5% (BRASILEIRO; PASSERI, 2006).

A etiologia do trauma bucomaxilofacial varia de um país para outro e até mesmo dentro da própria região, assim como entre a população masculina e feminina. Essa variação ocorre devido a fatores culturais, socioeconômicos e ambientais, prevalência da conscientização, educação sobre leis de trânsito e consumo de drogas (RAMISETTY *et al.*, 2017). As causas mais comuns das lesões faciais foram acidentes de trânsito, violência, queda e atividades esportivas. Sendo a violência a principal causa de traumas bucomaxilo em países desenvolvidos, enquanto o acidente de trânsito é a principal nos países em desenvolvimento (TESHOME *et al.*, 2017).

Figura 4 - Etiologia de lesões de 1.024 pacientes brasileiros.



Fonte: Brasileiro e Passeri (2006).

A figura 4 informa que acidentes de trânsito foi o fator etiológico mais frequente de fraturas maxilofaciais correspondente a 45%, seguidos de agressão equivalente a 22,6%, quedas 17,9%, acidentes esportivos 7,8% e acidentes de trabalho 4,5%.

O autor Boffano *et al* (2014) realizou uma revisão sistemática de artigos sobre a epidemiologia do trauma maxilofacial que foram publicados entre janeiro de 1980 e dezembro de 2013. Ele identificou 69 estudos: 9 da África, 6 América do Norte e Brasil, 36 da Ásia, 16 da Europa e 2 da Oceania. Tinha como objetivo identificar as etiologias dos traumas da região da maxilofacial em diferentes países, já que há uma grande variação entre eles. Em estudos americanos, africanos e asiáticos, os acidentes de trânsito foram a causa predominante. Nos estudos europeus, a etiologia variava, com agressões e acidentes de trânsito sendo os fatores mais importantes. Na Oceania, os assaltos foram os mais importantes. A comparação da incidência de traumas maxilofaciais de diferentes países com o conhecimento de diferentes legislações

como usar cintos de segurança, usar capacetes para motociclistas, limites de velocidade e proteção para a prática de esportes e trabalho são fundamentais para permitir melhorias em vários países.

Papel do profissional cirurgião-dentista com vítimas de violência de gênero.

De acordo com uma análise da Organização Mundial de Saúde junto com a London School of Hygiene and Tropical Medicine e ao Medical Research Council, quase um terço (30%) de todas as mulheres do mundo sofreram violência física e/ou sexual pelo seu parceiro íntimo (OPAS, 2017).

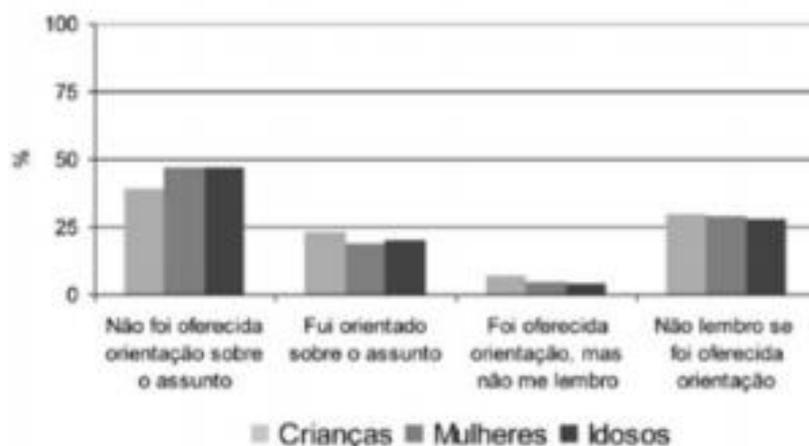
As agressões podem causar traumas bucomaxilofaciais nas vítimas como, contusão ou laceração facial, concussão dentárias e fraturas mandibulares. Essas lesões são os tipos mais relatados pelas mulheres (ALALYANI e ALSHOUBI, 2017).

Alalyani e Alshouibi (2017) apud Ferreira *et al.* (2014) realizou um estudo transversal para avaliar os tipos de lesões dentárias traumáticas provocada pela violência doméstica. 38,7% das lesões foram na região de cabeça e pescoço e apenas 2% delas foram dentais. Os dentes mais afetados foram os incisivos superiores (31,8%), os incisivos inferiores (27,3%) e os caninos superiores (9,1%). Além disso, os casos de trauma relatados foram 59,1% fraturas, 27,2% luxações e 13,7% avulsões.

Nessa circunstância, o cirurgião-dentista tem papel fundamental no atendimento às necessidades das vítimas de violência, em razão do envolvimento frequente de áreas da sua competência, como estruturas da face (região de cabeça e pescoço) e cavidade bucal. O profissional está em uma posição estratégica e privilegiada para identificar sinais de agressões nas vítimas (FRACON *et al.* 2010).

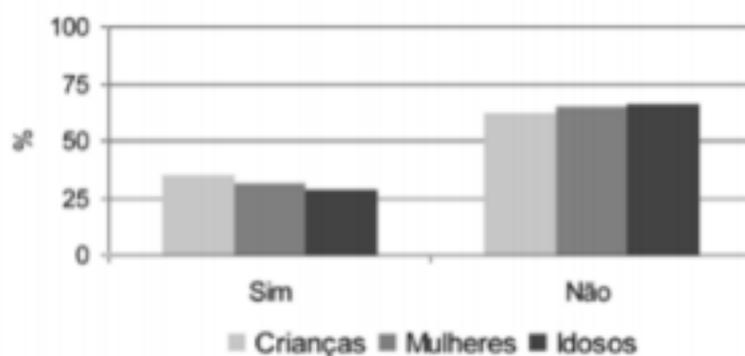
Porém, em uma pesquisa realizada pelo autor Torvani *et al.* (2011) de 180 Cirurgiões-Dentistas, 47% não receberam orientação na graduação a respeito da violência doméstica contra mulheres e idosos, nem contra crianças (39%). Desses profissionais, 64% não se consideram aptos a diagnosticar casos de violência contra mulher. Como pode ser observado nas figuras 5 e 6.

Figura 5 – Instruções sobre violência doméstica recebidas na graduação



Fonte: Torvano *et al.* (2011).

Figura 6 – Capacidade de diagnóstico em casos de violência doméstica.



Fonte: Torvano *et al.* (2011).

A falta de informação a respeito do assunto e o desconhecimento das leis impedem que os profissionais de Odontologia no Brasil, identifiquem lesões de violência, desse modo, não cumprindo com o seu dever (FRACON *et al.* 2010).

O profissional da saúde possui o dever ético e jurídico de notificar casos de violência, mesmo em situações de suspeição, necessitam estar preparados para tomar providências precisas. Se faz necessária a conscientização ética e legal do cirurgião-dentista quanto a importância na denúncia dos casos de violência (AYRES, 2013).

O artigo 5º e o 9º do Código de Ética da Odontologia estabelece os deveres fundamentais do cirurgião-dentista que, deve-se guardar sigilo a respeito das informações adquiridas no desempenho de suas funções e, zelar pela saúde e pela

dignidade do paciente. A quebra de sigilo é compreendida como justa causa quando há notificação compulsória de doença; colaboração com a justiça nos casos previstos em lei; perícia odontológica nos seus exatos limites; estrita defesa de interesse legítimo dos profissionais inscritos; e, revelação de fato sigiloso ao responsável pelo incapaz (CFO-118/2012).

A notificação compulsória é uma importante ferramenta para combater a violência de gênero e garantir o direito, tanto dos casos confirmados como nos que há suspeita. O cirurgião-dentista além de diagnosticar e tratar deve notificar possíveis vítimas de agressão e, deve informar a vítima sobre a importância da denúncia e sobre os serviços da rede de proteção social (SILVA, 2019).

Ao atender uma vítima de agressão o profissional cirurgião-dentista deve registrar detalhadamente as lesões presentes em tecidos moles e duros e identificar suas naturezas como: a localização, extensão, coloração, se há envolvimento de dente e as faces afetadas, o tempo que foi produzido, bem como as informações que julgar necessárias. Os dados devem estar registrados no prontuário da paciente, assim como anamnese, exames imaginológicos e demais documentos produzidos para a execução do plano de tratamento e notificação (SILVA et al, 2010).

Notificação compulsória

A lei de número 10.778 aprovada em novembro de 2003 estabelece a obrigatoriedade da notificação compulsória, em todo o território nacional, nos casos em que houver indícios ou confirmação de violência contra a mulher atendida em serviços de saúde públicos e privados (Lei Federal nº 10.778, 2003). Porém, somente a partir de 2009, os dados sobre violência contra a mulher passaram a ser registrados no Sinan em serviços sentinela ou de referência para o atendimento às vítimas. E a partir de 2011, a notificação de violências passou a integrar a lista de notificação compulsória, universalizando a notificação para todos os serviços de saúde públicos e privados. Assim, a ficha de notificação individual de violência passou a ser o instrumento utilizado para notificar qualquer caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar contra a mulher e outros grupos específicos da população (MASCARENHAS et al, 2020).

Uma vez que há suspeita através de lesões ou confirmação de que a mulher é vítima de violência, a notificação deve ser realizada pelo profissional de forma sigilosa, utilizando os códigos da CID-10, em ficha produzida especificamente pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Após o preenchimento com todos os dados solicitados, a ficha deve ser encaminhada ao serviço de referência sentinela ou à autoridade sanitária competente do município, conforme estabelece o Decreto n.º 5.099/2004, que regulamenta a Lei n.º 10.778/2003. Importante ressaltar que os registros documentais das lesões e dos atendimentos efetuados são previstos na Lei Maria da Penha, o uso dos laudos e prontuários como provas (SILVA et al, 2010).

Figura 7 - Ficha de Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL		Nº
<p>Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoa com deficiência, indígenas e população LGBT.</p>				
Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual
	2	Agravo/doença	VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA	Código (CID10) Y09
	3	Data da notificação		
	4	UF	5	Município de notificação
Dados de Residência	6	Unidade Notificadora <input type="checkbox"/> 1- Unidade de Saúde 2- Unidade de Assistência Social 3- Estabelecimento de Ensino 4- Conselho Tutelar 5- Unidade de Saúde Indígena 6- Centro Especializado de Atendimento à Mulher 7- Outros		
	7	Nome da Unidade Notificadora	Código Unidade	9
	8	Unidade de Saúde	Código (CNES)	
	10	Nome do paciente		11
Notificação Individual	12	(ou) Idade	13	Sexo M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> I - Ignorado
	14	Gestante	15	Raça/Cor
	16	Escolaridade		
	17	Número do Cartão SUS	18	Nome da mãe
Dados de Residência	19	UF	20	Município de Residência
	21	Código (IBGE)		Distrito
	22	Bairro	23	Logradouro (rua, avenida,...)
	24	Número	25	Complemento (apto., casa, ...)
	26	Geo campo 1		
	27	Geo campo 2		28
29	Ponto de Referência		CEP	
30	(DDD) Telefone		31	Zona 1 - Urbana 2 - Rural <input type="checkbox"/> 3 - Periurbana 9 - Ignorado
32	Pais (se residente fora do Brasil)			

Dados Complementares	
Dados da Pessoa Atendida	33 Nome Social <input type="text"/> 34 Ocupação <input type="text"/>
	35 Situação conjugal / Estado civil 1 - Solteiro 2 - Casado/união consensual 3 - Viúvo 4 - Separado 8 - Não se aplica 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>
	36 Orientação Sexual <input type="checkbox"/> 37 Identidade de gênero: <input type="checkbox"/> 1-Heterossexual 3-Bissexual 8-Não se aplica 9-Ignorado 2-Homossexual (gay/lésbica) 9-Ignorado 1-Travesti 3-Homem Transexual 8-Não se aplica <input type="checkbox"/> 2-Mulher Transexual 9-Ignorado
	38 Possui algum tipo de deficiência/ transtorno? <input type="checkbox"/> 39 Se sim, qual tipo de deficiência /transtorno? 1- Sim 2- Não 8-Não se aplica 9- Ignorado 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Deficiência Física <input type="checkbox"/> Deficiência visual <input type="checkbox"/> Transtorno mental <input type="checkbox"/> Outras _____ <input type="checkbox"/> Deficiência Intelectual <input type="checkbox"/> Deficiência auditiva <input type="checkbox"/> Transtorno de comportamento
Dados da Ocorrência	40 UF <input type="text"/> 41 Município de ocorrência <input type="text"/> Código (IBGE) <input type="text"/> 42 Distrito <input type="text"/>
	43 Bairro <input type="text"/> 44 Logradouro (rua, avenida,...) <input type="text"/> Código <input type="text"/>
	45 Número <input type="text"/> 46 Complemento (apto., casa, ...) <input type="text"/> 47 Geo campo 3 <input type="text"/> 48 Geo campo 4 <input type="text"/>
	49 Ponto de Referência <input type="text"/> 50 Zona <input type="checkbox"/> 51 Hora da ocorrência (00:00 - 23:59 horas) <input type="text"/> 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado
	52 Local de ocorrência <input type="checkbox"/> 53 Ocorreu outras vezes? <input type="checkbox"/> 01 - Residência 04 - Local de prática esportiva 07 - Comércio/serviços 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado 02 - Habitação coletiva 05 - Bar ou similar 08 - Indústrias/construção 03 - Escola 06 - Via pública 09 - Outro _____ 54 A lesão foi autoprovocada? <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado
	52 Local de ocorrência <input type="checkbox"/> 53 Ocorreu outras vezes? <input type="checkbox"/> 01 - Residência 04 - Local de prática esportiva 07 - Comércio/serviços 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado 02 - Habitação coletiva 05 - Bar ou similar 08 - Indústrias/construção 03 - Escola 06 - Via pública 09 - Outro _____ 54 A lesão foi autoprovocada? <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado
	52 Local de ocorrência <input type="checkbox"/> 53 Ocorreu outras vezes? <input type="checkbox"/> 01 - Residência 04 - Local de prática esportiva 07 - Comércio/serviços 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado 02 - Habitação coletiva 05 - Bar ou similar 08 - Indústrias/construção 03 - Escola 06 - Via pública 09 - Outro _____ 54 A lesão foi autoprovocada? <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

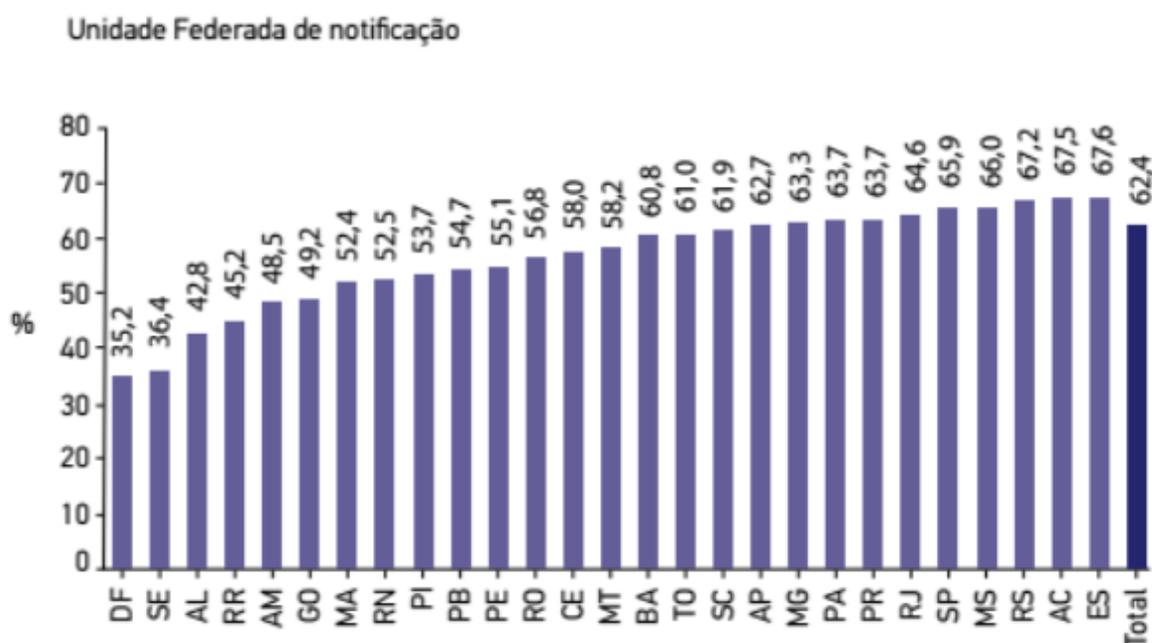
SVS 15.06.2015

Violência	55 Essa violência foi motivada por: 01-Seísmo 02-Homofobia/Lesbofobia/Bifobia/Transfobia 03-Racismo 04-Intolerância religiosa 05-Xenofobia 06-Conflito geracional 07-Situação de rua 08-Deficiência 09-Outros 88-Não se aplica 99-Ignorado		
	56 Tipo de violência 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos <input type="checkbox"/> Psicológica/Moral <input type="checkbox"/> Financeira/Econômica <input type="checkbox"/> Intervenção legal <input type="checkbox"/> Tortura <input type="checkbox"/> Negligência/Abandono <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Trabalho infantil		
Violência Sexual	57 Meio de agressão 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Força corporal/ espancamento <input type="checkbox"/> Obj. perfuro-cortante <input type="checkbox"/> Arma de fogo <input type="checkbox"/> Enforcamento <input type="checkbox"/> Substância/ Obj. quente <input type="checkbox"/> Ameaça <input type="checkbox"/> Obj. contundente <input type="checkbox"/> Emvenenamento, Intoxicação <input type="checkbox"/> Outro		
	58 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Assédio sexual <input type="checkbox"/> Estupro <input type="checkbox"/> Pornografia infantil <input type="checkbox"/> Exploração sexual <input type="checkbox"/> Outros		
Dados do provável autor da violência	59 Procedimento realizado 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Profilaxia DST <input type="checkbox"/> Profilaxia Hepatite B <input type="checkbox"/> Coleta de sêmen <input type="checkbox"/> Contracepção de emergência <input type="checkbox"/> Profilaxia HIV <input type="checkbox"/> Coleta de sangue <input type="checkbox"/> Coleta de secreção vaginal <input type="checkbox"/> Aborto previsto em lei		
	60 Número de envolvidos 1- Um <input type="checkbox"/> 2- Dois ou mais <input type="checkbox"/> 9- Ignorado 61 Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge <input type="checkbox"/> Amigos/conhecidos <input type="checkbox"/> Policial/ agente da lei <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Namorado(a) <input type="checkbox"/> Desconhecido(a) <input type="checkbox"/> Padrasto <input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a) <input type="checkbox"/> Cuidador(a) <input type="checkbox"/> Madrasta <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Patrão/chefe <input type="checkbox"/> Própria pessoa <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Irmão(ã) <input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional <input type="checkbox"/> Outros		
Encaminhamento	62 Sexo do provável autor da violência 1- Masculino <input type="checkbox"/> 2- Feminino <input type="checkbox"/> 3- Ambos os sexos <input type="checkbox"/> 9- Ignorado 63 Suspeita de uso de álcool 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 9- Ignorado <input type="checkbox"/>		
	64 Ciclo de vida do provável autor da violência: <input type="checkbox"/> 1-Criança (0 a 9 anos) 3-Jovem (20 a 24 anos) 5-Pessoa idosa (60 anos ou mais) 2-Adolescente (10 a 19 anos) 4-Pessoa adulta (25 a 59 anos) 9-Ignorado		
Dados finais	65 Encaminhamento: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Rede da Saúde (Unidade Básica de Saúde, hospital, outras) <input type="checkbox"/> Conselho do Idoso <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento à Mulher <input type="checkbox"/> Rede da Assistência Social (CRAS, CREAS, outras) <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento ao Idoso <input type="checkbox"/> Outras delegacias <input type="checkbox"/> Rede da Educação (Creche, escola, outras) <input type="checkbox"/> Centro de Referência dos Direitos Humanos <input type="checkbox"/> Justiça da Infância e da Juventude <input type="checkbox"/> Rede de Atendimento à Mulher (Centro Especializado de Atendimento à Mulher, Casa da Mulher Brasileira, outras) <input type="checkbox"/> Ministério Público <input type="checkbox"/> Defensoria Pública <input type="checkbox"/> Conselho Tutelar <input type="checkbox"/> Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente		
	66 Violência Relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/> 67 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) <input type="checkbox"/> 68 Circunstância da lesão 1- Sim 2- Não 9- Ignorado 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado CID 10 - Cap XX		
69 Data de encerramento: _____			
Informações complementares e observações			
Nome do acompanhante _____ Vínculo/grau de parentesco _____ (DDD) Telefone _____			
Observações Adicionais: _____ _____ _____			
TELEFONES ÚTEIS			
Disque Saúde - Ouvidoria Geral do SUS 136	Central de Atendimento à Mulher 180	Disque Direitos Humanos 100	
Município/Unidade de Saúde _____		Cód. da Unid. de Saúde/CHES _____	
Nome _____	Função _____	Assinatura _____	
Violência interpessoal/autoprovocada Sinan SVS 15.06.2015			

Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan (2007).

Uma pesquisa realizada pelo autor Mascarenhas et al. (2020) com dados de notificação compulsória de violência contra a mulher registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) no período de 2011 a 2017 revelou que o total de casos notificados foi de 62,4%. (Figura 8) informa a proporção de notificações registradas em cada estado brasileiro.

Figura 8 - Proporção de notificações de violência por parceiro íntimo contra mulheres segundo Unidade Federada de notificação



Fonte: Mascarenhas et al (2020).

A Lei das Contravenções Penais de nº 3.688, de 3 de Outubro de 1941 declara no artigo 66 inciso II, que há previsão de multa para o profissional que deixar de comunicar à autoridade competente crimes de ação pública de que teve conhecimento no exercício da medicina ou de outra profissão sanitária, desde que a ação penal não dependa de representação da pessoa ofendida (LEI FEDERAL Nº 3.688, 1941).

É necessário ressaltar que a notificação compulsória não é uma denúncia, porém é um instrumento de políticas públicas importantes para auxiliar no dimensionamento desse problema e assim, obter investimentos em políticas mais efetivas e em núcleos de vigilância e também incentivar o respeito ao direito das mulheres (SILVA, 2019).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A violência de gênero é um problema de saúde pública com consequências graves à suas vítimas. Sendo assim, os profissionais de saúde necessitam assistir e tratar mulheres vítimas de agressão. O profissional cirurgião-dentista possui papel fundamental em identificar uma mulher vítima de violência, já que, as principais lesões acometidas são em região facial (cabeça e pescoço). No entanto, cirurgiões-dentistas não recebem orientação adequada na graduação a respeito de violência contra parceiro íntimo. Desse modo, não cumprem com o seu dever que é exigido por lei, por não se sentirem e não estarem aptos a notificar casos de agressão sendo indício ou confirmação.

REFERÊNCIAS

ALALYANI, W. S., ALSHOUBI, E. N. 2017. Dentists awareness and action towards domestic violence patients. A cross-sectional study among dentists in Western Saudi Arabia. **Saudi medical journal**, 38(1), 82–88.
<https://doi.org/10.15537/smj.2017.1.16085>

AYRES KCM. **Violência doméstica, perfil da vítima e o papel do dentista: Uma revisão crítica da literatura**. Monografia apresentada à Faculdade de Odontologia de Piracicaba da Universidade Estadual de Campinas, Piracicaba. 2013. 22 páginas.

BARSTED, Leila Linhares. Uma vida sem violência: o desafio das mulheres. **Observatório da cidadania**, p. 53-59, 2004.

BLAY, Eva Alterman. Violência contra a mulher e políticas públicas. **Estudos avançados**, v. 17, n. 49, p. 87-98, 2003.

BOFFANO, P., KOMMERS, S. C., KARAGOZOGLU, K. H., & FOROUZANFAR, T. (2014). Aetiology of maxillofacial fractures: a review of published studies during the last 30 years. **British journal of oral and maxillofacial surgery**, 52(10), 901-906.

BRASIL. **Lei n. 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. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.778.htm>. Acesso em: 10 out. 2020.

BRASIL. **Lei Federal nº 11.340, 07 de agosto de 2006**. (2006, 07 de agosto). Dispõe sobre os mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm>. Acesso em: 10 out. 2020.

Brasil. **Decreto-Lei n.º 3.688, de 3 de outubro de 1941**. Lei das Contravenções Penais. Rio de Janeiro; 1941.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica . **Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007. 67p.

BRASILEIRO, B. F., PASSERI, L. A. 2006. **Epidemiological analysis of maxillofacial fractures in Brazil**: a 5-year prospective study. *Oral surgery, oral medicine, oral pathology, oral radiology, and endodontics*, 102(1), 28–34. <https://doi.org/10.1016/j.tripleo.2005.07.023>

CAMPBELL, J., JONES, A. S., DIENEMANN, J., KUB, J., SCHOLLENBERGER, J., O'Campo, P., ... & Wynne, C. (2002). Intimate partner violence and physical health consequences. **Archives of internal medicine**, 162(10), 1157-1163.

CAMPBELL, Jacquelyn C.; LEWANDOWSKI, Linda A. Mental and physical health effects of intimate partner violence on women and children. **Psychiatric Clinics of North America**, v. 20, n. 2, p. 353-374, 1997.

CAMPBELL, Jacquelyn C. Health consequences of intimate partner violence. **The lancet**, v. 359, n. 9314, p. 1331-1336, 2002.

CONCEIÇÃO, L. D., DA SILVEIRA, I. A., NASCIMENTO, G. G., LUND, R. G., DA SILVA, R., LEITE, F. (2018). Epidemiology and Risk Factors of Maxillofacial Injuries in Brazil, a 5-year Retrospective Study. **Journal of maxillofacial and oral surgery**, 17(2), 169–174. <https://doi.org/10.1007/s12663-016-0994-3>.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA - **Código De Ética Odontológica**. Resolução CFO-118/2012.

FERREIRA, M. C.; BATISTA, A. M.; FERREIRA, F., Ramos-Jorge, M. L., & Marques, L. S. (2014). Pattern of oral-maxillofacial trauma stemming from interpersonal physical violence and determinant factors. **Dental traumatology: official publication of International Association for Dental Traumatology**, 30(1), 15–21. <https://doi.org/10.1111/edt.12047>

FRACON, Eduardo Tagliari; DA SILVA, Ricardo Henrique Alves; BREGAGNOLO, Janete Cinira. Avaliação da conduta do cirurgião-dentista ante a violência doméstica contra crianças e adolescentes no município de Cravinhos (SP). **RSBO Revista Sul Brasileira de Odontologia**, v. 8, n. 2, p. 153-159, 2011.

GARBIN, C. A. S., Garbin, A. J. I., DOSSI, A. P., DOSSI, M. O. (2006). Violência doméstica: análise das lesões em mulheres. **Cadernos de Saúde Pública**, 22, 2567- 2573.

HAAG, H. L., SOKOLOFF, S., MACGREGOR, N., BROEKSTRA, S., CULLEN, N., & COLANTONIO, A. (2019). Battered and Brain Injured: Assessing Knowledge of Traumatic Brain Injury Among Intimate Partner Violence Service Providers. **Journal of women's health** (2002), 28(7), 990–996. <https://doi.org/10.1089/jwh.2018.7299>.

KAPOOR, P., KALRA, N. 2012. A retrospective analysis of maxillofacial injuries in patients reporting to a tertiary care hospital in East Delhi. **International journal of critical illness and injury science**, 2(1), 6–10. <https://doi.org/10.4103/2229-5151.94872>.

KRUG EG et al., eds. **World report on violence and health**. Geneva, World Health Organization, 2002.

MASCARENHAS, M. D. M., TOMAZ, G. R., MENESES, G. M. S. D., RODRIGUES, M. T. P., PEREIRA, V. O. D. M., & CORASSA, R. B. (2020). Análise das notificações de violência por parceiro íntimo contra mulheres, Brasil, 2011-2017. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, 23, e200007-SUPL.

OLIVEIRA, T. I., DE CARLI, M. L., RIBEIRO JUNIOR, N. V., Pereira, A. A., TATAKIS, D. N., HANEMANN, J. A. (2014). Maxillary chronic osteomyelitis caused by domestic violence: a diagnostic challenge. **Case reports in dentistry**, 2014, 930169. <https://doi.org/10.1155/2014/930169>.

OLOJEDE, A., GBOTOLORUN, O. M., OGUNDANA, O. M., EMEKA, I. C., EMMANUEL, M. M., OLUSEYE, S., RUNSEWE, O. (2016). Pattern of assault-related maxillofacial injuries treated at the General Hospital, Lagos, Nigeria. **Journal of the West African College of Surgeons**, 6(3), 68–82.

OPAS. **Folha informativa - Violência contra as mulheres**. 2017. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5669:fol-ha-informativa-violencia-contra-as-mulheres&Itemid=820>. Acesso em: 10 nov. 2020.

PORTER, A., MONTGOMERY, C. O., MONTGOMERY, B. E., EASTIN, C., BOYETTE, J., & SNEAD, G. (2019). Intimate partner violence-related fractures in the United States: an 8 year review. **Journal of family violence**, 34(7), 601-609.

RAMISETTY, S., GADDIPATI, R., VURA, N., POKALA, S., KAPSE, S. (2017). Maxillofacial Injuries in Women: A Retrospective Study of 10 Years. **Journal of maxillofacial and oral surgery**, 16(4), 438–444. <https://doi.org/10.1007/s12663-016-0954-y>.

REZENDE, E. J. C., Araújo, T. M., Moraes, M. A. S., Santana, J. S. D. S., & Radicchi, R. (2007). Lesões buco-dentais em mulheres em situação de violência: um estudo piloto de casos periciados no IML de Belo Horizonte, MG. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, 10(2), 202-214.

RF Silva, MM Prado, RR Garcia, E. Daruge-Júnior, E. Daruge **Atuação profissional do cirurgião-dentista diante da Lei Maria da Penha** Rev Sul Bras Odontol , 7 (1) (2010).

SANTIAGO, Bianca Marques; DIAS, Isabella Jardelino. Violência de gênero contra a mulher: perfil de registros periciais da Gerência Executiva de Medicina e Odontologia Legal (GEMOL) João Pessoa/PB. **Rev. bras. ciênc. saúde**, p. 315-324, 2014.

SCHRAIBER, L. B., D'Oliveira, A. F. P., Couto, M. T., Hanada, H., Kiss, L. B., Durand, J. G., ... & Andrade, M. C. (2007). Violência contra mulheres entre usuárias de serviços públicos de saúde da Grande São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, 41(3), 359-367.

SCHRAIBER, Lilia B.; D'OLIVEIRA, Ana Flávia Lucas Pires. Violência contra mulheres: interfaces com a saúde. **Interface-comunicação, saúde, educação**, v. 3, n. 5, p. 13-26, 1999.

SILVA, E. D. M.. A odontologia e a violência doméstica contra mulheres: diagnóstico e conduta. **Scire Salutis**, v.9, n.3, p.22-32, 2019. DOI: <http://doi.org/10.6008/CBPC2236-9600.2019.003.0004> .

SILVA, Sergio Gomes da. Preconceito e discriminação: as bases da violência contra a mulher. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 30, n. 3, p. 556-571, 2010.

TESHOME, A., ANDUALEM, G., TSEGIE, R., SEIFU, S. (2017). Two years retrospective study of maxillofacial trauma at a tertiary center in North West Ethiopia. **BMC research notes**, 10(1), 373. <https://doi.org/10.1186/s13104-017-2670-1>.

TORNAVOI, Denise Cremonezzi; GALO, Rodrigo; DA SILVA, Ricardo Henrique Alves. Conhecimento de profissionais de Odontologia sobre violência doméstica. **RSBO Revista Sul-Brasileira de Odontologia**, v. 8, n. 1, p. 54-59, 2011.

WONG, J.YH., CHOI, A.WM., FONG, D.YT. et al. Patterns, aetiology and risk factors of intimate partner violence-related injuries to head, neck and face in Chinese women. **BMC Women's Health** v,14, 6 (2014). <https://doi.org/10.1186/1472-6874-14-6>