



CURSO DE ODONTOLOGIA

LUIZA RODRIGUES DA COSTA GUIMARÃES

**O PAPEL DA ODONTOLOGIA E A AGRESSÃO EM
MULHERES E FEMINICÍDIO NO PERÍODO DA
PANDEMIA DA COVID-19: Revisão de literatura
THE ROLE OF ODONTOLOGY AND AGGRESSION
TOWARDS WOMEN AND FEMINICIDE DURING THE
COVID PANDEMIC: Literature review**

SALVADOR

2022.2

LUIZA RODRIGUES DA COSTA GUIMARÃES

**O PAPEL DA ODONTOLOGIA E A AGRESSÃO EM
MULHERES E FEMINICÍDIO NO PERÍODO DA
PANDEMIA DO COVID-19: Revisão de literatura
THE ROLE OF ODONTOLOGY AND AGGRESSION
TOWARDS WOMEN AND FEMINICIDE DURING THE
COVID PANDEMIC: Literature review**

Artigo apresentado ao Curso de Odontologia da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública como requisito parcial para obtenção do título de Cirurgião Dentista.

Orientador: Prof. Dr. Ricardo Araújo da Silva

SALVADOR

2022.2

“Acordei de repente com um forte estampido dentro do quarto. Abri os olhos. Não vi ninguém. Tentei mexer-me, mas não consegui. Imediatamente, fechei os olhos e um só pensamento me ocorreu: “Meu Deus, o Marco me matou com um tiro”.

Maria da Penha

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais (Ana Cláudia e Aquiles), pelo apoio e incentivo para vencer mais esta etapa, e por estarem sempre presentes em todos os momentos.

Aos meus irmãos (Julia, Ana Carolina, Laura e Lucas), pela ajuda, confiança e apoio transmitidos.

A minha avó (Regina), por ser sinônimo de força e dedicação, e por ser uma inspiração profissional. Infelizmente ela não pôde estar fisicamente aqui presente, mas eu sei que ela está sempre comigo. Eu sinto uma saudade enorme, mas agora, mais do que nunca, eu vou sempre tentar ser a melhor no que eu faço para dar orgulho a ela.

Ao orientador, Prof. Dr. Ricardo Araújo da Silva, pelos ensinamentos passados, pela amizade, pela compreensão e pela brilhante orientação.

Ao PET Odontologia Bahiana, por me proporcionar vivências e contato com outros semestres, de forma que foi possível ampliar e compartilhar meu conhecimento com os meus colegas, e por me dar a oportunidade de fazer novas amizades.

Aos amigos, pelo convívio de vários anos, pelas palavras carinhosas de incentivo e ajuda na correção deste trabalho, e, principalmente, por me darem forças para seguir esse caminho.

À Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública e a todos colegas professores.

A todos que, de alguma forma, contribuíram para o meu êxito profissional.

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

1. INTRODUÇÃO	8
2. METODOLOGIA	10
3. REVISÃO DE LITERATURA	11
3.1. Gênero	11
3.2. Machismo e heteronormatividade	12
3.3. Femicídio e pandemia da covid-19	15
3.4. O papel do(a) cirurgião(ã) dentista frente agressão à mulher	21
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	24
REFERÊNCIAS	
ANEXO A – DIRETRIZES PARA AUTORES	
ANEXO B – ARTIGOS REFERENCIADOS	

RESUMO

Introdução: a sociedade é heteronormativa, de forma que, existe uma imposição social para ser ou se comportar de acordo com os papéis de cada gênero. Porém, essa imposição já acontece há muitos anos, na qual, as mulheres, cis e trans, sofrem muito com a obrigação de se encaixar em um padrão estabelecido e baseado no patriarcado. Além disso, sabe-se que, existem situações que a mulher sofre crimes de ódio baseado no gênero, por não se enquadrar nesse padrão. **Objetivo:** verificar o aumento de crimes contra a mulher no período da pandemia da COVID-19 e o papel do(a) cirurgião(ã) dentista frente agressões às mulheres, por meio de uma revisão de literatura. **Metodologia:** utilizou-se os descritores: feminicídio, COVID-19, e crimes contra a mulher, para escrever uma revisão de literatura discutida. Para tanto, utilizamos as bases de dados encontradas em artigos presentes nas plataformas SciELO, PubMed, Periodicos, além de utilizar dados encontrados nos Fórum de Segurança Pública, Anuário Brasileiro de Segurança Pública, e da Secretaria Municipal de Saúde. Esse trabalho teve como critérios de inclusão os crimes acontecidos no Brasil. **Resultados:** dentre os achados foi possível observar o número crescentes de casos de agressões, sendo verbais ou físicas. Em 2020 foi observado que, dentro de todos os homicídios de mulheres 34,5% foram registrados como feminicídio, e que, em 2021, uma mulher foi assassinada a cada 7 horas no Brasil. **Conclusão:** houve o aumento de agressão contra a mulher e isso foi mais significativo nas regiões Norte e Centro-Oeste do Brasil.

PALAVRAS-CHAVE: violência contra mulher; isolamento social; pandemia COVID-19.

ABSTRACT

Introduction: society is heteronormative, so there is a social imposition to have determinate behavior according to the roles of each gender. However, this imposition has been happening for many years, in which women, cis and trans, suffer a lot with the obligation to fit into an established standard based on patriarchy. Moreover, it's known that there are situations in which women suffer gender-based hate crimes because they don't fit into this pattern. **Objective:** to verify the increase of crimes against women during the COVID-19 pandemic and the role of the dentist in aggressions against women, through a literature review. **Methods:** we used the descriptors: femicide, COVID-19, and crimes against women, to write a systematic literature review. We used the databases found in articles present in the SciELO, PubMed, and Periodicos platforms, in addition to using data found in the Public Safety Forum, Brazilian Public Safety Yearbook, and the Municipal Health Secretariat. This work had as inclusion criteria crimes that took place in Brazil. **Results:** among the findings, it was possible to observe the growing number of cases of aggression, whether verbal or physical. In 2020, it was observed that within all homicides of women 34,5% were registered as femicide and that in 2021, a woman was murdered every 7 hours in Brazil. **Conclusions:** there was an increase in aggression against women, which was more significant in Brazil's North and Midwest regions.

KEY-WORDS: violence against women; social isolation; COVID-19 pandemic.

1. INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estabelece uma tipologia de três grandes grupos segundo quem comete o ato violento: violência contra si mesmo (autoprovocada ou auto infligida); violência interpessoal (doméstica e comunitária); e violência coletiva (grupos políticos, organizações terroristas, milícias).¹ A violência contra a mulher, constitui um fenômeno complexo, baseado nas relações de gênero, que desencadeiam danos físicos, psicológicos e/ou sofrimento para a mulher. Esse agravo é um problema mundial, e, está baseado nas relações desiguais de poder, ou seja, constitui um tipo de violência motivada pela condição desigual do sexo biológico normalizado pela heteronormatividade, a qual começa no universo familiar, e as relações de gênero se estabelecem de forma hierárquica.²

O fenômeno da agressão e do feminicídio estão enraizados na desigualdade de gênero e contribui para perpetuar a posição subordinada das mulheres na sociedade nos níveis jurídico, social e econômico.³ O Brasil ocupa o 5º lugar na escala mundial do feminicídio,³ o Atlas da Violência (IPEA 2020) mostra que entre 2008 e 2018, o Brasil teve um aumento de 4,2% nos assassinatos de mulheres. Em alguns estados, a taxa de homicídios em 2018 mais do que dobrou em relação a 2008: é o caso do Ceará, cujos homicídios de mulheres aumentaram 278,6%; de Roraima, que teve um crescimento de 186,8%; e do Acre, onde o aumento foi de 126,6%.⁴

Conforme o estudo efetivado em Campina Grande, PB, a cada ano, 1,3 milhão de pessoas morrem em consequência da violência, representando 2,5% da mortalidade mundial; também, para indivíduos de 15 a 44 anos, a violência representa a quarta causa global de morte.⁵

“A violência doméstica e familiar contra a mulher constitui uma das formas de violação dos direitos humanos”.⁶ Segundo o Centro Estadual de Vigilância em Saúde⁸, publicado em 2019, essa violência se caracteriza por: “toda ação ou omissão que prejudique o bem-estar, a integridade física, psicológica ou a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de outra pessoa da família”.⁷

O aparecimento de lesões em face de mulheres agredidas por seus companheiros pode ser uma rotina nos consultórios odontológicos. Dessa forma, é indispensável que o(a) cirurgião(ã) dentista (CD) saiba identificar e tipificar os casos de agressões físicas apresentados na cabeça e pescoço. As

lesões podem se apresentar em estruturas bucomaxilofaciais, nos tecidos moles, tecidos periodontais, dentre outros.⁸

A violência contra a mulher é um problema de saúde pública e de acordo com o Código de Ética Odontológica⁹ (CEO), aprovado pela Resolução CFO-118/2012, art 9º, inciso VII, o Cirurgião Dentista deve zelar pela saúde e pela dignidade do paciente. Portanto é imprescindível que o profissional de saúde seja capaz de identificar as lesões e fazer a notificação compulsória, como está descrito na Lei nº 10.778/2003 (publicada no ano 2003), caso seja alegado que a situação possa causar um mal maior à vida ou à integridade da paciente.⁹

É notório que grande parte da violência contra a mulher é perpetrada por familiares e, em tempos de crise e epidemias, o número de casos tendem a aumentar. Portanto, como o isolamento social obriga as pessoas vulneráveis a dividirem espaço com seus agressores, a situação acaba se intensificando. Além disso, há também menos intervenções policiais e menos acesso ao sistema judiciário, o que torna mais difícil a denúncia e contribui para a impunidade.¹⁰

Neste trabalho o intuito é abordar sobre a violência interpessoal realizada contra as mulheres, por seus parceiros(as) íntimos, predominantemente no ambiente doméstico, que vem se mostrando crescente devido ao isolamento social por causa da pandemia da COVID-19, verificando a relação do isolamento social e o feminicídio, no período de 2020 a 2021, que aumentou a possibilidade de as pessoas passarem mais tempo juntas e, por conseguinte as mulheres a sofrerem mais agressões, e relatar a importância do(a) cirurgião(ã) dentista no momento da consulta, para identificar as agressões e saber como proceder perante elas.

2. METODOLOGIA

A abordagem metodológica empregada foi dividida em três etapas, e constituem-se em abordar a respeito do feminicídio já existente na nossa sociedade, a respeito do agravamento do feminicídio e das agressões durante o isolamento social devido a pandemia da COVID-19, e sobre a importância do papel do(a) cirurgião(ã) dentista nesses casos. As pesquisas foram realizadas nas plataformas SciElo, PubMed, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), MEDLINE, além de utilizar dados encontrados nos Fórum de Segurança Pública, Anuário Brasileiro de Segurança Pública, e da Secretaria Municipal de Saúde para coletar informações a respeito da agressão física e do feminicídio nesse período de pandemia.

Os descritores definidos foram: “feminicídio no isolamento social”; “violência contra mulher”; “feminicídio”; “isolamento social”; “violência doméstica à mulher”; “isolamento social e agressão à mulher”; “patriarchy”; “violence against women”; “COVID-19 pandemic”. Foram pesquisados estudos publicados em língua inglesa e portuguesa. Importante salientar que os descritores referentes a pandemia da covid-19: “isolamento social”; “feminicídio no isolamento social”; “isolamento social e agressão à mulher” se referem ao período de 2020 a 2021.

O critério de inclusão se baseou na seleção de artigos de acordo com o tema, disponibilidade do texto completo, que estivesse relacionado a agressões contra mulheres e feminicídio dentro do período da pandemia, de março de 2020 a março de 2021, sendo essas agressões realizadas por seu/sua cônjuge, e que estivesse relacionado a agressões e feminicídio antes do período pandêmico.

O critério de exclusão adotado foi a eliminação de todos os casos que apresentavam esses descritores, porém não abrangiam o período selecionado e que não referisse à agressores relacionados intimamente com o tema aqui abordado, além de artigos pagos, artigos em idiomas que não fossem o português e o inglês, e artigos incompletos.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 GÊNERO

Durante anos, a sociedade construiu, em torno de si e no senso comum, um estereótipo relacionado ao gênero feminino, primeiro passo para a construção das bases do preconceito e da discriminação. Às mulheres, sempre foi reservado um lugar de menor destaque, seus direitos e seus deveres estavam sempre voltados para a criação dos filhos e os cuidados do lar, portanto, para a vida privada.¹¹

Durante o século das luzes, quem julgasse se apossar da igualdade estabelecida pela Revolução Francesa para galgar espaços na vida pública teria como destino a morte certa na guilhotina. Muitas mulheres que tentaram reivindicar seus direitos de cidadania tiveram esse destino.¹¹ O movimento feminista e a revolução sexual, de fato, provocaram grandes transformações no mundo moderno no que se refere aos direitos e deveres das mulheres, conseguindo dar um grande salto na condição feminina nos três últimos séculos, seja no âmbito público, seja no privado. Esse movimento também proporcionou à sociedade moderna a compreensão 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.¹¹

Vale ressaltar que feminino e masculino carregam conceitos reducionistas e biologicistas que limitam a expressão das múltiplas sexualidades da humanidade, até porque, em alguns casos, as “identidades de gênero não correspondem a identidades sexuais”.¹²

Necessário se faz então, compreender o conceito de gênero, para além da categorização do binarismo sexual, a fim de reposicionar a questão da violência contra as mulheres durante a pandemia, valorizando também as intersecções existentes entre os diversos marcadores (gênero, raça/cor, nível educacional, classe social, dentre outros) que só podem ser compreendidos de forma articulada nas interações entre as possíveis diferenças e desigualdades presentes em experiências sociais distintas, coletiva e individualmente.¹³

As situações de sexismo estão presentes nas vivências das mulheres como atos performativos de gênero que investem na manutenção da norma

heteronormativa/masculina por meio da delimitação das exceções, ou seja, marcando o lugar subalterno de sujeitos femininos (e também de sujeitos masculinos que se afastam do padrão).¹⁴ Enunciados como: “se não estivesse usando aquela roupa não teria sido estuprada”, “ela pediu para apanhar”, “mulher nasceu para ser dona de casa, cuidar dos filhos e do marido”, vão além de representar o lugar de homens e mulheres na sociedade. Eles, efetivamente, produzem os lugares sociais aos quais se referem, contribuindo para a manutenção das práticas que discriminam e inferiorizam. Para fazer isso, tais enunciados acabam sendo essenciais para certas características corporais, comportamentos, afazeres e funções profissionais como sendo naturalmente adequados a sujeitos masculinos ou femininos.¹⁴ A violência contra as mulheres está velada no mascaramento e na subordinação da nossa linguagem cotidiana, no uso de expressões e de diversos jogos de linguagem e palavras de duplo sentido.¹¹

A autora Caicedo-Roa, et al¹⁵ em 2022, afirmou que as mulheres hoje continuam morrendo como no século XVI, queimadas por serem transgressoras do sistema patriarcal. É de se esperar que, com o feminismo e o empoderamento das mulheres, as violências sejam cada vez mais fortes, para manter o funcionamento do sistema. Mulheres continuarão morrendo de formas cruéis e violentas, até que a sociedade entenda que é preciso mudar a maneira como se enxerga e se relaciona com o outro.¹⁵

Quando se compara as circunstâncias dos homicídios em homens e mulheres, é possível apreciar padrões diferentes. Os homens são mortos principalmente por pessoas do mesmo sexo biológico, em geral desconhecidos; são assassinatos motivados por brigas, confrontos, vinganças e desentendimentos. Por sua vez, as mulheres são notadamente mortas por seus companheiros, ex-companheiros e familiares; motivados por ciúmes, desobediência, desejo das próprias mulheres em terminar o relacionamento, traição, entre outros, e majoritariamente no próprio domicílio.¹⁵

3.2 MACHISMO E HETERONORMATIVIDADE

A violência contra as mulheres não se compreende apenas como um ou vários atos sistematizados de agressão contra o seu corpo, seja da ordem do abuso sexual, seja do espancamento, da tortura física ou psicológica. Mas sim,

a violência que a mulher sofre está no seu dia a dia, incorporada e enraizada no imaginário social coletivo da nossa sociedade, de homens, mas também de mulheres, que legitimam a subordinação do sujeito feminino ao domínio do poder masculino.¹¹

Como foi relatado por Castro¹⁴ em 2015, e Silva¹¹ em 2010, o gênero feminino sempre foi colocado em um local de inferioridade, no qual a sociedade patriarcal se sente no direito de determinar onde/quando/como a mulher deve agir, se vestir, trabalhar, se comportar, entre outros. De forma que, qualquer uma que saia desse padrão seja considerada errada. Por esse motivo, muitos homens acham que tem o direito de agredir uma mulher que não o obedeça. Portanto, sabemos que a agressão e o feminicídio está relacionado com o machismo e a heteronormatividade, na qual os homens acreditam que são proprietários daquela mulher, que estão enraizados na nossa sociedade.

O machismo pode ser entendido como um conjunto de crenças, atitudes e práticas que promovem a superioridade do homem em relação à mulher baseadas em motivos naturalistas, religiosos e tradicionalistas. O pensamento machista dava aos agressores um “direito” sobre o corpo dessas mulheres. Assim, eles decidiram que estavam legitimados para matá-las de uma forma muito violenta.¹⁵

A partir do que foi exposto por Caicedo-Roa, et al¹⁵ em 2022, foi possível compreender que as situações de sexismos estão presentes na vida das mulheres diariamente, de forma que, é comum sentir medo ao sair sozinha, principalmente durante a noite, sentir medo de se relacionar com alguém e posteriormente sofrer agressões, entre outros. Esses receios existem devido ao histórico, presente no mundo todo, de mulheres que são agredidas e mortas de forma cruel, de tal maneira, que já se tornou um problema de saúde pública. Continua crescente a quantidade de casos, porque sabe-se que atualmente o feminismo está cada vez mais empoderado e então os homens continuam tentando manter o funcionamento do sistema patriarcal.

O termo heteronormatividade pode ser compreendido como aquilo que é tomado como parâmetro de normalidade em relação a sexualidade, para designar como normal a atração e/ou o comportamento sexual entre indivíduos de sexos diferentes.¹⁶

A heteronormatividade visa regular e normatizar modos de ser e de viver os desejos corporais e a sexualidade. De acordo com o que está socialmente

estabelecido para as pessoas, numa perspectiva biologicista e determinista, há duas – e apenas duas – possibilidades de locação das pessoas quanto à anatomia sexual humana, ou seja, feminino/fêmea ou masculino/macho.¹⁶

Assim, o gênero, enquanto organizador da cultura, e em articulação com sexualidade, modula o modo heteronormativo de como homens e mulheres “devem” se comportar, como seus corpos podem se apresentar e como as relações interpessoais podem se construir, nesses domínios.¹⁶

Questionar a forma como a sociedade é estruturada e organizada, através de relações desiguais de poder entre homens e mulheres, significa desarticular os pilares de sustentação da violência contra a mulher. A construção de papéis diferenciados é baseada em normas sociais e valores morais arraigados no tempo, que atribuem à mulher uma posição de inferioridade perante o homem, que se utiliza da violência como recurso maior para fazer valer sua supremacia.¹⁶

Portanto, a partir do relato de Fonseca, Lucas¹⁶ em 2006, ficou nítido a motivação masculina a respeito de realizar agressões contra as mulheres, e manter o seu padrão de poder estabelecido.

Um dos grandes marcos históricos, brasileiro, quando o assunto é violência de gênero, sem dúvida, foi o surgimento da Lei Maria da Penha (11.340) em 2006. Porém, além dela, existem algumas outras leis para a proteção das mulheres, como: Lei Carolina Dieckmann (12.737/2012), que tornou crime a invasão de aparelhos eletrônicos para obtenção de dados particulares. Lei do Minuto Seguinte (12.845/2013), que oferece garantias a vítimas de violência sexual, como atendimento imediato pelo Sistema Único de Saúde (SUS), amparo médico, psicológico e social, exames preventivos e informações sobre seus direitos. Existe também a Lei Joana Maranhão (12.650/2015), que alterou os prazos quanto a prescrição de crimes de abusos sexuais de crianças e adolescentes. A prescrição passou a valer após a vítima completar 18 anos, e o prazo para denúncia aumentou para 20 anos. E a Lei do Femicídio (13.104/2015), também aplicada a mulheres trans, que prevê o feminicídio como circunstância qualificadora do crime de homicídio, ou seja, quando crime for praticado contra a mulher por razões da condição de gênero feminino.¹⁸

Apesar de existir muitas legislações que defendam as mulheres e as protejam, sabe-se que nem todas elas têm conhecimento a respeito dos seus

direitos, além de muitas terem medo da repercussão que a denúncia pode gerar. Como exemplo ameaças, mortes, piora das agressões, sem contar que muitas mulheres são dependentes financeiramente e emocionalmente dos seus parceiros, que, de acordo com os achados, são os principais agressores.

3.3 FEMINICÍDIO E PANDEMIA DA COVID-19

No início de 2020 foi declarada a pandemia da COVID-19, o que, por medidas protetivas, causou uma grande mudança no cotidiano de todas as pessoas. Para tentar controlar a doença foi necessário instalar uma quarentena, que inicialmente eram de 15 dias, porém, principalmente no Brasil, foi se prolongando. Por este motivo as famílias passaram a ter uma convivência maior.

Com 90 países em confinamento, quatro bilhões de pessoas agora estavam se abrigando em casa contra o contágio global do novo coronavírus (COVID-19). Foi uma medida protetora, mas trouxe outro perigo mortal. Vimos uma pandemia da invisibilidade crescente, a da violência contra as mulheres.¹⁹ Em todo o mundo, à medida que as comunidades se fechavam para impedir a disseminação do coronavírus, os esforços em massa para salvar vidas colocaram as mulheres em relacionamentos abusivos em maior risco.²⁰

Globalmente, assim como no Brasil, durante a pandemia da COVID-19, ao mesmo tempo em que se observa o agravamento da violência contra a mulher, é reduzido o acesso a serviços de apoio às vítimas, particularmente nos setores de assistência social, saúde, segurança pública e justiça. Os serviços de saúde e policiais são geralmente os primeiros pontos de contato das vítimas de violência doméstica com a rede de apoio. Durante a pandemia, a redução na oferta de serviços é acompanhada pelo decréscimo na procura, pois as vítimas podem não buscar os serviços em função do medo do contágio.²¹

Desde os primeiros meses de isolamento social, importantes organizações internacionais, como a Organização das Nações Unidas Mulheres (ONU Mulheres), relatavam, com base no aumento em pedidos de ajuda em linhas telefônicas de canais de atendimento, que havia um incremento de casos de violência doméstica em todo o mundo e que as mulheres eram suas principais vítimas.²² Ao longo dos meses de abril, maio e

junho de 2020, em uma parceria com o Banco Mundial, o Fórum Brasileiro de Segurança Pública (FBSP) lançou três notas técnicas, que buscaram compilar estatísticas oficiais das Unidades da Federação sobre o assunto. Essas notas identificaram que entre março e maio de 2020, houve diminuição de 27,2% dos registros de lesões corporais dolosas, diminuição de 31,6% nos registros de estupro e aumento de 2,2% de casos de feminicídios.²²

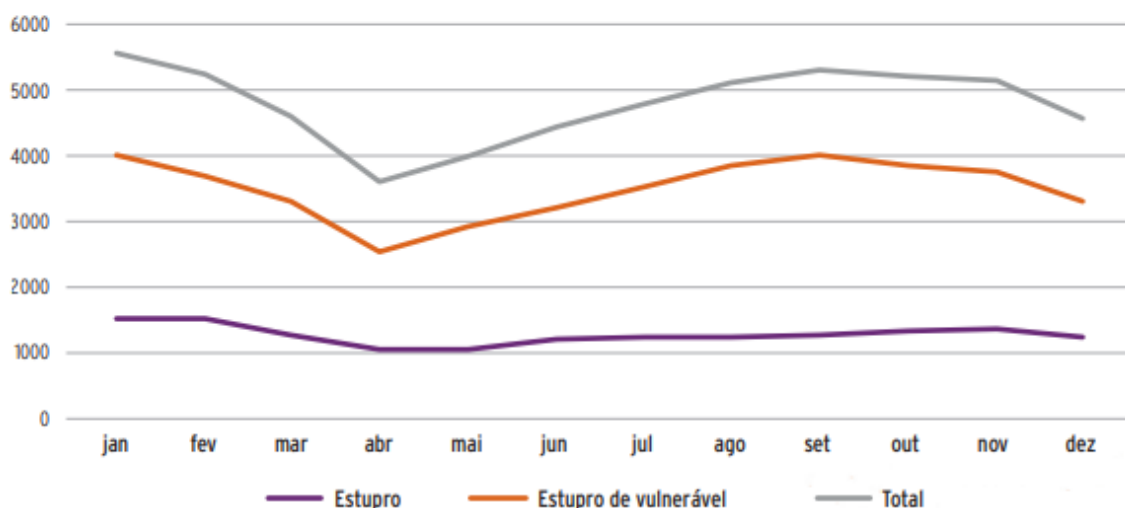
No relatório Visível e invisível, alguns dados epidemiológicos ficaram assim definidos:

“A vitimização de Mulheres no Brasil, publicado em 2021, foi descrito que 1 em cada 4 mulheres brasileiras (24,4%) acima de 16 anos afirma ter sofrido algum tipo de violência ou agressão nos últimos 12 meses, durante a pandemia da covid-19. Isso significa dizer que cerca de 17 milhões de mulheres sofreram violência física, psicológica ou sexual no último ano. Além disso, 4,3 milhões de mulheres (6,3%) foram agredidas fisicamente com tapas, socos ou chutes. Isso significa dizer que a cada minuto, 8 mulheres apanharam no Brasil durante a pandemia do novo coronavírus.”²²

Seguindo com os achados desse relatório, foi possível observar que a violência mais comum foi a ofensa verbal, como insultos e xingamentos. Cerca de 13 milhões de brasileiras (18,6%) experimentaram este tipo de violência e 5,9 milhões de mulheres (8,5%) relataram ter sofrido ameaças de violência física como tapas, empurrões ou chutes. Cerca de 3,7 milhões de brasileiras (5,4%) sofreram ofensas sexuais ou tentativas forçadas de manter relações sexuais, como também, 2,1 milhões de mulheres (3,1%) sofreram ameaças com faca (arma branca) ou arma de fogo e que 1,6 milhão de mulheres foram espancadas ou sofreram tentativa de estrangulamento (2,4%).²²

Quando os registros foram analisados por mês de ocorrência de casos de estupros e estupros de vulnerável no ano de 2020 percebemos uma queda brusca em abril de 2020, o primeiro mês de isolamento social de prevenção à pandemia da COVID-19, que volta a crescer fortemente em maio.²³ (Figura 01).

**Registros de Estupro e estupro de vulnerável em delegacias da Polícia Civil por mês.
Brasil (2020)**



Fonte: Secretarias Estaduais de Segurança Pública e/ou Defesa Social; Fórum Brasileiro de Segurança Pública.

Figura 01: Registro de estupro e estupro de vulneráveis em delegacias da polícia civil por mês, 2020

Fonte: Anuário Brasileiro de Segurança Pública

Todos esses achados demonstram que a mulher foi vítima de agressões e feminicídio apenas por seu gênero, e pela sociedade o encarar como sendo inferior. De tal forma, que os homens, em sua maioria, mas podendo existir mulheres também, que considerem essas agressões como normais e cotidianas, já que, na concepção deles, a mulher deve ser submissa.

Nos registros publicados pelo Fórum Brasileiro de Segurança Pública, de 2021, foram comparados dados mensais de feminicídio no Brasil entre 2019 e 2021, indicando que houve um aumento dos casos entre os meses de fevereiro e maio de 2020, quando houve maior restrição nas medidas de isolamento social. Em 2021, a tendência de casos seguiu muito próxima àquela verificada no ano anterior à pandemia, com média mensal de 110 feminicídios. Seguindo os achados desse Fórum, foi possível observar que em 2021, em média, uma mulher foi vítima do feminicídio a cada 7 horas.²⁴ (Figura 02)

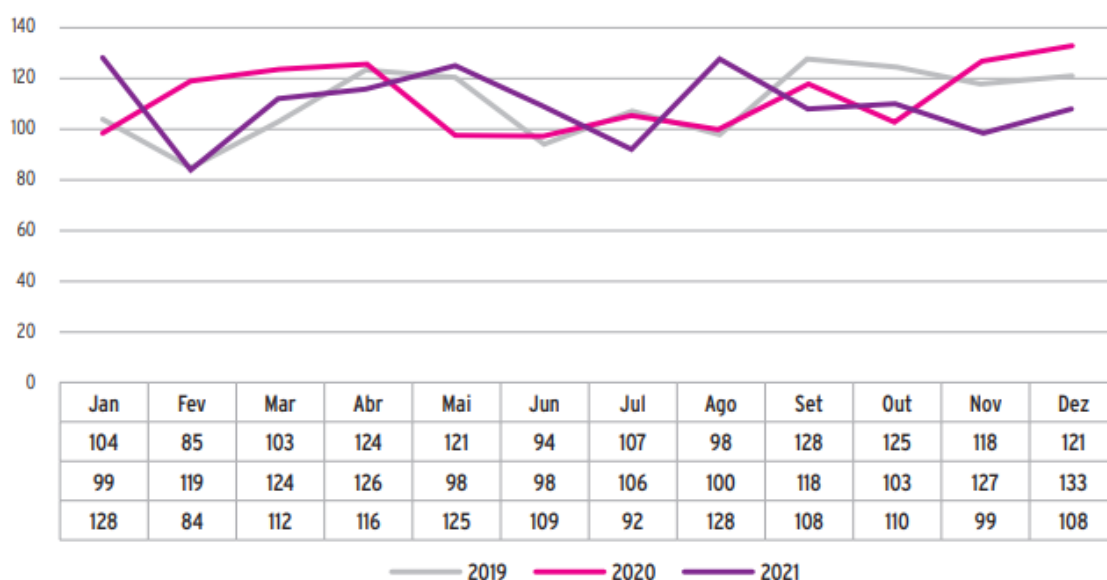


Figura 02: Registro das vítimas de feminicídios por mês, 2019-2021
 Fonte: Fórum Brasileiro de Segurança Pública

Em 2020 o país teve 3.913 homicídios de mulheres, dos quais 1.350 foram registrados como feminicídios, média de 34,5% do total de assassinatos. Em números absolutos, 1.350 mulheres foram assassinadas por sua condição de gênero, ou seja, morreram por ser mulheres.²³

Os estados que registraram as maiores taxas de feminicídio foram Tocantins, Acre, Mato Grosso do Sul e Piauí. Em relação à variação entre os anos de 2020 e 2021, chama atenção o crescimento dos feminicídios em Tocantins, que passou de 9 vítimas em 2020, para 22 no ano de 2021 (144,4%), o Rio Grande do Norte, que contabilizou 7 mortes a mais em 2021 (53,8%) e o Distrito Federal, com crescimento de 47,1% no número de feminicídios, passando de 17 vítimas em 2020 para 25 no ano seguinte.²⁴

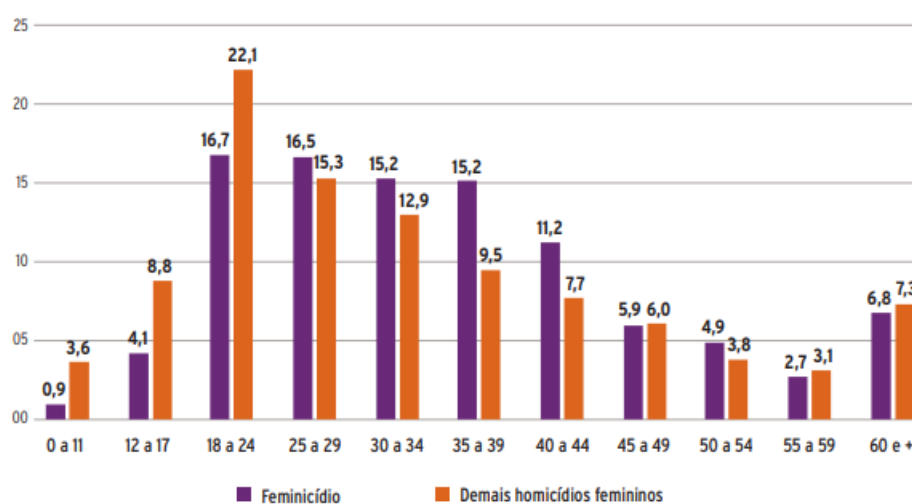
Falando sobre o perfil dos agressores, no relatório Visível e invisível: A Vitimização das Mulheres no Brasil²², publicado em 2021, foi possível observar que 72,8% dos autores das violências sofridas são conhecidos das mulheres, com destaque para os cônjuges/companheiros/namorados (25,4%), ex-cônjuges/ex-companheiros/ex-namorados (18,1%); pais/mães (11,2%), padrastos e madrastas (4,9%), e filhos e filhas (4,4%), indicando alta prevalência de violência doméstica e intrafamiliar.²²

Ao caracterizar o perfil do agressor por pessoas do sexo biológico masculino, na faixa etária de 30 a 39 anos, sendo principalmente parceiro íntimo, cônjuge ou ex-cônjuge, demonstra-se a vulnerabilidade das mulheres, uma vez que essas agressões ocorrem sobretudo no domicílio. Por outro lado,

tem-se a subnotificação da violência que pode ser somada às poucas informações existentes nas fichas de atendimento, refletindo novamente a vulnerabilidade feminina no ato de denunciar, tendo em vista que essas questões são relatadas pelas vítimas e muitas vezes não são de seu conhecimento.²⁵

Sobre o perfil das vítimas, publicado no Anuário Brasileiro de Segurança Pública²³ em 2021, pode-se observar que entre as vítimas de feminicídio verifica-se distribuição mais igualitária entre as faixas de 18 a 24 anos (16,7%), de 25 a 29 anos (16,5%), 30 a 34 anos (15,2%), 35 a 39 anos (15,0%), com poucas vítimas entre crianças e adolescentes. Já entre os demais homicídios de mulheres verifica-se maior concentração entre meninas e mulheres jovens, com 8,8% das vítimas com 12 a 17 anos no momento da morte, 22,1% entre 18 e 24 anos e 15,3% de 25 a 29 anos, totalizando metade das vítimas como jovens (49,8%).²³

Vítimas de Feminicídio e demais mortes violentas intencionais de mulheres, por faixa etária Brasil (2020)



Fonte: Análise produzida a partir dos microdados dos registros policiais e das Secretarias estaduais de Segurança Pública e/ou Defesa Social. Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2020.

Figura 03: Registros de vítimas de feminicídio e demais mortes violentas intencionais de mulheres por faixa etária, 2020

Fonte: Anuário Brasileiro de Segurança Pública

Mesmo antes da existência da COVID-19, a violência doméstica já era uma das maiores violações dos direitos humanos. Nos 12 meses anteriores, 243 milhões de mulheres e meninas (de 15 a 49 anos) em todo o mundo foram submetidas à violência sexual ou física por um parceiro íntimo.¹⁹

A ampla subnotificação de formas de violência doméstica já havia tornado um desafio a coleta de dados e respostas, menos de 40% das mulheres vítimas de violência buscavam qualquer tipo de ajuda ou denunciavam o crime.

Menos de 10% das mulheres que procuravam ajuda, iam à polícia. As circunstâncias atuais tornam os relatórios ainda mais difíceis, incluindo limitações no acesso de mulheres e meninas a telefones e linhas de ajuda e interrompem serviços públicos como polícia, justiça e serviços sociais. Essas interrupções também podem comprometer os cuidados e o apoio de que as sobreviventes precisam, como tratamento clínico de estupro, saúde mental e apoio psicossocial. Isso também alimenta a impunidade de agressores.¹⁹

É possível, a partir dos dados encontrados, apresentar um campo mais maduro para uma discussão sobre o tema, visto que é um assunto que está sendo mais debatido. Porém é de conhecimento geral que muitas mulheres escondem que já sofreram agressões, de forma que existe uma subnotificação nos dados encontrados, por medo de serem julgadas, principalmente quando ainda permanecem na relação, pois muitas pessoas não entendem que na maioria das vezes, a vítima acredita que seu/sua agressor(a) não teve a intenção de ferir ela, se arrependeu e irá mudar, em alguns casos envolve os filhos do casal, questões financeiras, entre outras situações que podem dificultar a saída da mulher daquele relacionamento. E muitas vezes escondem por acreditar que falar não vai resultar em nada, pois não conhecem as leis, ou acreditam que no Brasil não terá êxito.¹⁹

A violência doméstica gera repercussões significativas à saúde física e psíquica da mulher, variando em sua expressão e intensidade, transcendendo aos danos imediatos gerados pela violência física, como as lesões e fraturas. O impacto desta realidade afeta desde a percepção da mulher sobre si mesma, refletida no sentimento de insegurança e impotência, até suas relações com o meio social, fragilizadas em decorrência da situação de isolamento, expressas pela falta de apoio de pessoas às quais possa recorrer.¹⁷

Identificou-se que as principais consequências, na saúde mental, apresentadas pelas mulheres vítimas do machismo são: depressão, ansiedade. Elas tornam-se mais retraídas, fechadas, pessimistas, tristes, inseguras, algumas podem desenvolver estresse pós-traumático, alguns transtornos bipolares, podem chegar a entrar em algum tipo de surto psicótico, consequências que podem se manifestar muitos anos depois, não necessariamente eles se manifestem no momento.²⁶

A violência doméstica não produz danos apenas às vítimas, mas traz prejuízos para os familiares que vivenciam o ambiente de violência,

alimentando, assim, o círculo vicioso da violência. Ou seja, geralmente quem vivenciou a situação de violência na infância vai reproduzir isso com seus pares.²⁶

3.4 O PAPEL DO(A) CIRURGIÃO(Ã) DENTISTA FRENTE AGRESSÃO À MULHER

O(A) cirurgião(ã) dentista é um dos primeiros profissionais da área de saúde a identificar possíveis agressões, visto que, a maioria das agressões acabam atingindo a face, levando a traumas de origem odontológica como lacerações e hemorragias ocorridas na boca e dentes, entre outros. Ao se deparar com situações na qual a paciente apresente múltiplos ferimentos, o profissional deve estar preparado para conhecer os “sinais de alerta” que possam indicar a possibilidade da sua paciente ter sido vítima de violência.²⁷ De forma que, perceba se as lesões se encaixam com a descrição que está sendo relatada, e também, saiba quais são as obrigações perante as leis e a notificação compulsória.

De acordo com a Secretaria Municipal de Saúde, descritos no Protocolo de Atendimento à Mulher em Situação de Violência²⁸, publicado em 2012, em casos de violência doméstica deve-se chamar a polícia quando houver: lesões graves com risco de vida; laceração e hemorragias (corpo, face, boca e dentes); queimaduras de maior gravidade; traumas cranianos ou fraturas que necessitem redução cirúrgica; trauma facial, inclusive maxilar e mandibular, que necessite de redução não cirúrgica; traumatismo dentário; lesão de articulação têmporomandibular (ATM); suspeita de lesão de órgãos internos e estado de choque emocional.²⁸

Dando continuidade aos achados nesse protocolo de atendimento à mulher em situação de violência²⁸, apresenta-se como deve ser feito o atendimento odontológico. É importante realizar um exame clínico minucioso que contemple a identificação de manifestações bucais de violência, que podem se dar de forma aguda, com lacerações e hemorragias ocorridas na boca e dentes, e com hematoma e fraturas na face. Identificar e diagnosticar doenças sexualmente transmissíveis que, em geral, se manifestam tardiamente na boca e que podem estar relacionados com episódios anteriores de violência relatados ou não. Além de garantir o acompanhamento por meio de consultas

pré-agendadas e/ou o retorno para seguimento do tratamento na Unidade de Saúde, e encaminhar para os serviços de referência conforme necessidade.²⁸

Considerando a Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003, que estabelece a notificação compulsória, no território nacional do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde, públicos ou privados. Portanto, o profissional deve fazer a ocorrência à autoridade sanitária, para fim de adoção de medidas de intervenção.²⁹

De acordo com o CEO, art. 9º, inciso VII, aprovado pela Resolução CFO-118/2012, é dever fundamental dos cirurgiões dentistas, zelar pela saúde e pela dignidade do paciente, e sua violação é caracterizada como infração ética. Ficando evidente a necessidade do profissional de saber identificar agressão e proporcionando a ajuda necessária para a paciente.⁹

A partir do que foi relatado, foi possível perceber que o papel do cirurgião dentista, frente as agressões contra as mulheres, é de suma importância, pois na maioria dos casos as lesões são prioritariamente realizadas na face, de forma que podem gerar lacerações de lábios e bochechas, fraturas de dentes, principalmente os incisivos centrais superiores, entre outros. Por esse motivo, quando existe uma agressão envolvendo, por exemplo, uma fratura de dente, o CD será o primeiro a ser procurado, então é essencial que eles estejam preparados para esse tipo de situação, de forma que seja possível realizar as notificações obrigatórias perante o código de ética.

Sabe-se que durante a graduação não é comum que os/as futuros(as) egressos(as) da odontologia aprendam sobre a forma correta de lidar com situações na qual, a paciente que esteja sendo acolhida na clínica odontológica, esteja passando por violência doméstica. Por conseguinte, existe um grande número de profissionais que estão despreparados para identificar e lidar com esta circunstância.

De acordo com os resultados do estudo de Martins, et al³⁰, em 2018, quando os profissionais da saúde foram questionados acerca de sua capacitação profissional sobre a violência 83,1% consideraram muito importante e 66% afirmaram ter recebido instrução do serviço. Ao avaliar os sentimentos dos profissionais acerca da violência de gênero, observou-se que 52% sentiam-se incomodados ao perguntar se a mulher vive situações de violência com o parceiro ou parceira.³⁰ Mostrando, com isso, a falta de

competência de alguns profissionais para atender as mulheres com essas demandas.

Portanto, é indispensável que os serviços, públicos ou privados, forneçam esse tipo de qualificação, e/ou que os profissionais da saúde procurem se informar a respeito das condutas que devem ser tomadas nessas situações, para que mais mulheres possam ser tratadas de forma correta e, que também, mais mulheres fiquem cientes dos seus direitos perante as leis.

A partir do que foi relatado por Lund, et al³¹, em 2020, a maioria das vítimas procuram o apoio dos familiares ao invés de instituições formais. Assim, destaca-se a fundamentalidade dos profissionais de saúde em buscas de forma proativa, intuitiva e técnica, em abordar traços observáveis ou sentidos na personalidade da mulher no momento da consulta e características do ambiente em que está imersa, que levam o profissional a levantar suspeitas sobre a natureza de suas feridas, queixas, silêncios, evitações e justificativas, pois todos esses aspectos combinados servem para analisar se seu temperamento, comportamento e/ou expressões indicam possibilidade de ela ser vítima.³¹

Em termos práticos, ao abordar de forma inteligente as características tanto das vítimas quanto dos perpetradores da violência, o profissional que se relacionar com eles deve ser informado sobre: sua idade, composição racial/étnica, expressão de gênero, estado civil, nível educacional, histórico de emprego, diagnóstico prévio de saúde mental, nível de intimidade de seu relacionamento, natureza, frequência e grau dos atos de violência, e, caso o agressor seja um infrator oficialmente conhecido, a análise do número de denúncias recebidas e as penalidades aplicadas.³¹

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O tema proposto teve o objetivo de verificar o aumento de crimes contra a mulher no período da pandemia da COVID-19 e qual o papel do cirurgião(ã) dentista frente a essas agressões. Sendo um tema de grande importância, pois é um assunto que acontece desde os primórdios até a atualidade, e sempre de forma crescente. Portanto discutir a respeito disso promove uma maior dissipação das informações, do conhecimento e de como agir frente a essas situações, para que mais pessoas compreendam o que é uma violência doméstica e quais as suas consequências.

A importância desse trabalho é mostrar, para além do feminicídio, o aumento das agressões, a qualidade de vida, principalmente no impacto a saúde mental, de mulheres que sofrem violência, e também o papel da odontologia diante o atendimento às mulheres que sofrem agressões, de forma que, estejamos cada vez mais capacitados para cumprir o nosso papel como profissional da saúde e garantir o cumprimento da legislação no país.

REFERÊNCIAS

1. Constituição da Organização Mundial da Saúde, Nova Iorque, 1946, disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>, data de acesso: 31/03/21
2. Santos IBS, Leite FMC, Amorim MHC, Maciel PMA, Gigante DP. Violência contra a mulher na vida: estudo entre usuárias da atenção primária. Cienc e Saúde Coletiva. 2020;25(5):1935-46. Doi: 10.1590/141381232020255.19752018
3. Sá YRC, Moi PCP, Galvão ND, Silva AMC, Moi GP. The geography of femicide in Sergipe, Brazil: matriarchy, human development, and income distribution. Rev bras epidemiol 2021; 24. Doi:[10.1590/1980549720210016.supl.1](https://doi.org/10.1590/1980549720210016.supl.1)
4. Cerqueira D, Lima RS, Silva ERA, Pimentel A, Marques D. Atlas da violência 2020;1-20
5. Barbosa KGN, Rodrigues LG, Alencar GP, D'avila S, Ferreira EF, Ferreira RC. Exploring the effect of time and sex in Family and Community violence from 2008 to 2014. Rev Saúde Pública. 2019;53:1-12
6. Brasil. Lei nº 11.340 Maria da Penha, Brasil, de 7 de agosto de 2006, disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm, data de acesso: 31/03/21
7. Centro Estadual de Vigilância em Saúde, Rio Grande do Sul. Tipologia da violência, 2019, disponível em: <https://www.cevs.rs.gov.br/tipologia-da-violencia>, data de acesso: 31/03/21
8. Silva EDM. A odontologia e a violência contra mulheres: diagnóstico e conduta. Scire Salutis. 2019;9(3):22-32
9. Código de ética odontológica, aprovado pela resolução CFO-118/2012 Conselho Federal de Odontologia. Disponível em: https://website.cfo.org.br/wp-content/uploads/2018/03/codigo_etica.pdf, data de acesso: 02/04/21
10. Telles LEB, Valença AM, Barros AJS, Salva AG. Domestic violence in the COVID-19 pandemic: a forensic psychiatric perspective. Braz. J. Psychiatr. 2020; 43 (3):5-6
11. Silva SG. Preconceito e discriminação: as bases da violência contra a mulher. Psicologia, ciência e profissão. 2010;30(3):556-71
12. Lopes Louro, G. Gênero, sexualidade e educação. Petrópolis:[s.n.];1997
13. Barbosa JPM, Lima RCD, Santos GBM, Lanna SD, Andrade MAC. Interseccionalidade e outros olhares sobre a violência contra mulheres em tempos de pandemia pela COVID-19. Saude soc. 2021;30 (2):12-26

14. Castro RP. “O homem pode tudo”... “a mulher é um sexo inferior!”...: discutindo sexismo, machismo e violência contra as mulheres na formação em pedagogia. IV SIES. 2015;12-26
15. Caicedo-Roa M; Nascimento JL; Bandeira LM; Cordeiro RC. Queima às bruxas: feminismo e feminicídio íntimos por queimadura em uma metrópole brasileira. Ciênc. saúde coletiva, 2022;27(2):525-534
16. Petry AR; Meyer DE. Transexualidade e heteronormatividade: algumas questões para a pesquisa. Textos & Contextos, 2011;10(1):193–8. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/index.php/iberoamericana/N%C3%83%C6%92O%20https://www.scimagojr.com/index.php/fass/article/view/7375>
17. Fonseca PM; Lucas TNS. Violência doméstica contra a mulher e suas consequências psicológicas [tese]. Salvador (BA): Faculdade de Psicologia, Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública; 2006. Disponível em: <http://newpsi.bvs-psi.org.br/tcc/152.pdf>; data de acesso: 21/02/2022
18. Silva L; Bonvicini M; Cassia N; Quintiliano R. Você não está sozinha guia para entender a violência de gênero. 2021;28-9. Disponível em: <https://brazil.unfpa.org/pt-br/publications/voce-nao-esta-sozinha-guia-para-entender-violencia-de-genero>; data de acesso: 14/03/2022
19. Mlambo-Ngcuka P. ONU mulheres. 2020. Disponível em: <https://www.onumulheres.org.br/noticias/violencia-contra-as-mulheres-e-meninas-e-pandemia-invisivel-afirma-diretora-executiva-da-onu-mulheres/#:~:text=Not%C3%ADcias%202021-,Viol%C3%Aancia%20contra%20as%20mulheres%20e%20meninas%20%C3%A9%20pandemia%20invis%C3%ADvel,diretora%20executiva%20da%20ONU%20Mulheres&text=Com%2090%20pa%C3%ADses%20em%20confinamento,mas%20traz%20outro%20perigo%20mortal>, data de acesso: 20/06/2022
20. Bradbury-Jones C, Isham L. O paradoxo pandêmico: as consequências de COVID-19 na violência doméstica. J Clin Nurs. 2020; 29: 2047–49. doi: 10.1111 / jocn.15296
21. Vieira PR, Garcia LP, Maciel ELN. Isolamento social e o aumento da violência doméstica: o que isso nos revela? Rev Bras Epidemiol 2020; 23: E200033. doi: 10.1590/1980-549720200033
22. Visível e Invisível: A Vitimização de Mulheres no Brasil - 3ª edição – 2021. Disponível em: [*relatorio-visivel-e-invisivel-3ed-2021-v3.pdf](https://www.unfpa.org/pt-br/publications/relatorio-visivel-e-invisivel-3ed-2021-v3.pdf), data de acesso: 03/11/2021
23. Bueno S, Bohnenberger M, Sobral I. A violência contra meninas e mulheres no ano pandêmico. Anuário brasileiro de segurança pública. 2021;93-100. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2021/07/6-a-violencia-contra-meninas-e-mulheres-no-ano-pandemico.pdf>
24. Bueno S. Violência contra mulheres em 2021. Fórum brasileiro de segurança pública. 2022;27(2):525-34.

25. Melo CAS, Araújo JVN, Costa RRF, Alvarenga SRC, Silva EL, Veloso TPS, et al. Perfil do agressor e fatores associados à violência contra mulheres no município de Marabá-PA. RSD [Internet]. 2021; 10:11. Doi: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i11.19572>
26. Both DA, Oliveira LA. Consequências psicológicas resultantes da violência doméstica contra a mulher. UNIEDU. 2016; 5-24. Disponível em: <http://www.uniedu.sed.sc.gov.br/index.php/pos-graduacao/trabalhos-de-conclusao-de-bolsistas/trabalhos-de-conclusao-de-bolsistas-a-partir-de-2018/ciencias-sociais-aplicadas/especializacao-5/485-consequencias-psicologicas-resultantes-da-violencia-domestica-contra-a-mulher/file>, data de acesso: 30/04/2022
27. Ghelfi AF, Mulinari PC. Violência contra a mulher: os sinais de alerta que o cirurgião-dentista deve conhecer [tese]. São José dos Pinhais (PR): Curso superior da polícia, Universidade Federal do Paraná; 2010. Disponível em: <https://acervodigital.ufpr.br/handle/1884/66744>, data de acesso: 11/05/2022
28. Silva DI; Keretch DL; Cherbiski DM; Ferreira GN; Johnson HT; Slomp Junior H; et al. Protocolo de atendimento à mulher em situação de violência: programa mulher cidadã. Secretaria municipal de saúde. 2012;1-58.
29. Brasil. Lei nº 10.778, Brasil, de 24 de novembro de 2003, disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.778.htm, data de acesso: 24/05/2022
30. Martins LCA, Silva EB, Dilélio AS, Costa MC, Colomé ICS, Arboit J. Violência de gênero: conhecimento e conduta dos profissionais da estratégia saúde da família. Rev Gaúcha Enferm. 2018; 39. Doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0030>
31. Lund RG; Mânica S; Mânica G. Collateral issues in times of covi-19: child abuse, domestic violence and feminicide. Ver Bras Odontol Leg RBOL.2020;7(2):54-69.

ANEXO A – DIRETRIZES PARA AUTORES

INSTRUÇÕES GERAIS

1. O manuscrito deverá ser escrito em idioma português, de forma clara, concisa e objetiva.
2. O texto deverá ter composição eletrônica no programa Word for Windows (extensão doc.), usando-se fonte Arial, tamanho 12, folha tamanho A4, espaço 1,5 e margens laterais direita e esquerda de 3 cm e superior e inferior de 2 cm, perfazendo um máximo de 15 páginas, excluindo referências, tabelas e figuras.
3. O número de tabelas e figuras não deve exceder o total de seis (exemplo: duas tabelas e quatro figuras).
4. As unidades de medida devem seguir o Sistema Internacional de Medidas.
5. Todas as abreviaturas devem ser escritas por extenso na primeira citação.
6. Na primeira citação de marcas comerciais deve-se escrever o nome do fabricante e o local de fabricação entre parênteses (cidade, estado, país).

ESTRUTURA DO MANUSCRITO

1. Página de rosto
 - 1.1 Título: escrito no idioma português e inglês.
 - 1.2 Autor(es): Nome completo, titulação, atividade principal (professor assistente, adjunto, titular; estudante de graduação, pós-graduação, especialização), afiliação (instituição de origem ou clínica particular, departamento, cidade, estado e país) e e-mail. O limite do número de autores é seis, exceto em casos de estudo multicêntrico ou similar.
 - 1.3 Autor para correspondência: nome, endereço postal e eletrônico (e-mail) e telefone.
 - 1.4 Conflito de interesses: Caso exista alguma relação entre os autores e qualquer entidade pública ou privada que possa gerar conflito de interesses, esta possibilidade deve ser informada.

Observação: A página de rosto será removida do arquivo enviado aos avaliadores.

2. Resumo estruturado e palavras-chave (nos idiomas português e inglês)
 - 2.1 Resumo: mínimo de 200 palavras e máximo de 250 palavras, em idioma português e inglês (Abstract).

O resumo deve ser estruturado nas seguintes divisões:

 - Artigo original: Objetivo, Metodologia, Resultados e Conclusão (No Abstract: Purpose, Methods, Results, Conclusions).
 - Relato de caso: Objetivo, Descrição do caso, Conclusão (No Abstract: Purpose, Case description, Conclusions).
 - Revisão de literatura: a forma estruturada do artigo original pode ser seguida, mas não é obrigatória.
 - 2.2 Palavras-chave (em inglês: Key words): máximo de seis palavras-chave, preferentemente da lista de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) ou do Index Medicus.

3. Texto

3.1 Artigo original de pesquisa: deve apresentar as seguintes divisões: Introdução, Metodologia (ou Casuística), Resultados, Discussão e Conclusão.

- Introdução: deve ser objetiva e apresentar o problema, justificar o trabalho e fornecer dados da literatura pertinentes ao estudo. Ao final deve apresentar o(s) objetivo(s) e/ou hipótese(s) do trabalho.

- Metodologia (ou Casuística): deve descrever em seqüência lógica a população/amostra ou espécimes, as variáveis e os procedimentos do estudo com detalhamento suficiente para sua replicação. Métodos já publicados e consagrados na literatura devem ser brevemente descritos e a referência original deve ser citada. Caso o estudo tenha análise estatística, esta deve ser descrita ao final da seção.

Todo trabalho de pesquisa que envolva estudo com seres humanos deverá citar no início desta seção que o protocolo de pesquisa foi aprovado pela comissão de ética da instituição de acordo com os requisitos nacionais e internacionais, como a Declaração de Helsinki.

O número de registro do projeto de pesquisa na Plataforma Brasil/Ministério da Saúde ou o documento de aprovação de Comissão de Ética equivalente internacionalmente deve ser enviado (CAAE) como arquivo suplementar na submissão on-line (obrigatório). Trabalhos com animais devem ter sido conduzidos de acordo com recomendações éticas para experimentação em animais com aprovação de uma comissão de pesquisa apropriada e o documento pertinente deve ser enviado como arquivo suplementar.

- Resultados: devem ser escritos no texto de forma direta, sem interpretação subjetiva. Os resultados apresentados em tabelas e figuras não devem ser repetidos no texto.

- Discussão: deve apresentar a interpretação dos resultados e o contraste com a literatura, o relato de inconsistências e limitações e sugestões para futuros estudos, bem como a aplicação prática e/ou relevância dos resultados. As inferências, deduções e conclusões devem ser limitadas aos achados do estudo (generalização conservadora).

- Conclusões: devem ser apoiadas pelos objetivos e resultados.

3.2 Relatos de caso: Devem ser divididos em: Introdução, Descrição do(s) Caso(s) e Discussão.

4. Agradecimentos: Devem ser breves e objetivos, a pessoas ou instituições que contribuíram significativamente para o estudo, mas que não tenham preenchido os critérios de autoria. O apoio financeiro de organização de apoio de fomento e o número do processo devem ser mencionados nesta seção. Pode ser mencionada a apresentação do trabalho em eventos científicos.

5. Referências: Deverão respeitar as normas do International Committee of Medical Journals Editors (Vancouver Group), disponível no seguinte endereço eletrônico: http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html.

a. As referências devem ser numeradas por ordem de aparecimento no texto e citadas entre parênteses: (1), (3,5,8), (10-15).

b. Em citações diretas no texto, para artigos com dois autores citam-se os dois nomes. Ex: "De acordo com Santos e Silva (1)...". Para artigos com três ou mais autores, cita-se o primeiro autor seguido de "et al.". Ex: "Silva et al. (2) observaram...".

c. Citar, no máximo, 25 referências para artigos de pesquisa, 15 para relato de caso e 50 para revisão de literatura.

d. A lista de referências deve ser escrita em espaço 1,5, em sequência numérica. A referência deverá ser completa, incluindo o nome de todos os autores (até seis), seguido de "et al.".

e. As abreviaturas dos títulos dos periódicos internacionais citados deverão estar de acordo com o Index Medicus/ MEDLINE e para os títulos nacionais com LILACS e BBO.

f. O estilo e pontuação das referências devem seguir o formato indicado abaixo

Artigos em periódicos:

Wenzel A, Fejerskov O. Validity of diagnosis of questionable caries lesions in occlusal surfaces of extracted third molars. *Caries Res* 1992;26:188-93.

Artigo em periódicos em meio eletrônico:

Baljoon M, Natto S, Bergstrom J. Long-term effect of smoking on vertical periodontal bone loss. *J Clin Periodontol* [serial on the Internet]. 2005 Jul [cited 2006 June 12];32:789-97. Available from: <http://www.blackwell-synergy.com/doi/abs/10.1111/j.1600-051X.2005.00765.x>

Livro:

Paiva JG, Antoniazzi JH. *Endodontia: bases para a prática clínica*. 2.ed. São Paulo: Artes Médicas; 1988.

Capítulo de Livro:

Basbaum AI, Jessel TM, The perception of pain. In: Kandel ER, Schwartz JH, Jessel TM. *Principles of neural science*. New York: McGraw Hill; 2000. p. 472-91.

Dissertações e Teses:

Polido WD. *A avaliação das alterações ósseas ao redor de implantes dentários durante o período de osseointegração através da radiografia digital direta* [tese]. Porto Alegre (RS): Faculdade de Odontologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 1997.

Documento eletrônico:

Ueki N, Higashino K, Ortiz-Hidalgo CM. *Histopathology* [monograph online]. Houston: Addison Books; 1998. [Acesso em 2001 jan. 27]. Disponível em <http://www.list.com/dentistry>.

Observações: A exatidão das citações e referências é de responsabilidade dos autores. Não incluir resumos (abstracts), comunicações pessoais e materiais bibliográficos sem data de publicação na lista de referências.

6. Tabelas: As tabelas devem ser construídas com o menu "Tabela" do programa Word for Windows, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos na ordem de citação no texto (exemplo: Tabela 1, Tabela 2, etc) e inseridas em folhas separadas após a lista de referências. O título deve explicativo e conciso, digitado em espaço 1,5 na parte superior da tabela. Todas as explicações devem ser apresentadas em notas de rodapé, identificadas pelos seguintes símbolos, nesta seqüência: *,†, ‡, §, ||,,**,††,‡‡. Não sublinhar ou desenhar linhas dentro das tabelas, nem usar espaços para separar colunas. O desvio-padrão deve ser expresso entre parênteses.

7. Figuras: As ilustrações (fotografias, gráficos, desenhos, quadros, etc) serão consideradas como figuras. Devem ser limitadas ao mínimo indispensáveis e numeradas consecutivamente em algarismos arábicos segundo a ordem em que são citadas no texto (exemplo: Figura 1, Figura 2, etc). As figuras deverão ser inseridas ao final do manuscrito, após a lista das legendas correspondentes digitadas em uma página única. Todas as explicações devem ser apresentadas nas legendas, inclusive as abreviaturas existentes na figura.

a. As fotografias e imagens digitalizadas deverão ser coloridas, em formato tif, gif ou jpg, com resolução mínima de 300dpi e 8 cm de largura.

b. Letras e marcas de identificação devem ser claras e definidas. Áreas críticas de radiografias e microfotografias devem estar isoladas e/ou demarcadas. Microfotografias devem apresentar escalas internas e setas que contrastem com o fundo.

c. Partes separadas de uma mesma figura devem ser legendadas com A, B, C, etc. Figuras simples e grupos de figuras não devem exceder, respectivamente, 8 cm e 16 cm de largura.

d. As fotografias clínicas não devem permitir a identificação do paciente. Caso exista a possibilidade de identificação, é obrigatório o envio de documento escrito fornecendo consentimento livre e esclarecido para a publicação.

e. Figuras reproduzidas de outras fontes já publicadas devem indicar esta condição na legenda, e devem ser acompanhadas por uma carta de permissão do detentor dos direitos.

OS CASOS OMISSOS OU ESPECIAIS SERÃO RESOLVIDOS PELO CORPO EDITORIAL

ANEXO B – ARTIGOS REFERENCIADOS

Artigos referenciados serão disponibilizados via e-mail à banca examinadora.