

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

KETHELLEN GERKMAN KIL

**Percepções de cirurgiões-dentistas da atenção primária à saúde sobre
a violência contra mulheres**

UBERLÂNDIA

2022

KETHELLEN GERKMAN KIL

**Percepções de cirurgiões-dentistas da atenção primária à saúde sobre
a violência contra mulheres**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família – PROFSAÚDE, vinculado à Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Orientadora: Prof.^a Dra. Mariana Hasse

Linha de Pesquisa: Atenção à saúde, acesso e qualidade na atenção básica em saúde.

UBERLÂNDIA

2022

Ficha Catalográfica Online do Sistema de Bibliotecas da UFU
com dados informados pelo(a) próprio(a) autor(a).

K48 2022	<p>Kil, Kethellen Gerkman, 1979- Percepções de cirurgiões-dentistas da atenção primária à saúde sobre a violência contra mulheres [recurso eletrônico] / Kethellen Gerkman Kil. - 2022.</p> <p>Orientador: Mariana Hasse. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Uberlândia, Pós-graduação em Saúde da Família. Modo de acesso: Internet. Disponível em: http://doi.org/10.14393/ufu.di.2022.564 Inclui bibliografia. Inclui ilustrações.</p> <p>1. Ciências médicas. I. Hasse, Mariana ,1980-, (Orient.). II. Universidade Federal de Uberlândia. Pós-graduação em Saúde da Família. III. Título.</p> <p style="text-align: right;">CDU: 61</p>
-------------	--

Bibliotecários responsáveis pela estrutura de acordo com o AACR2:
Gizele Cristine Nunes do Couto - CRB6/2091
Nelson Marcos Ferreira - CRB6/3074



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
 Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família - Mestrado
 Profissional

Av. Pará, 1720, Bloco 2U, Sala 08 - Bairro Umarama, Uberlândia-MG, CEP 38400-902
 Telefone: - www.famed.ufu.br - ppsaf@famed.ufu.br



ATA DE DEFESA - PÓS-GRADUAÇÃO

Programa de Pós-Graduação em:	Saúde da Família				
Defesa de:	Dissertação de Mestrado Profissional nº 002/2022 do PPSAF				
Data:	02 de setembro de 2022	Hora de início:	13:30	Hora de encerramento:	15:32
Matrícula do Discente:	12012PSF005				
Nome do Discente:	Kethellen Gerkman Kil				
Título do Trabalho:	Percepções de cirurgiões-dentistas da atenção primária à saúde sobre a violência contra as mulheres				
Área de concentração:	Saúde da Família				
Linha de pesquisa:	Atenção à saúde, acesso e qualidade na atenção básica em saúde.				
Projeto de Pesquisa de vinculação:	Violências e suas interfaces com saúde e educação				

Reuniu-se na sala virtual do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Faculdade de Medicina, da Universidade Federal de Uberlândia, na Plataforma *Webconferência - MConf/RNP*, em conformidade com a Portaria nº 36, de 19 de março de 2020, da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES, a Banca Examinadora, designada pelo Colegiado do Programa de Pós-graduação em Saúde da Família, assim composta: Professores Doutores: Jaqueline Vilela Bulgareli - FO/UFU, Ricardo Henrique Alves da Silva FORP/USP e Mariana Hasse - FAMED/UFU, orientadora da candidata.

Iniciando os trabalhos, a presidente da mesa, Mariana Hasse, apresentou a Comissão Examinadora e a candidata, agradeceu a presença do público, e concedeu à Discente a palavra para a exposição do seu trabalho. A duração da apresentação da Discente e o tempo de arguição e resposta foram conforme as normas do Programa.

A seguir o senhor(a) presidente concedeu a palavra, pela ordem sucessivamente, aos(às) examinadores(as), que passaram a arguir o(a) candidato(a). Ultimada a arguição, que se desenvolveu dentro dos termos regimentais, a Banca, em sessão secreta, atribuiu o resultado final, considerando o(a) candidato(a):

Aprovado

Esta defesa faz parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre.

O competente diploma será expedido após cumprimento dos demais requisitos, conforme as normas do Programa, a legislação pertinente e a regulamentação interna da UFU.

Nada mais havendo a tratar foram encerrados os trabalhos. Foi lavrada a presente ata que após lida e achada conforme foi assinada pela Banca Examinadora.

Documento assinado eletronicamente por **Mariana Hasse, Professor(a) do Magistério Superior**, em



02/09/2022, às 16:59, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Jaqueline Vilela Bulgareli, Membro de Comissão**, em 04/09/2022, às 10:41, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Ricardo Henrique Alves da Silva, Usuário Externo**, em 05/09/2022, às 15:10, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://www.sei.ufu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **3890763** e o código CRC **34D72DFE**.

Aprovada em 2 de Setembro de 2022.

Banca Examinadora

Prof.^a Dra. Jaqueline Vilela Bulgareli
Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia

Prof. Dr. Ricardo Henrique Alves da Silva
Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Prof.^a Dra. Mariana Hasse
PPGSAF - PROFSAÚDE - Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus, de quem tenho recebido inúmeras e inenarráveis bênçãos, como as de colocar em meu caminho pessoas extremamente especiais como meus familiares e amigos, para compartilharem momentos sublimes e importantes de minha vida. Agradeço a Ele também por cada prova que me oferta como oportunidade de crescimento contínuo.

Carinhosamente, agradeço aos meus pais, Maltchi e Paulo por me conduzirem pelo caminho do bem e me ensinarem a concretizar sonhos. Ao meu irmão, Alexey, meu maior cúmplice e incentivador, não só acadêmico, mas de conquistas de vida, agradeço por acolher tão generosamente cada dúvida, cada insegurança e cada lágrima minha durante toda nossa jornada juntos, sem nunca me deixar desistir. Ao Diogenes, meu companheiro de aventuras e vida, agradeço por me apoiar nos momentos de inquietude e por compreender meus momentos de ausência. A cada um de vocês, dedico meu mais sublime amor e gratidão.

Meus sinceros agradecimentos a todas as pessoas que me auxiliaram na conclusão deste trabalho, em especial:

À professora Mariana Hasse pelo empenho como orientadora, pela paciência com a qual me conduziu nesta empreitada e pela amizade demonstrada desde os primeiros instantes do surgimento deste projeto.

À acadêmica de odontologia e futura colega, Camila Maura Morais Lima dos Santos, por colaborar tão ativamente nos processos de trabalho e trazer leveza aos “momentos digitais”.

A todos os professores do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, pelos conhecimentos transmitidos no decorrer do curso, mesmo em meio a tantas incertezas em razão da pandemia, e às colegas pela cooperação e companhia a cada encontro.

À gestão municipal de saúde, na pessoa da Doutora Marcia Helena Destro Nomelini, diretora do Departamento de Saúde Bucal, e aos colegas cirurgiões-dentistas que colaboraram com o estudo, sem os quais não seria possível concretizar este trabalho.

Aos docentes componentes das bancas de qualificação e defesa que, de maneira tão gentil, disponibilizaram seu precioso tempo para avaliar e colaborar com este trabalho, por meio da partilha generosa de seus conhecimentos, capacidades e experiências.

RESUMO

As situações de violência constituem um conjunto de agravos complexos que atingem pessoas de todas as idades e gêneros. A violência contra a mulher, além de crime, é também considerada um grande problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Vítimas desta situação frequentemente procuram os serviços de saúde em busca de atendimento, porém, a maioria dos profissionais tem dificuldades em prestar assistência adequada. A literatura mostra que há grande prevalência de injúrias, fruto de violência doméstica, em região de cabeça e pescoço, áreas de trabalho do cirurgião-dentista. Entender a forma como esses profissionais percebem a violência de gênero e cuidam dessas mulheres é fundamental para qualificá-los para acolher, prestar a assistência devida e notificar os casos. O objetivo deste estudo foi conhecer as percepções dos cirurgiões-dentistas que atuam na atenção primária à saúde de um município mineiro, acerca da violência contra mulheres atendidas na Rede Pública de Saúde. Para isso, realizou-se uma pesquisa qualitativa através de entrevistas semiestruturadas com cirurgiões-dentistas lotados em pontos de Atenção Primária, selecionados por meio do método “Bola de Neve”. As entrevistas foram cessadas quando a saturação foi identificada. Os dados foram categorizados e analisados sistematicamente a partir da Análise de Conteúdo Temática. Quatro categorias foram identificadas: “percepções sobre a violência”, “um encontro custoso”, “limites da escuta” e “possibilidades do cuidado”. Na primeira categoria foi discutido como profissionais compreendem a violência e a invisibilidade desta nos serviços. Na segunda, abordaram-se as dificuldades dos entrevistados em lidar com a violência. Na terceira, questões técnicas de processos de trabalho emergiram. E na última categoria, desvelaram-se perspectivas do cuidado e carências na formação profissional. Observou-se que a violência contra mulheres tem repercussão na prática odontológica, sendo importantes os debates sobre identificação, conduta, dificuldades de manejo, carência de capacitação profissional e intervenções nos serviços para garantia de direitos das mulheres e a inserção da vítima em rede de proteção. Gerar pesquisas neste campo é trazer à luz o debate sobre políticas públicas que visam minimizar prejuízos gerados pela violência de gênero, tanto na vida das mulheres, quanto para a sociedade. Este trabalho foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisas em Seres Humanos da Universidade Federal de Uberlândia (CEP) de acordo com as Resoluções nº 466, de 12 de dezembro de 2012 e nº 510, de 07 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde, (CAAE: 42599520.8.0000.5152), sendo aprovado conforme o parecer nº 4.653.579.

Palavras-chave: Violência contra a mulher. Odontologia legal. Conhecimentos, atitudes e prática em saúde. Atenção primária à saúde.

ABSTRACT

The violence situation constitutes a set of complex injuries that reaches people of all ages and genders. Violence against women, besides being a crime, is also considered a huge public health problem, not only in Brazil, but worldwide. Victims of this situation seek assistance in health services places, however, most professionals have difficulties in providing adequate assistance. The literature shows that there is a high prevalence of injuries caused by domestic violence on head and neck areas, which are dentists' occupation sites. Understanding how these professionals perceive gender violence and take care of these women is essential to qualify them to a proper user embracement, to provide adequate assistance and to notify cases. The objective of this study was to know the perceptions of dentists who work in primary health care in a city of Minas Gerais, about violence against women treated in the Public Health Network. So, a qualitative research was carried out through semi-structured interviews with dentists working in Primary Health Care points, selected through the "Snowball" method. Interviews were ceased when saturation has been achieved. The data were systematically categorized and analyzed using Thematic Content Analysis. Four categories were identified: "perceptions about violence", "a costly encounter", "listening limits" and "possibilities of care". In the first category, it was discussed how professionals understand violence and its invisibility in service places. In the second one, the interviewees' difficulties in dealing violence were brought up. In the third one, technical issues of working processes had emerged. And in the last category, perspectives of care and professional training deficit were revealed. It could be observed that violence against women has dental practice repercussions, and debates on identification, conduct, management difficulties, lack of professional training and interventions in services to guarantee women's rights and the victim insertion in a social protection network are important. Producing research in this theme is to bring light to the debate on public policies that aim to minimize the gender violence damage, both, in women's lives and for society as one. This project was submitted to the Ethics Committee for Research on Human Beings of the Federal University of Uberlândia (CEP) in accordance with Resolutions No. 466, December 12th, 2012 and No. 510, April 7th, 2016, from the National Health Council, (CAAE: 42599520.8.0000.5152), being approved according to No. 4,653,579.

Key words: Violence against women. Forensic dentistry. Health knowledge, attitudes, practice. Primary health care.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	11
1 INTRODUÇÃO.....	15
2 REVISÃO DA LITERATURA.....	21
3 OBJETIVO GERAL	31
3.1 Objetivos específicos	31
4 METODOLOGIA.....	32
4.1 Aspectos Éticos	32
4.2 Tipo de Estudo	32
4.3 Participantes	32
4.4 Cenário da pesquisa	33
4.5 Instrumentos de produção de dados e procedimentos.....	34
4.6 Análise de dados	35
5 RESULTADOS	37
REFERÊNCIAS.....	39
O ARTIGO	44
APÊNDICE A - Roteiro da entrevista	63
APÊNDICE B - Termo de consentimento livre e esclarecido.....	65
ANEXO 1 – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa.....	67
ANEXO 2 – Instruções de Submissão de Artigo nos CSP	73

APRESENTAÇÃO

Recordo-me de externar minha vontade em “ser dentista” desde os meus quatro anos de idade. Enquanto minhas colegas “indefinidas”, em uma inconstância típica da imaturidade infantil, voluvelmente passavam de professoras a médicas ou astronautas em uma tarde de brincadeiras, eu nunca quis ter outra profissão que não a de cirurgiã-dentista. Tenho certeza de que os momentos como paciente no consultório de minha odontopediatra (e tia), e o atendimento divertido e acolhedor dela, tiveram algum peso nessa escolha.

Cursei odontologia na Universidade Federal de Uberlândia e, por questões de oportunidades e escolhas, ingressei no serviço público de saúde em uma pequena cidade do interior de Goiás. Lá, em 2008, tive meu primeiro contato mais próximo com o tema de violência contra mulheres, ao atender uma vítima de violência doméstica que havia apanhado do marido que, ao desferir um murro contra o rosto dela, quebrou-lhe um de seus dentes e lacerou seus lábios. Lembro-me daquela situação ter me comovido de tal forma que eu queria falar com o agressor, chamar a polícia, abraçar aquela mulher e tratar o dente fraturado, em um misto de raiva, tristeza, indignação e solidariedade, tudo ao mesmo tempo, num turbilhão de sentimentos. Mas eu era apenas a “dentista novata” e inexperiente nos trâmites burocráticos e fui buscar ajuda com o médico de família que compartilhava comigo aquela área adscrita, aquela pequena comunidade, aquele território. Ele, um senhor muito simpático e querido na cidade, me desaconselhou a notificar a agressão e me orientou a limitar meus cuidados ao tratamento da fratura dental dizendo-me: *“Não se envolva! Você é nova aqui, mora sozinha, não tem família nessa cidade... Aqui é uma cidade pequena, as notícias correm rápido... Não há ninguém pra te proteger caso esse homem agressor decida tomar satisfação com a doutora que o entregou à polícia! Se ele fez o que fez com a mulher que ele diz que ama, imagine o que não seria capaz de fazer com quem ele nem conhece?! Tenha cuidado!”* E, diante do medo paralisante de uma retaliação contra minha própria vida e segurança, acatei o (desa)conselho do doutor, pondo-me a cuidar das feridas bucais e a torcer intimamente para que aquela mulher quisesse sair daquele relacionamento e buscasse, por conta própria, os meios de fazê-lo.

Essa infeliz experiência me impactou de tal forma que jamais a esqueci. E me vi retomando aquela estória ao saber que a orientadora que havia me escolhido como orientanda trabalhava questões de gênero e violência. Foi então que percebi que poderia ressignificar aquele episódio ajudando outros colegas a refletirem sobre suas próprias vivências na lida com tantas mulheres na mesma situação daquela minha paciente. Já em meu primeiro

encontro com a doutora Mariana, de forma virtual, em razão de uma pandemia que forjou uma remodelação acadêmica, alinhamos que uniríamos a expertise dela em seus estudos prévios sobre a atuação de médicos e enfermeiras no atendimento às mulheres em situação de violência e a minha posição de servidora pública prestando serviços de cirurgiã-dentista na Atenção Primária à Saúde em uma Equipe de Saúde da Família - agora em um município mineiro - para desenvolver a pesquisa cujo mote central seria conhecer a percepção dos colegas cirurgiões-dentistas sobre a violência contra mulheres.

Estar inserida no campo onde eu realizei minha pesquisa foi, tanto desafiador, quanto instigante. Viver o cotidiano semelhante ao das entrevistadas me fez refletir muito mais atentamente não só para os dados encontrados nas entrevistas, como para minha própria práxis. Isso é transformador!

Muito enriquecedor também foi poder contar com a colaboração da acadêmica Camila, bolsista de iniciação científica da Pró-reitora de pesquisa e pós-graduação da Universidade Federal de Uberlândia (Edital nº 3/2021 PIBIC-CNPq). É gratificante saber que ao se deparar com o tema ainda na graduação, ela tem potencial de se tornar uma profissional mais capacitada para o cuidado e pode fazer a diferença na vida de outras mulheres.

Simultaneamente ao desenrolar do projeto em questão, me beneficieei também de grande aprendizado durante as aulas do mestrado profissional e com a participação no estudo multicêntrico intitulado “Prevenção e controle da COVID-19: Estudo Multicêntrico sobre a percepção e práticas no cotidiano das orientações médico-científicas pela população dos territórios de abrangência da Atenção Primária à Saúde”. Ambas as experiências possibilitaram que eu me aproximasse mais do *modus vivendi* da comunidade onde atuo, de modo que o estreitamento desses vínculos, através das constantes trocas de saberes horizontalizadas, tanto com os pares quanto com os usuários, culminassem com o fortalecimento das relações e o incremento da qualidade dos serviços prestados. Diante do contexto pandêmico que surpreendeu o mundo no último triênio, a FIOCRUZ se mobilizou de forma integral, para, não só entender padrões da evolução da própria doença, buscar tratamentos e produzir vacinas, mas acima de tudo, para compreender, de forma integral, como a Covid-19 afetou indivíduos, famílias e territórios. O estudo multicêntrico, de abrangência nacional, foi uma ferramenta eficaz de análise capaz de fundamentar tomadas de decisão de gestores e balizar profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia. Participar de uma pesquisa tão grandiosa, vinculada a uma instituição de credibilidade ilibada é um orgulho para qualquer membro da comunidade acadêmica. Poder colaborar com esta empreitada foi, indubitavelmente, uma experiência ímpar em minha carreira!

Assim, diante tanta bagagem adquirida e tanta gratidão pelas oportunidades de crescimento pessoal e profissional, espero poder maximizar minha atuação enquanto cirurgiã-dentista, mas acima de tudo, como cidadã, de forma a colaborar coletivamente nas práticas em favor do bem comum. Como ativadora voluntária no Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde (PROEPS-SUS), também intento oportunizar trocas de experiências em ambiente interdisciplinar e multiprofissional, a fim participar de qualificação de colegas sobre o tema da violência de gênero, com intuito de trazer reflexões e debate sobre esta causa tão importante, mas, por vezes, esquecida.

1 INTRODUÇÃO

As situações de violência constituem um conjunto de agravos complexos que atingem pessoas de todas as idades e gêneros, sendo considerado um grave problema de saúde pública (MINAYO, 2006; MINAYO; SOUZA; SILVA; ASSIS, 2018). A violência é definida como:

o uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (BRASIL, 2012, p.11).

Dentre os vários tipos de violência encontra-se a violência contra mulheres, entendida como uma manifestação das relações de poder historicamente desiguais entre os gêneros. O conceito de gênero é fundamental para entender esse tipo de violência.

Fora do contexto gramatical ao qual pertencia inicialmente, o termo ‘gênero’ começou a ser usado no início da década de 1980 por feministas que rejeitavam o determinismo biológico embutido no conceito e davam ênfase ao caráter social das distinções entre os sexos (SCOTT, 1989). A autora define gênero como um elemento das relações sociais baseado nas diferenças de percepções entre os sexos e nas relações de poder estabelecidas a partir delas. Assim, enquanto sexo se refere à identidade biológica, gênero se refere à construção social dos papéis atribuídos a homens e mulheres (SCOTT, 1989).

Segundo Bourdieu (1995) essa construção social dos gêneros “naturalizou” os atributos masculinos - comumente associados aos homens - como dominantes. Consequentemente, em uma sociedade organizada em padrões binários, os atributos associados ao feminino e geralmente às mulheres, ficaram subjugados (BOURDIEU, 1995). A organização dessas relações de gênero varia de acordo com períodos históricos, grupos étnicos, classes sociais e gerações (LOURO, 1997). Entretanto, a naturalização dessas construções estabeleceu relações de dominação masculina e desigualdades estruturais entre homens e mulheres (BOURDIEU, 1995).

A violência contra as mulheres é considerada uma violência de gênero exatamente por se basear nessas desigualdades, sendo uma de suas manifestações mais perversas. Ela pode se dar por meio de qualquer ação ou omissão que cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico, ou ainda dano moral ou patrimonial e se constitui como uma violação

explícita de direitos humanos (BRASIL, 2006). É um fenômeno mundial que não respeita classe social, fronteiras, etnia, religião, idade, grau de escolaridade, percebido como problema social tanto pelas proporções, quanto pela gravidade de suas consequências (OLIVEIRA; FONSECA, 2007).

A violência de gênero contra mulheres tem características próprias, como o local em que geralmente ocorre, suas manifestações, condução e perpetração (D'OLIVEIRA; SCHRAIBER, 1999b). Dados epidemiológicos mostram que as mulheres estão mais sujeitas a serem agredidas em casa, por pessoas íntimas, muitas vezes, de forma crônica (D'OLIVEIRA; SCHRAIBER, 1999a).

Inicialmente tratado como pertencente às esferas do direito e da segurança pública, somente em 1980, o tema violência começou a entrar na agenda de debates da saúde, incluída na Classificação Internacional de Doenças (CID) sob denominação “causas externas”.

A questão da violência contra a mulher foi inserida no cenário internacional em 1993, quando a Assembleia Geral das Nações Unidas adotou a Declaração para a Eliminação da Violência contra as Mulheres. Em 2002, a ONU, por meio do Relatório Mundial sobre a Violência e Saúde, definiu a violência sexual contra a mulher como um dos problemas de saúde de prevalência e incidência importantes e alertou para a insuficiência de estudos, dados e informações que permitissem estimar a dimensão e extensão do problema. (HASSE, 2011. p. 22).

Até então, o setor de saúde assumia apenas o papel de gerador de dados e reparador de danos causados pela violência (MINAYO; SOUZA; SILVA; ASSIS, 2018). A ampliação do conceito de saúde, o fato da violência afetar profundamente a vida e a saúde das pessoas e seu alto potencial de morte, foram importantes para que a violência fosse entendida como um problema pertencente ao campo da saúde (WHO, 2013).

No Brasil, o tema violência de gênero contra as mulheres foi trazido à tona nos anos 1980 por movimentos feministas que denunciavam a violência doméstica e reivindicavam abrigo, assistência jurídica e policial (AQUINO, 2005).

Fruto de tais reivindicações, várias iniciativas começaram a surgir no país nessa época. No início de 1980 surgiu o SOS – Mulher, primeira entidade autônoma de combate à violência de gênero contra mulheres. Em 1983 foi promulgado o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que trazia reflexões sobre direitos sexuais e reprodutivos e violência de gênero. Em 1985, na cidade de São Paulo, criou-se a Delegacia de Defesa da Mulher e o Centro de Orientação Jurídica (COJE) que dava orientações,

informações, encaminhamentos e assistência psicológica às mulheres vítimas de violência (HASSE, 2011).

Em 1995, o Brasil ratificou a Convenção de Belém do Pará (Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher), que estabelece que “toda mulher tem o direito de viver livre de violência e discriminação [...]” (CIDH, 1994, p.3). Em 7 de Agosto de 2006 foi sancionada a Lei 11.340 (Lei “Maria da Penha”), que tipifica a violência doméstica contra mulheres como uma forma de violação dos direitos humanos e às liberdades fundamentais, transforma a questão da violência em política nacional, oferece penas mais duras aos agressores e maior proteção judicial e policial às mulheres vítimas de violência, dando cumprimento tanto à Convenção de Belém do Pará como à Convenção para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW), da Organização das Nações Unidas (BRASIL, 2006).

A Lei 11.340 foi batizada com o nome da farmacêutica Maria da Penha Maia Fernandes que, em 1983, aos 38 anos, levou um tiro que a deixou paraplégica. Seu marido, autor do disparo, permanecia em liberdade mesmo após 15 anos do crime, até que o caso chegou à Organização dos Estados Americanos (OEA) e à Comissão Interamericana de Direitos Humanos (CIDH). Foram averiguadas irregularidades no processo que caracterizaram violação de direitos humanos pelo Estado brasileiro, que foi condenado pela OEA a instituir legislação adequada para casos semelhantes (AFFONSO; PENHA; PANDJIARJIAN, 2008).

É comum que ocorra mais de um tipo de violência concomitantemente, em intensidades variadas. Segundo a Lei Maria da Penha, temos as seguintes formas de violência doméstica e familiar contra as mulheres:

- I - a violência física, entendida como qualquer conduta que ofenda sua integridade ou saúde corporal;
- II - a violência psicológica, entendida como qualquer conduta que lhe cause dano emocional e diminuição da autoestima ou que lhe prejudique e perturbe o pleno desenvolvimento ou que vise degradar ou controlar suas ações, comportamentos, crenças e decisões, mediante ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, vigilância constante, perseguição contumaz, insulto, chantagem, violação de sua intimidade, ridicularização, exploração e limitação do direito de ir e vir ou qualquer outro meio que lhe cause prejuízo à saúde psicológica e à autodeterminação;
- III - a violência sexual, entendida como qualquer conduta que a constranja a presenciar, a manter ou a participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força; que a induza a comercializar ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, que a impeça de usar qualquer método contraceptivo ou que a force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição, mediante coação, chantagem, suborno ou manipulação; ou que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos;

IV - a violência patrimonial, entendida como qualquer conduta que configure retenção, subtração, destruição parcial ou total de seus objetos, instrumentos de trabalho, documentos pessoais, bens, valores e direitos ou recursos econômicos, incluindo os destinados a satisfazer suas necessidades;
V - a violência moral, entendida como qualquer conduta que configure calúnia, difamação ou injúria. (BRASIL, 2006, p.2).

Estima-se que uma em cada três mulheres já foi espancada, coagida ao sexo ou sofreu alguma forma de violência durante sua vida (WHO, 2013). Como já foi dito, os agressores são, em sua maioria, os maridos, namorados, ex-companheiros, pais, filhos, vizinhos ou conhecidos (SOARES; CAVALCANTI; WANDERLEY; SOUTO; LESSA; TENÓRIO NETO, 2018).

Entre possíveis consequências da violência, que podem ser identificadas em uma anamnese criteriosa, estão insônia, pesadelos, irritabilidade, falta de concentração, crises de pânico, medo, ansiedade, depressão, choque, desordens alimentares e o uso abusivo de álcool e drogas (COLOMBO, 2012). Sintomas físicos associados à violência como queixas ginecológicas, infecções sexualmente transmissíveis, queixas gastrointestinais, gravidez indesejada e baixo peso de bebês ao nascer também estão entre as consequências possíveis (HEISE; ELLSBERG; GOTEMOELLER, 1999).

Embora muitos eventos de violência física sejam de menor intensidade como, por exemplo, agarrar, empurrar e bater, lesões graves - e às vezes fatais -, também ocorrem (GARBIN; GARBIN; DOSSI; DOSSI, 2006). Apesar de, geralmente, lesões leves serem resolvidas sem necessidade de atendimento profissional, não são raras as vezes em que queixas pouco específicas e/ou crônicas camuflam casos de violência (COLOMBO, 2012). Por isso, mulheres em situação de violência tendem a utilizar os serviços de saúde com mais frequência (KRUG; DAHLBERG; MERCY; ZWI; LOZANO, 2002).

Devido à vergonha, sentimento de culpa e medo, nem sempre a violência vivida é claramente revelada espontaneamente pelas mulheres, que podem não querer confirmar a situação ou denunciar o agressor (COLOMBO, 2012). Por isso, a equipe de saúde deve manter-se atenta aos sinais de violência, para poder acolher adequadamente a paciente e orientá-la sobre seus direitos.

Porém, devido ao despreparo, desinteresse, processos de trabalho que impossibilitam a produção de cuidados adequados e a existência de uma cultura de que “em briga de marido e mulher, não se mete a colher”, os profissionais de saúde, muitas vezes, não suspeitam ou identificam a violência, atendo-se somente ao exame físico (HASSE; VIEIRA, 2014). Por

isso, apesar de diversas ações de cuidado previstas na Lei Maria da Penha, a violência contra mulheres ainda é subnotificada.

Além das dificuldades dos profissionais em abordar o tema, das mulheres em falar sobre o problema, ainda há casos em que, mesmo os profissionais suspeitando ou identificando a violência, deixam de notificar por desconhecimento da obrigatoriedade legal em fazê-lo. Alguns ainda acreditam que pode haver quebra de sigilo, outros acham que não é sua função, temem por sua segurança e da paciente, ou simplesmente, desejam não se envolver (CARVALHO; GALO; SILVA, 2013).

É fundamental que, havendo suspeita ou confirmação de violência, a mulher seja acolhida sem julgamento, esclarecida sobre seus direitos, orientada sobre rede de apoio e dispositivos legais existentes, além de receber atendimento integral. É importante também que políticas públicas em saúde promovam medidas de longo prazo que visem a prevenção da violência doméstica (D'OLIVEIRA; SCHRAIBER; HANADA; DURAND, 2009).

Os cirurgiões dentistas, especialmente os que atuam no contexto da estratégia de saúde da família, fazem parte dos profissionais que precisam estar preparados para essa atuação. Isso porque, em um estudo sobre laudos policiais sobre violência física contra mulheres, pesquisadores notaram que a maior parte das lesões corporais aparece na região de cabeça, rosto e pescoço. A “preferência” por essas regiões se dá devido ao caráter simbólico de humilhação e vergonha e, nesses casos, o agressor realmente quer que as lesões apareçam como uma forma de intimidar a vítima (GARBIN; GARBIN; DOSSI; DOSSI, 2006).

Dentre as lesões mais comuns estão edemas, equimoses, hematomas, lacerações, fraturas e avulsões dentárias, lesões corto-contusas em tecidos moles, fraturas de ossos da face e luxações de articulação-têmporo-mandibular. Dor orofacial e bruxismo também podem ser queixas comuns em mulheres que sofrem violência doméstica. Por isso, muitas vezes, o profissional de saúde que faz o primeiro atendimento, é o cirurgião-dentista. Daí a importância fundamental dele estar preparado para o atendimento dessas mulheres (GARBIN; GARBIN; DOSSI; DOSSI, 2006).

Como ocorre com outros profissionais da saúde, eles precisam garantir à paciente uma atenção integral e humanizada, diagnosticar, tratar, fazer orientações, realizar notificação compulsória e encaminhamento aos serviços de assistência especializados, independentemente da decisão voluntária da paciente em denunciar ou não a violência (FIGUEIREDO; CESAR; SILVA; BORBA, 2012). Além disso, do ponto de vista legal, é fundamental que haja bastante acuidade no preenchimento de registros sobre a agressão (tanto

laudos médico-legais, quanto notificações) pois, se eventualmente um processo for instaurado, prontuários odontológicos podem ser solicitados como provas (FIGUEIREDO; CESAR; SILVA; BORBA, 2012).

O Código de Ética Odontológico não explicita o tema violência de gênero, contudo, em seu artigo 9º, inciso VII, afirma que constitui deveres fundamentais do cirurgião-dentista: zelar tanto pela saúde como pela dignidade de seus pacientes (CFO, 2012). Entretanto, pesquisas indicam um despreparo de cirurgiões-dentistas ao atenderem essas pacientes, limitando-se a cuidar das lesões físicas e subnotificando e negligenciando notificações dos casos (CARVALHO; GALO; SILVA, 2013).

A omissão do cirurgião-dentista em caso de detecção de violência doméstica implica em aspectos ético-legais. A Lei 10.778 de 24 de novembro de 2003 estabelece a notificação compulsória de casos de violência contra as mulheres por profissionais de saúde, em todo o território nacional (BRASIL, 2003).

É comum que alguns profissionais ainda confundam a notificação compulsória com denúncia criminal e temam quebrar sigilo profissional. Algumas mulheres violentadas não querem estabelecer denúncia e preferem, inclusive, permanecer junto ao agressor, por várias razões como dependência financeira e/ou emocional, medo de represália, constrangimento/vergonha de ter sua intimidade exposta, baixa autoestima, preconceito e despreparo das autoridades em atender a mulher violentada, incredulidade no sistema judiciário, esperança que o agressor mude, envolvimento de guarda dos filhos, falta de rede de apoio e proteção (GARBIN; GARBIN; DOSSI; DOSSI, 2006).

A notificação é instrumento essencial para a vigilância epidemiológica e conseqüentemente para planejamento de políticas públicas. A quebra do sigilo profissional para fins de notificação - e denúncia às autoridades competentes, quando for o caso - não é enquadrado como infração ética e há amparo legal para tanto (CFO, 2012).

Para que a realidade da violência de gênero seja transformada é fundamental que cirurgiões-dentistas, bem como demais profissionais de saúde, trabalhem interdisciplinarmente, em redes fortes e integradas de atendimentos voltados à atenção integral, onde acolhimento humanizado, vínculo e relações dialógicas sejam balizadoras dos processos de trabalho.

2 REVISÃO DA LITERATURA

Para o presente estudo realizou-se uma revisão integrativa da literatura sobre o objeto de pesquisa, em três bases de dados: Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), PubMed e Scopus.

Para o procedimento foram selecionados descritores que delineassem o objeto de pesquisa no DeCS (Descritores em Ciências da Saúde)/MeSH (Medical Subject Headings). Inicialmente foram usados os termos: violência contra mulher(es) e cirurgião-dentista ou odontólogos em português, e violence against women e dentists na língua inglesa. A busca avançada, por meio do uso de operadores booleanos, ficou então da seguinte forma: em português “violência contra mulher/es” AND (cirurgião-dentista OR odontólogo) e seu análogo em inglês: “violence against women” AND dentists. Filtros temporais ou de origem/idioma não foram aplicados.

Na pesquisa realizada na base BVS foram encontradas 11 referências quando da busca em português e 13 ao buscar com descritores em inglês. Destas, dois artigos em português e cinco em inglês foram excluídos por não terem os textos completos disponíveis de forma gratuita online. Dos 17 restantes, quatro eram repetidos nas listas em inglês e português e foram contabilizados apenas uma vez. Dos 13 títulos remanescentes, um (em inglês) e três (em português), eram materiais didáticos para educação permanente ou continuada de profissionais de serviços de saúde e não foram incorporados a esta pesquisa. O corpus da busca na BVS fez então, ao todo, nove referências sobre o objeto de estudo. Dentre eles, um trata-se de trabalho de conclusão de curso de especialização em cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial. Um artigo estava disponível em espanhol, dois em inglês e seis em português.

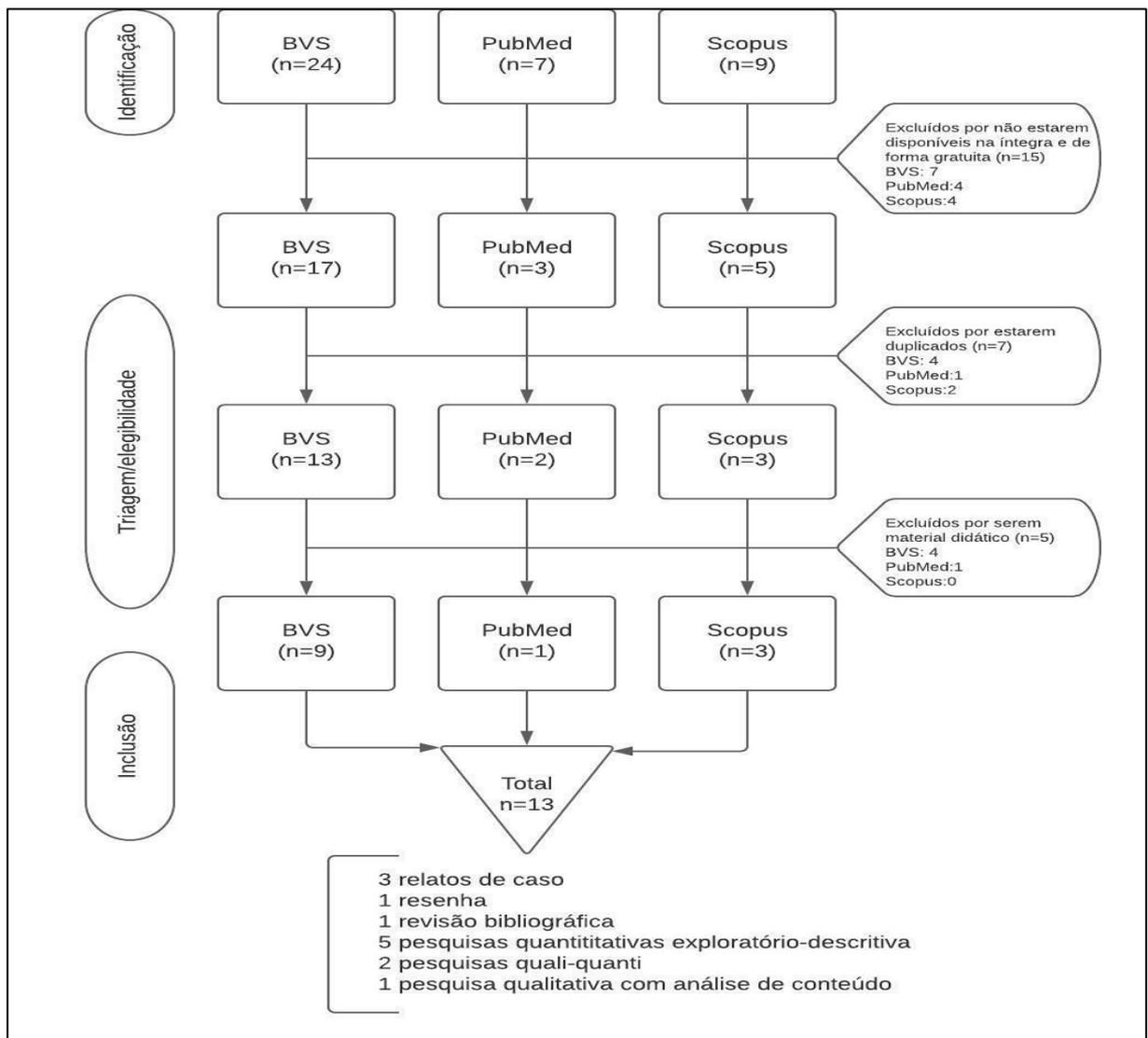
A busca na base de dados PubMed, usando-se os mesmos descritores, mas desta vez apenas em língua inglesa - já que em português o portal não gera respostas válidas - resultou em sete artigos. Dentre estes, três não estavam disponíveis na forma de textos completos e um não permitia acesso gratuito ao artigo. Dentre os três restantes, um foi excluído por já ter sido computado na listagem da pesquisa na BVS e outro por se tratar de material didático de educação continuada para treinamento de profissionais que lidam com violência doméstica no estado da Flórida, nos Estados Unidos. Assim sendo, restou apenas um artigo a ser considerado no trabalho de revisão.

Novamente, usando descritores em inglês por se tratar de base internacional de dados, realizou-se a busca no Scopus, obtendo-se nove artigos. Destes, quatro não estavam

disponíveis em sua forma completa e dois eram iguais a artigos já encontrados na BVS e PubMed. Resultaram então, três trabalhos, dois de autores brasileiros e um de autores gregos. Um dos artigos de autores brasileiros estava disponível tanto na versão em português, quanto em inglês, que foi preterida.

Levando-se em consideração todas as bases de dados indexadoras, o corpus analisado foi de 13 trabalhos, conforme se pode observar no fluxograma que segue:

Figura 1 - Fluxograma da Revisão Integrativa



Fonte: própria autora

Três artigos tratam de relatos de casos. Um deles descreve o atendimento de uma vítima portadora de Síndrome de Down, de 42 anos, que sofria maus-tratos domésticos perpetrados pelo irmão mais velho, usuário de drogas. A paciente, residente em Porto Alegre,

era atendida na Clínica de Pacientes com Necessidades Especiais da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (FIGUEIREDO; LUMMERTZ; SILVESTRE; MELGAR, 2017). Outro relata casos de duas vítimas de violência por parceiro íntimo (de 23 e 50 anos, respectivamente) que tiveram lesões em face (avulsão de dentes - lesão grave - e equimoses periorais e orbitárias - lesões leves), foram atendidas em serviço médico-odontológico de emergência e referenciadas ao Instituto Médico Legal. Em ambos os artigos, os autores salientam a importância dos registros acurados de cirurgiões-dentistas em casos em que prontuários de vítimas podem ser usados como provas documentais na tipificação da Lei 11.340/2006 (SILVA; PRADO; GARCIA; DARUGE JÚNIOR; DARUGE, 2010). No terceiro e último estudo de caso há o relato de uma paciente de 67 anos, mãe de três filhos, agredida reiteradas vezes pelo marido e que foi atendida após um dos episódios de agressão, em um hospital de Tessalônica, Grécia. Os autores referem se tratar de uma portadora de Síndrome da Mulher Espancada, em que padrões de danos não só físicos, mas também psicológicos e comportamentais, são encontrados. Segundo Stavrianos et. al. (2011), a mulher com ‘Síndrome da Mulher Espancada’ tem quatro características principais: acredita que a violência é culpa dela; tem uma inabilidade para colocar a responsabilidade pela violência sobre outrem; teme por sua vida e/ou de seus filhos; tem uma crença irracional de que o agressor é onipresente e onisciente. Os autores também defendem que o treinamento de profissionais de saúde - incluindo dentistas -, para busca ativa de mulheres, bem como identificação de sinais de agressão por parceiro íntimo, pode prevenir casos mais graves de lesões e dar suporte às vítimas, minimizando consequências indesejadas (STAVRIANOS; VASILIAIDIS; PAPADOPOULOS; PANTELIDOU; PANTAZIS; KONOSIDOU, 2011).

Um dos artigos em inglês é uma resenha sobre um “Guia Prático” produzido pelo Departamento de Saúde do Reino Unido para difundir processos de trabalho e posturas ideais que profissionais de saúde (dentre eles, cirurgiões-dentistas) devem ter ao assistir vítimas de violência doméstica. Os autores enfatizam que uma abordagem adequada pode garantir que os direitos das mulheres sejam observados e a segurança delas mantida, enquanto os atendimentos realizados por pessoal despreparado podem, inclusive, aumentar os riscos destas vítimas. Coulthard e Warburton (2007) salientam ainda que o ambiente odontológico é um espaço que oportuniza tanto a identificação de casos de agressão, quanto cria vínculos que facilitam o compartilhamento de relatos por parte das usuárias. O artigo traz sumariamente partes do guia, com quadros que abordam perguntas sobre violência doméstica para serem realizadas rotineiramente na anamnese de todas as pacientes, especialmente quando há

suspeita ou injúria física; alguns indicadores de violência doméstica; lista de telefones e endereços de instituições que acolhem vítimas de abuso; orientações para um correto acolhimento, encaminhamento e dicas para registro de informações em prontuários; além de enfatizar a importância de treinamento massivo de profissionais de saúde, através de palestras na atenção primária à saúde e imersões para atenção especializada e gestores (COULTHARD; WARBURTON, 2007).

Uma das referências retornadas na busca pela BVS é um trabalho de conclusão de curso de pós-graduação (lato sensu) em cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial da Universidade Federal de Minas Gerais, que objetivou, por meio de uma revisão bibliográfica, relacionar a incidência do trauma de face em mulheres e a necessidade de notificação compulsória por parte dos cirurgiões-dentistas. Inicialmente, Malaquias (2017) elenca as principais causas de traumas de face (violência interpessoal e acidentes de trânsito), descreve os tipos de lesões maxilo-faciais mais comuns em casos de violência de gênero (terço médio da face ou múltiplos terços). Posteriormente, faz um breve histórico sobre a legislação existente em relação à violência contra mulheres, bem como a tipificação de cada forma de agressão, além de trazer dados sociodemográficos sobre o perfil das vítimas e dos agressores. E, finalmente, o autor discute a relação entre os profissionais de saúde, em especial os cirurgiões-dentistas, com as mulheres que sofrem violência no que tange à responsabilidade moral e à obrigação ético-legal de identificar, tratar, notificar, encaminhar e colaborar com a prevenção da violência (MALAQUIAS, 2017).

Cinco artigos são pesquisas quantitativas exploratórias-descritivas feitas a partir de levantamentos documentais retrospectivos em que o enfoque dado é de caráter odontolegal. Em três deles há descrição das lesões observadas em mulheres vítimas de violência doméstica. Em um deles, a busca é por traçar o perfil das mulheres agredidas, e, em outro, foi não só descrever as lesões, mas também entender as circunstâncias em que ocorreram.

No primeiro artigo documental os autores realizaram levantamento da prevalência de mulheres vítimas de violência notificadas pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), no período entre 2009 e 2010, em Porto Alegre. Os dados indicam que a maioria das mulheres que sofreu violência que tiveram seus casos notificados é branca (66%), jovem (média de idade de 15,5 anos), violentada sexualmente (56,7% dos casos notificados) por amigos e conhecidos (16,4%) em ambiente doméstico (75,5%). O espancamento também foi frequente (em 38,6% das notificações), sendo a contusão em tecidos moles a lesão mais constatada (59,6%), e a cabeça o local mais atingido (10,4%). Os

autores salientam que a prevalência de mulheres brancas serem maioria, pode se tratar de um viés relacionado ao local do estudo, Rio Grande do Sul, contrapondo registros nacionais de maioria não branca. Ressaltam ainda que é comum haver relação entre ocorrência em domicílio e a prevalência de violência sexual, já que a privacidade do logradouro favorece o crime, que pode ser cometido sem interrupções alheias. Consequências da violência detectadas no estudo foram: estresse pós-traumático, perturbação psíquica, desconforto, medo, ansiedade e transtornos comportamentais como timidez, agressividade, isolamento social, distúrbios do sono e do apetite. Unidades de Pronto Atendimento Hospitalar foram as portas de entrada mais acessadas e, apesar de a área de cabeça ter sido a mais atacada, não houve registros de fraturas ou avulsões dentárias, momento em que os autores chamam a atenção para a importância do cirurgião-dentista em equipes multidisciplinares, para realizar registros acurados destes tipos de injúrias (FIGUEIREDO; CESAR; SILVA; BORBA, 2012).

Outra pesquisa, também documental retrospectiva, em registros do Instituto Médico Legal de Maceió-Alagoas, entre 2015 e 2016, verificou que a maioria das mulheres vítimas de violência tinha entre 30 e 45 anos, era da classe D (renda familiar entre 1 a 3 salários mínimos), se relacionavam ou tinham se relacionado afetivamente com seus agressores (72%) e apresentavam contusões, majoritariamente encontradas em região de cabeça e pescoço (50%), reforçando a sugestão de que o cirurgião-dentista deve fazer parte de equipes multidisciplinares de legistas, para confecção de laudos mais precisos, que possam servir de provas que auxiliem a justiça em decisões legais na aplicação da “Lei Maria da Penha” (SOARES; CAVALCANTI; WANDERLEY; SOUTO; LESSA; TENÓRIO NETO, 2018).

Em outro artigo de cunho documental retrospectivo, os autores, estudando 927 registros de lesões corporais em laudos de exames de corpo de delito do Departamento Médico Legal de Vitória - Espírito Santo, objetivaram levantar características das agressões desferidas em cabeça e pescoço, contra mulheres, entre 11 e 80 anos, vítimas de violência doméstica com lesão física. Os documentos datam de 2004 a 2008, ou seja, englobam dois anos antes da promulgação da “Lei Maria da Penha” e dois anos depois. Os resultados revelam que a mulher vitimada, na maioria dos casos (33,23%) é jovem (entre 25 e 35 anos, com média ponderada de 31 anos), solteira (54,69%) e não trabalha fora de casa (25%). Parceiros e maridos foram os principais agressores (56,74%) que atacaram sozinhos (97,3%) e usaram pés e mãos como veículo de agressão (64,93%), gerando equimoses (28,85%) e escoriações (24,59%), mais frequentemente em região de órbita (17,14%), cervical (16,63%) e frontal (12,51%). Lesões intraorais foram encontradas, geralmente coincidindo com lesões

externas e a mucosa labial foi a área mais atingida. Dentre os casos relatados em que dentes foram atingidos, os incisivos centrais superiores foram os elementos dentais que mais sofreram fratura ou avulsão. Nenhum dano à articulação temporomandibular foi relatado, apesar de grandes injúrias ao complexo maxilo-mandibular terem sido descritas, sugerindo que médicos legistas não sejam os profissionais ideais para este tipo de avaliação, e que a ausência de dentistas forenses na equipe pode representar subnotificação de injúrias no sistema estomatognático. A frequência de agressões encontrada foi maior aos finais de semana (14,35% aos sábados e 20,82% aos domingos) e os autores sugerem que esta prática pode estar relacionada ao maior consumo de álcool por parte dos agressores. A maioria das mulheres foi examinada no dia da agressão (23,62%) ou no dia imediatamente seguinte (32,69%). Os autores concluíram que dois anos de análises antes e depois da “Lei Maria da Penha” foi um intervalo insuficiente para causar variações ou padrões específicos de mudanças nas evidências sobre as lesões e/ou registros de agressão. E, mais uma vez, o grupo de autores conclui que a inserção de odontologistas no quadro de peritos de todos os Institutos Médicos Legais do país é mister, e que estudos relacionados à violência contra mulheres são fundamentais para implantação de políticas públicas, bem como práticas de acolhimento e reconhecimento de vítimas (CASTRO; TINOCO; LIMA; COSTA; FRANCESQUINI JÚNIOR; DARUGE JÚNIOR, 2017).

Em um estudo transversal exploratório quantitativo, realizado entre 2008 e 2011, alguns pesquisadores, com objetivo de descreverem padrões de agressão e perfil de vítimas de violência por parceiro íntimo, na perspectiva médico-legal e forense, estudaram os traumas maxilofaciais e as circunstâncias de agressões perpetradas contra mulheres por seus companheiros, por meio de análise documental de 1361 registros de um Instituto Médico Legal do Nordeste brasileiro. Dentre os resultados encontrados tem-se que mais de um dos terços da face são atingidos (41,3%), em sua maioria os tecidos moles são lesionados (96,1%) e dois perfis de mulheres emergiram das análises estatísticas: P1 (mulheres abaixo de 28 anos, não casadas, residindo em área urbana, com maior escolaridade e que trabalham, sendo agredidas em região maxilofacial por parceiros ou ex-parceiros, à noite ou aos finais de semana) e P2 (mulheres com mais de 28 anos, casadas ou em união estável, morando na periferia ou na zona rural, com baixa escolaridade e sem trabalho, agredidas por parceiros ou ex-parceiros, em suas casas, durante o dia, em dias úteis com uso de armas de fogo ou outras armas que as atinge em outras partes do corpo que não a face). Os autores ressaltam as consequências negativas na saúde, bem-estar e qualidade de vida das vítimas, devido aos

desequilíbrios físicos, emocionais e psicológicos que as agressões podem causar, com repercussões laborais, familiares e sociais. Trazem também a discussão da importância da identificação de vítimas e corretos registros periciais por equipe multidisciplinar (cirurgiões-dentistas, médicos, assistentes sociais, bioquímicos, toxicologistas, psicólogos), além de abordagens intersetoriais para melhor entendimento do fenômeno e para cuidado integral às mulheres a fim de promover constante vigilância e formulação de políticas públicas (BERNARDINO; SANTOS; FERREIRA; LIMA; NÓBREGA; D'AVILA, 2018).

Na pesquisa de fraturas de mandíbula relacionadas à violência contra mulheres, mais uma vez, a responsabilidade do cirurgião-dentista na identificação e notificação dos casos e tratamento das lesões é destacada. Os autores realizaram um estudo documental retrospectivo com base em prontuários médicos de pacientes com fraturas de face, atendidas na emergência Hospital e Maternidade de São José dos Pinhais – Paraná, após terem sido vítimas de violência doméstica, no período entre 2001 e 2003. Durante 29 meses, 364 mulheres deram entrada no Hospital após agressão, 23 delas (entre 15 e 43 anos) com fraturas maxilomandibulares que demandaram redução cruenta. Em 35% dos casos o marido foi o perpetrante e, em 26% as mulheres preferiram não denunciar o agressor. Na totalidade dos casos em que foi realizada a cirurgia para redução de fraturas, houve consolidação óssea considerada satisfatória e o desfecho tido como bem sucedido. Na discussão, entretanto, os autores lembram que a violência de gênero resulta em consequências não só físicas, mas pode gerar sequelas psicológicas, emocionais e sociais, tais como depressão, fobias, estresse pós-traumático, medo, vergonha, aumento no consumo de álcool, tabaco e outras drogas. Os autores chamam a atenção também para a necessidade de capacitação de profissionais de saúde e treinamento de graduandos para adquirir conhecimento para lidar com situações de violência (CESA; BIXOFIS; DELLA GIUSTINA; DISSENHA; GUEBUR; HUBER; SASSI, 2012).

Dois artigos se referem a estudos descritivos com análise estatística aplicada a respostas de questionários estruturados respondidos por profissionais de saúde sobre o conhecimento destes frente à violência doméstica. Carvalho, Galo e Silva (2013) avaliaram o conhecimento de cirurgiões-dentistas frente à violência doméstica que acomete mulheres, crianças e idosos. Foram aplicados questionários com questões objetivas em 40 dentistas da rede privada e 40 servidores da rede pública de Guaratinguetá- SP. Os itens analisados foram: experiência do cirurgião dentista em identificar vítimas, o comportamento destes frente à situação de violência e o ensino sobre violência em cursos de graduação. Não houve diferença

estatisticamente significativa entre o conhecimento demonstrado pelos diferentes grupos de profissionais (rede pública e privada). A identificação de violência sofrida por idosos foi a menos prevalente, tanto na rede pública (5%), quanto na privada (0,05%). A sofrida por mulheres foi a mais prevalente (36% e 27% respectivamente). Já a identificação de maus-tratos infantis ocorreu em 16% no serviço público e apenas 3% no privado. Dentre os sinais que faziam os cirurgiões-dentistas identificarem ou suspeitarem de violência, os mais citados foram: escoriações e edema em boca, fraturas e avulsões dentais, marcas em punhos e joelhos, arranhões nos braços, escoriações e edemas em outras partes do corpo, perturbações psicológicas e queimaduras. Os profissionais afirmaram que comunicariam autoridades competentes se confirmassem a violência contra crianças (60% na rede pública e 50% na privada), contra mulheres (40% e 36%, pública e privada, respectivamente) e idosos (60% da rede pública e 70% da privada). Em relação ao conhecimento adquirido durante a graduação, a maioria dos entrevistados refere não ter recebido informação na faculdade e não se sente preparada para identificar maus-tratos. Os autores citam a subnotificação de casos relatada na literatura, mesmo quando a violência é declarada pela vítima, e ressaltam a posição privilegiada do cirurgião-dentista para diagnosticar, tratar, encaminhar os casos, além da obrigação legal destes profissionais em preencher a notificação (CARVALHO; GALO; SILVA, 2013).

Outro artigo, de Tornavoi, Galo e Silva (2010), versa sobre o conhecimento de cirurgiões-dentistas graduados entre os anos de 1998 e 2009 pela Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FORP-USP) sobre a violência doméstica tanto contra mulheres, quanto contra crianças e idosos. Trata-se de pesquisa realizada com 180 sujeitos por meio de questionário enviado aos participantes por correio eletrônico e, posteriormente, submetido à análise estatística dos dados (teste do qui-quadrado). Os desvios encontrados nos diferentes anos de conclusão de graduação não foram estatisticamente significativos. Resultados encontrados apontam que 15% dos profissionais haviam atendido crianças vítimas de agressão doméstica, 27% já atenderam mulheres e 6% atenderam idosos nas mesmas condições. Em relação às suspeitas, 34% relataram que desconfiaram que algum paciente menor de idade sofria violência, 35% suspeitaram do mesmo ao atender mulheres e 9% achavam que algum idoso atendido tinha sido agredido. Em relação às condutas, 45% notificariam autoridades competentes ao se deparar com violência contra crianças, 69% conversariam com a vítima se fosse uma mulher a sofrer violência e notificariam em 23% dos casos; 40% conversariam com o idoso agredido e comunicariam autoridades em 34% das

respostas. Quanto a conhecimentos sobre violência na graduação e capacidade de diagnóstico de maus-tratos, 39% dos entrevistados referem que não receberam orientação para atender crianças agredidas e 47% afirmam o mesmo em relação a idosos e mulheres. Mais de 60% dos profissionais não se sente apto para diagnosticar violência doméstica. A conclusão dos autores foi de que o conhecimento dos profissionais de odontologia perante a violência doméstica ainda é insuficiente e carece de uma abordagem maior da temática no ensino de graduação (TORNAVOI; GALO; SILVA, 2010).

Dentre todos os artigos selecionados na busca bibliográfica, apenas um trouxe uma pesquisa de abordagem qualitativa, do tipo exploratória, com análise de conteúdo temática. As autoras buscaram analisar a identificação de violência conjugal pela Equipe Saúde da Família. Para tanto, entrevistaram, em São Francisco do Conde – Bahia, cinco médicos, quatro enfermeiros, cinco assistentes sociais e oito cirurgiões-dentistas que atuavam em Equipes de Saúde da Família (cinco urbanas e três rurais) há mais de seis meses. Perante a análise dos dados, desvelou-se que há um despreparo dos profissionais para identificar violência, apesar da atenção primária ser cenário propício para identificação e condução de casos. Notou-se também, que na maioria das vezes, a violência é percebida apenas quando há agressão física e as demais configurações são invisíveis nos serviços. Os profissionais relatam que as mulheres preferem não revelar a violência por vergonha ou medo de represálias e alguns membros da equipe afirmam que a falta de abordagem curricular sobre o tema em cursos de graduação e a base biomédica do cuidado, ainda são barreiras para melhor lidar com as vítimas. Em todas as classes profissionais entrevistadas, houve membros que referiram ter identificado situações de violência conjugal, mas apenas o grupo de assistentes sociais mencionou tê-lo feito durante uma atividade coletiva de educação em saúde. As autoras consideram fundamental que haja uma relação de vínculo e confiança das usuárias com a equipe para que o cuidado vá além do automatismo e tecnicismo e que haja capacitação de profissionais para que estes sejam sensibilizados para reconhecimento, condução, encaminhamentos e adoção de estratégias de enfrentamento para casos de violência conjugal (GOMES; SILVEIRA; DINIZ; PAIXÃO; CAMARGO; GOMES, 2013).

Diante desta revisão de literatura percebe-se que há pouca quantidade de artigos produzidos com a temática proposta, especialmente no que tange à abordagem qualitativa, que propicia estudos mais profundos sobre as interações de sujeitos na vida cotidiana. Além disso, verifica-se que, na maioria das vezes, artigos que abordam violência contra mulheres e

cirurgiões dentistas, rezam mais sobre o atendimento clínico e sua importância odontológica do que sobre a percepção destes profissionais ao se deparar com o tema violência.

O papel do cirurgião-dentista é fundamental na tratativa sobre violência contra mulheres na Atenção Primária à Saúde. A conduta adequada deste profissional no acolhimento, atendimento e notificação de casos suspeitos ou confirmados, pode significar manutenção de vidas de vítimas, bem como garantia de direitos. Gerar pesquisas neste campo significa trazer à luz o debate sobre políticas públicas que visem minimizar prejuízos gerados pela violência de gênero, tanto na vida das mulheres, quanto para a sociedade.

3 OBJETIVO GERAL

Analisar as percepções de cirurgiões-dentistas que atuam na atenção primária à saúde de um município mineiro acerca da violência contra mulheres.

3.1 Objetivos específicos

Analisar o que os profissionais em questão pensam sobre o tema violência de gênero contra mulheres;

Compreender como tais percepções interferem nas condutas relacionadas ao contexto do cuidado às mulheres em situação de violência;

Descrever as dificuldades que os cirurgiões-dentistas encontram em lidar com a questão da violência contra mulheres;

Identificar possíveis necessidades de qualificação profissional referente ao tema.

4 METODOLOGIA

4.1 Aspectos Éticos

Este trabalho foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisas em Seres Humanos (CEP) de acordo com as Resoluções nº 466, de 12 de dezembro de 2012 e nº 510, de 07 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012; 2016), (CAAE: 42599520.8.0000.5152), sendo aprovado conforme o parecer nº 4.653.579 (Anexo 1).

4.2 Tipo de Estudo

A pesquisa qualitativa foi a modalidade eleita para o presente estudo, uma vez que esta trabalha com universo subjetivo de significados, crenças e valores dos sujeitos, objetivando capturar através das falas, experiências relatadas e conceitos manifestos, as atitudes, percepções e condutas dos envolvidos no estudo (MINAYO, 2009).

A pesquisa qualitativa também coloca o pesquisador como parte fundamental da pesquisa, uma vez que ele é o responsável por atribuir relações e interpretar estruturas, construindo assim, uma compreensão do tema livre de manifestações pré-concebidas e que vai sendo desenhada à medida que o estudo vai se desvelando (CHIZZOTTI, 2005).

Esse tipo de pesquisa aplica-se ao estudo da história, relações, representações, crenças e percepções, produto das interpretações que os seres humanos fazem de como vivem, sentem e pensam (TURATO, 2013). Assim, além de permitir desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos, propicia a criação de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação. Desta forma, a pesquisa qualitativa proporciona um modelo de entendimento profundo de ligações entre elementos, direcionado à compreensão da manifestação do objeto de estudo (MINAYO, 2009).

4.3 Participantes

A pesquisa foi realizada com cirurgiões-dentistas, servidores públicos, lotados na Secretaria Municipal de Saúde de um município mineiro, que exercem suas atividades no âmbito da Atenção Primária à Saúde. Foram excluídos do rol de possíveis participantes os profissionais que não eram efetivos e estavam apenas temporariamente inseridos no serviço

público, aqueles que não estavam atuando na atenção primária e profissionais que, no período de entrevistas, estavam afastados, em desvio de função ou de férias.

Para a definição do número de participantes, foi utilizado o recurso de saturação, que considera a repetição recorrente dos dados produzidos para a interrupção da coleta. A saturação ocorre quando as informações fornecidas pelos novos participantes da pesquisa pouco acrescentam ao material já obtido, ou seja, quando as informações se tornam redundantes ou repetitivas, não contribuindo para o aperfeiçoamento da reflexão teórica (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

4.4 Cenário da pesquisa

O município em que foi desenvolvida a pesquisa está localizado no interior do estado de Minas Gerais, na região do Triângulo Mineiro. Sua população em 2010, data do último censo, era de quase 300 mil habitantes, o oitavo município mais populoso do estado e o 81º mais populoso do Brasil, com um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,772 (IBGE, 2022). Possui uma localização estratégica e, por isso, é um centro comercial dinâmico com parque industrial diversificado, parque tecnológico, agricultura produtiva, pecuária seletiva, e estrutura de ensino desenvolvida, atendendo a demandas nos aspectos econômicos, culturais e de serviços essenciais à população.

No âmbito da saúde, o município está organizado em três distritos sanitários, e a rede básica de atenção primária à saúde está formatada em Unidades Básicas e Unidades Matriciais de Saúde. A Atenção Primária à saúde cobre cerca de 77%. Existem 53 equipes da Estratégia Saúde da Família, distribuídas em 29 Unidades de Saúde e sete Pontos de Apoio na Zona Rural.

Na área Odontológica, o município conta com 51 Equipes de Saúde Bucal (ESB). Ao todo, 75 cirurgiões dentistas (60 mulheres e 15 homens) estão lotados no quadro de servidores da Atenção Primária, sendo que os 51 que atendem às Equipes de Saúde da Família cumprem carga-horária de 40 horas semanais e, os demais, que atendem áreas de território descoberto, assumem 30 horas por semana.

Em 2021 o município notificou 215 casos de violência doméstica, sexual e/ou outras violências (não autoprovocadas) contra pessoas do sexo feminino entre 10 e 59 anos. Em 2020 este número foi de 271 casos, e nos anos de 2019 e 2018, foram de 473 e 406,

respectivamente (BRASIL, 2022), dados que sinalizam a possível subnotificação dos casos no município, no período de pandemia.

4.5 Instrumentos de produção de dados e procedimentos

Esta pesquisa foi realizada através de entrevistas individuais. Nesse tipo de instrumento, um roteiro semiestruturado pré-elaborado com questões abertas, possibilita a construção de um espaço dialógico entre pesquisador e entrevistado (BRITTEN, 2005).

Para a construção do roteiro de entrevista (Apêndice A) foi realizada uma revisão bibliográfica sobre o tema da violência contra mulheres. O roteiro continha informações sociodemográficas (sexo, gênero, idade, naturalidade, estado civil, número de filhos, raça/cor, religião, grau de escolaridade, tempo de formatura, natureza pública ou privada da universidade onde concluiu graduação e pós - quando aplicável - e tempo de atuação em serviço público e na Atenção Primária à Saúde) e contemplou questionamentos sobre as percepções dos participantes sobre a violência contra mulheres; como agem diante de tais pacientes; dificuldades que encontram ao lidar com a questão da violência e o que acreditam ser necessário para qualificar o cuidado.

Após aprovação do projeto pelo CEP, o primeiro participante entrevistado foi sorteado a partir de uma lista fornecida pelo Departamento de Saúde Bucal da Secretaria Municipal de Saúde de Uberaba/MG, de cirurgiões-dentistas servidores da Atenção Primária à Saúde. Os demais foram sendo indicados pelos entrevistados antecessores por meio de metodologia denominada “snow ball” ou “bola de neve”, até que se atingisse a saturação.

A técnica bola de neve se caracteriza por gerar amostras não probabilísticas, em estudos qualitativos em que o universo de participantes é de difícil acesso ou cujo tema-objeto tenha cunho privado ou delicado, e que seja desejável a indicação e corroboração de pares para catalisar a participação por meio de referências sociais. O entrevistado inicial é denominado “semente” e após participar, indica pessoas com o perfil que julga poderem colaborar com a pesquisa. O próximo a aceitar, segue o mesmo processo, gerando um recrutamento em cadeia. Sendo assim, a amostragem “snow ball” é uma estratégia de pesquisa de grande utilidade nos estudos qualitativos, devido ao seu baixo custo e por viabilizar mais facilmente a obtenção de participantes já que, ao ser indicado por um par, há maior propensão das pessoas aceitarem o convite para colaborar com a pesquisa (VINUTO, 2014).

Cada um dos participantes foi contatado via telefone, momento em que foram informados sobre a pesquisa e foi feito o convite para participarem. Não houve recusas. As entrevistas foram agendadas em data e local de preferência dos participantes.

As entrevistas ocorreram entre maio de 2021 e março de 2022, e todas foram realizadas pela pesquisadora principal. Apesar de haver possibilidade de realização de entrevistas de forma remota devido à pandemia, todas aconteceram de forma presencial, em local que garantia privacidade. No início de cada uma delas, os objetivos do estudo foram novamente expostos aos participantes que assinaram os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido. Para garantia do sigilo de dados, bem como o anonimato e a privacidade de todos os entrevistados, eles foram identificados com a letra E, seguida de um número referente à sua entrevista.

As entrevistas foram áudio gravadas e posteriormente transcritas, na íntegra. Após as gravações serem transcritas, atendendo às orientações contidas na Resolução 510/16, os arquivos (físicos ou digitais) foram guardados e ficarão sob guarda e responsabilidade da pesquisadora por, no mínimo, cinco anos após o término da pesquisa. Findo esse período, o material será desgravado.

4.6 Análise de dados

Os dados foram analisados a partir da análise de conteúdo de Bardin (1977). A Análise do Conteúdo Temática, segundo Minayo (2009), consiste em encontrar os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença signifique algo para o objetivo analítico visado. Para Chizzotti (2005) é um método de tratamento e análise de dados de forma crítica, com uma proposta de organização e categorização de informações qualitativas, de natureza verbal ou latente e suas significações explícitas ou ocultas.

Para isso, foram realizadas três etapas: a pré-análise (leitura das transcrições), exploração (codificação e categorização das informações conforme hipóteses recortadas da literatura revisada) e o tratamento dos dados (inferências e interpretações) (MINAYO, 2009).

A etapa da pré-análise, conforme sugere Minayo (2009), compreende a leitura flutuante, constituição do corpus, formulação e reformulação de hipóteses ou pressupostos. (MINAYO, 2009). Durante a etapa da exploração do material, o investigador busca encontrar categorias que são expressões ou palavras significativas em função das quais o conteúdo de

uma fala é organizado. Nesse momento do processo, que é realizado logo após a transcrição e ainda durante o procedimento de produção de dados, é identificada a saturação.

A categorização é o processo de redução do texto às palavras e expressões significativas. O pesquisador realiza a classificação e a agregação dos dados, escolhendo as categorias teóricas ou empíricas, responsáveis pela especificação do tema (BARDIN, 1977). A partir daí, o analista propõe inferências e realiza interpretações, inter-relacionando-as com o quadro teórico desenhado inicialmente ou abre outras pistas em torno de novas dimensões teóricas e interpretativas, sugeridas pela leitura do material (MINAYO, 2009).

5 RESULTADOS

Participaram da pesquisa nove cirurgiões-dentistas, trabalhadores da Atenção Primária à Saúde de um município mineiro. Foram seis mulheres e três homens, com média de idade de 42 anos completos (tendo a mais jovem 29 anos e, a mais velha, 64). Oito entrevistados se autodeclararam brancos e uma negra. Cinco são casados, dois têm filhos. Eles são formados, em média, há 17 anos (com variações entre 7 e 40 anos) e apenas uma não tem pós-graduação. Todos são servidores públicos e o tempo de atuação na APS varia de seis meses a quarenta anos. Seis participantes atuam em Estratégia Saúde da Família e três, em equipes de apoio de rede, sendo dois deles integrantes do Programa Saúde na Hora - unidade com horário noturno de atendimento.

Figura 2 – Quadro do Perfil sociodemográfico dos entrevistados

Perfil sociodemográfico							
Entrevistado/a	Sexo	Gênero	Idade	Estado Civil	Filhos	Raça	Religião
E 001	F	F	30	Solteira	0	Branca	Espírita
E 002	F	F	36	Solteira	0	Branca	Católica
E 003	F	F	57	Casada	0	Branca	Espírita
E 004	F	F	47	Casada	3	Branca	Espírita
E 005	M	M	52	Casado	0	Branca	Espírita
E 006	M	M	30	Solteiro	0	Branca	Católico
E 007	F	F	64	Casada	1	Branca	Católica
E 008	F	F	29	Casada	0	Negra	Espírita
E 009	M	M	36	Solteiro	0	Branca	Católico

Fonte: da própria autora

Figura 3 – Quadro do Perfil profissional dos entrevistados

Formação Profissional						
Entrevistado/a	Graduação	Natureza da Instituição	Tempo de formatura	Pós-graduação	Tempo no Serviço	Tempo na APS
E 001	UFU	Pública	7 anos	Pacientes Especiais/ mestrado	18 meses	18 meses
E 002	UNIUBE	Privada	6 anos	Endodontia	6 meses	6 meses
E 003	UNIUBE	Privada	28 anos	Saúde Coletiva	28 anos	28 anos
E 004	UNIUBE	Privada	22 anos	Não fez	19 anos	19 anos
E 005	UNIUBE	Privada	26 anos	Saúde pública/ Vigil. Sanit.	6 meses	6 meses
E 006	USPRP	Pública	8 anos	Ortodontia	2,5 anos	2,5 anos
E 007	UNIUBE	Privada	40 anos	Saúde Coletiva	40 anos	26 anos

E 008	FAMP	Privada	6 anos	Gestão em Saúde/ Mestranda	5,5 anos	5,5 anos
E 009	UFU	Pública	13 anos	Endodontia/ Mestrando	5,5 anos	5,5 anos

Fonte: da própria autora

Os dados produzidos a partir das entrevistas foram analisados e apresentados em formato de artigo, que será submetido à revista Cadernos de Saúde Pública, conforme orientações para submissão de manuscritos no periódico em questão (Anexo 2).

REFERÊNCIAS

- AFFONSO, B; PENHA, M; PANDJIARJIAN, V. O caso Maria da Penha. **Folha de São Paulo**. 2008. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/fsp/opiniaofz0707200808.htm>. Acesso em 15 jul. 2022.
- AQUINO, E.M.L. Desafios e Limites no Ensino de Gênero em Saúde Coletiva: a experiência do MUSA. In: VILLELA, W; MONTEIRO, S. (Orgs.), **Gênero e saúde: Programa Saúde da Família em questão**. Rio de Janeiro: ABRASCO – Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Brasília: UNFPA – Fundo de População das Nações Unidas, 2005. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/grupos/arquivos/20080228034019.pdf>. Acesso: 15 jul. 2022.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70 Ltda, 1977.
- BERNARDINO, Í.M; SANTOS, L.M; FERREIRA, A.V.P; LIMA, T.L.M.A; NÓBREGA, L.M; D'AVILA, S. Intimate partner violence against women, circumstances of aggressions and oral-maxillofacial traumas: A medical-legal and forensic approach. **Legal Medicine** (Tokyo). mar. v.31 p. 1-6. 2018. Epub 2017 Dec 5. PMID: 29216493. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1344622317303012>. Acesso em: 10 jun. 2022. <https://doi.org/10.1016/j.legalmed.2017.12.001>
- BOURDIEU, P. **A Dominação masculina**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1995.
- BRASIL. Diário Oficial da União. **Lei 10.778, de 24 de novembro de 2003**. Publicada em D.O.U. em 25.11.2003. Disponível em: <https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=LEI&numero=10778&ano=2003&ato=a0dQzY610dRpWTe30>. Acesso em 10 abr. 2022.
- _____. Diário Oficial da União. **Lei 11.340 - “Maria da Penha”, de 7 de agosto de 2006**, publicada em D.O.U. de 8.8.2006 (c), Disponível em: <https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/496319/000925795.pdf?sequence=1>. Acesso em: 20 jul. 2022.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica**. 3ª ed. Brasília, 2012. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3ed.pdf. Acesso em: 20 jul. 2022.
- _____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 13 jun. 2013. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 24 jul. 2022.
- _____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 510, de 7 de abril de 2016**. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais.

Brasília, Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 24 maio. 2016. Disponível em: <http://bit.ly/2fnnKeD>. Acesso em: 24 jul. 2022.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de **Vigilância Epidemiológica. Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN**. Brasília, 2022. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinanet/cnv/violemg.def>. Acesso em: 28 fev. 2022.

BRITTEN, N. Entrevistas qualitativas na pesquisa em atenção à saúde. *In*: POPE, C; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. Porto Alegre: Artmed, p. 21-29, 2005.

CARVALHO, L.M.F; GALO, R; SILVA, R.H.A. O cirurgião-dentista frente à violência doméstica: conhecimento dos profissionais em âmbito público e privado. **Medicina (Ribeirão Preto)**, [S. l.], v. 46, n. 3, p. 297-304, 2013. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/69146>>. Acesso em: 20 jun. 2022. <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v46i3p297-304>

CASTRO, T.L; TINOCO, R.L.R; LIMA, L.N.C; COSTA, L.R.S; FRANCESQUINI JÚNIOR, L; DARUGE JÚNIOR, E. Violence against women: characteristics of head and neck injuries. **RGO - Revista Gaúcha de Odontologia** [online], v. 65, n. 2, p. 100-108, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-863720170002000013245>>. ISSN 1981-8637. Acesso em: 15 jan. 2022.

CESA, T.S; BIXOFIS, R.B; DELLA GIUSTINA, J.C; DISSENHA, J.L; GUEBUR, M.I; HUBER, G.A.L; SASSI, L.M. Survey on jaw fractures occurring due to domestic violence against women. **RSBO: Revista Sul-Brasileira de Odontologia** [online]. vol.9, n.4, p. 388-393. ISSN 1984-5685. 2012. Disponível em: <http://revodonto.bvsalud.org/pdf/rsbo/v9n4/a07v9n4.pdf>. Acesso em: 08 jul. 2022.

CFO (Conselho Federal de Odontologia). **Código de Ética Odontológica**. Aprovado pela Resolução CFO-118/2012. [S. l.], 2012. Disponível em: https://website.cfo.org.br/wp-content/uploads/2018/03/codigo_etica.pdf. Acesso em 15 jul. 2022.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2005.

CIDH. **Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher**. 1994. Disponível em: <http://www.cidh.org/basicos/portugues/m.belem.do.para.htm>. Acesso em: 22 jul. 2022.

COLOMBO. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de atendimento à mulher em situação de violência: programa mulher cidadã**. Colombo: SMS, 2012. Disponível em: <http://www.colombo.pr.gov.br/downloads/saude/062012/6-PROTOCOLO-DA-REDE-DE-ATENDIMENTO-A-MULHER-EM-VIOLENCIA-MULHER-CIDADA-VERSAO-2012.PDF>. Acesso em: 11 mar. 2022.

COULTHARD, P; WARBURTON, A.L. The role of the dental team in responding to domestic violence. **British Dental Journal**. v. 203 n. 11, p. 645-648. doi: 10.1038/bdj.2007.1066. PMID: 18065984, 2007. Disponível em:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18065984/>. Acesso em: 18 jan. 2022.
<https://doi.org/10.1038/bdj.2007.1066>

D'OLIVEIRA, A.F.P.L; SCHRAIBER, L.B; HANADA, H; DURAND, J. Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero: uma alternativa para a atenção primária em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 14 n. 4 p. 1037-1050, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/SzQ96NCxv3hWNQ5TvBBSjTB/?lang=pt>. Acesso em: 20 jul. 2022. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000400011>

D'OLIVEIRA, A.F.P.L; SCHRAIBER, L.B. Violência contra mulheres: interfaces com a saúde. **Ensaio. Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.3 n.5 p. 11-26. ago 1999a. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/BcZTPKft66tc3WsQ3bMx8cs/?lang=pt#>. Acesso em: 29 jul. 2022. <https://doi.org/10.1590/S1414-32831999000200003>

D'OLIVEIRA, A.F.P.L; SCHRAIBER, L.B. Violência de gênero, saúde reprodutiva e serviços. In: GIFFIN, K; COSTA, S.H. **Questões da saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999b. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/t4s9t/pdf/giffin-9788575412916.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2022.

FIGUEIREDO, M.C; CESAR, M.O; SILVA, J.P; BORBA, B.E.M. Prevalência de mulheres vítimas de violência no município de Porto Alegre e a influência de suas variáveis no âmbito odontológico. **RFO/UPF** (Revista da Faculdade de Odontologia da Universidade de Passo Fundo). v.17, n. 3 p. 254-260, 2012. Disponível em: <http://revodonto.bvsalud.org/pdf/rfo/v17n3/a02v17n3.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2022.

FIGUEIREDO, M.C; LUMMERTZ, G.B; SILVESTRE, E.M.P; MELGAR, X.C. Relato de caso clínico: violência doméstica contra uma paciente portadora de síndrome de Down. **Odontoestomatología**, v. 19, n. 30, p. 107-114, 2017. Disponível em: <https://odon.edu.uy/ojs/index.php/ode/article/view/173/116>. Acesso em 15 jun. 2022. <https://doi.org/10.22592/ode2017n30a12>

FONTANELLA, B.J.B; RICAS, J; TURATO, E.R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/Zbfsr8DcW5YNWVkyMVBByhrN/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 4 mar. 2022. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100003>

GARBIN, C.A.S; GARBIN, A.J.I; DOSSI, A.P; DOSSI, M. O. Violência doméstica: análise das lesões em mulheres. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 12, p. 2567-2573, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v22n12/06.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2022. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006001200007>

GOMES, N.P; SILVEIRA, Y.M; DINIZ, N.M.F; PAIXÃO, G.P.N; CAMARGO, C.L; GOMES, N.R. Identificação da violência na relação conjugal a partir da Estratégia Saúde da Família. **Texto & Contexto - Enfermagem [online]**. v. 22, n. 3, p. 789-796, 2013. Epub 01 Out 2013. ISSN 1980-265X. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072013000300027>. Acesso em 21 abr. 2022.

HASSE, M. Percepções de médicos e enfermeiros acerca da violência contra a mulher: uma análise comparativa. 2011. **Dissertação** (Mestrado em Saúde na Comunidade) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/17/17139/tde-20102011-100252/publico/total.pdf>. Acesso em 2 jul. 2022.

HASSE, M; VIEIRA, E.M. Como os profissionais de saúde atendem mulheres em situação de violência? Uma análise triangulada de dados. **Saúde em debate**, v. 38, n.102, p. 482-493, set. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/zRfLJt87pk3TmjrcTDqNJvJ/?lang=pt>. Acesso em: 10 jun. 2022. <https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140045>

HEISE, L; ELLSBERG, M; GOTEMOELLER, M. **Ending violence against women**. Baltimore Johns Hopkins University School of Public Health. 1999 (Population Reports Series L, 11). Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/306257623_Ending_violence_against_women/link/5a903e3e45851535bcd59375/download. Acesso em 5 fev. 2022.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades e Estados**. Rio de Janeiro: IBGE, 2022. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/uberaba/panorama>. Acesso em: 27 mar. 2022.

KRUG, E.G; DAHLBERG, L.L; MERCY, J.A; ZWI, A; LOZANO, R. (editores) **Relatório mundial sobre a violência e saúde**. Genebra. Organização Mundial de saúde; 2002. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/04/14142032-relatorio-mundial-sobre-violencia-e-saude.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2022.

LOURO, G.L. **Gênero, sexualidade e educação**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1997.

MALAQUIAS, R.C. Violência contra mulheres relacionada ao trauma de face. 2017. **Monografia** (Especialização em Cirurgia e Traumatologia Bucocomaxilofacial) – Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2017. Disponível em: <http://hdl.handle.net/1843/ODON-AZWLBG>. Acesso em: 7 set. 2021.

MINAYO, M.C.S. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 28. ed. Petrópolis: Vozes, 2009.

_____. **Violência e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. <https://doi.org/10.7476/9788575413807>

MINAYO, M.C.S; SOUZA, E.R; SILVA, M.M.A; ASSIS, S.G. Institucionalização do tema da violência no SUS: avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], v. 23, n. 6, p. 2007-2016, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.04962018>. Acesso em: 23 jul 2021.

OLIVEIRA, C.C; FONSECA, R.M.G.S. Práticas dos profissionais das equipes de saúde da família voltadas para as mulheres em situação de violência sexual. **Revista da Escola Enfermagem USP**, vol. 41. n. 4. p. 605-612, 2007. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/reecusp/a/8wZkLNvPdt5KVXjwPp8N8SD/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 27 maio 2022. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342007000400010>

SCOTT, J. **Gender: A useful category of historical analysis: Gender and the politics of history**. New York. Columbia University Press, 1989.

SILVA, R.F; PRADO, M.M; GARCIA, R.R; DARUGE JÚNIOR, E; DARUGE, E. Atuação profissional do cirurgião-dentista diante da lei Maria da Penha. **RSBO: Revista Sul-Brasileira de Odontologia**, Joinville, v. 7, p. 110-116, mar. 2010. Disponível em: http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-56852010000100017. Acesso em 28 jan. 2022.

SOARES, E.M.G; CAVALCANTI, R.R; WANDERLEY, A.E.C; SOUTO, R.R.F.A; LESSA, R.M; TENÓRIO NETO, J.F. Análise pericial das lesões situadas em cabeça e pescoço de mulheres vítimas de violência doméstica atendidas em um instituto médico legal de Maceió – AL. **Rev. Bras. Odontol. Leg. RBOL**, v. 5, n. 3 p. 12-22, set-dez. 2018. Disponível em: <https://portalabol.com.br/rbol/index.php/RBOL/article/view/186/181>. Acesso em: 27 maio 2022. <https://doi.org/10.21117/rbol.v5i3.186>

STAVRIANOS, C; VASILIADIS, L; PAPADOPOULOS, C; PANTELIDOU, O; PANTAZIS, A; KONOSIDOU, N. Violence against women: A case report. **Research Journal of Medical Sciences**, v. 5 n. 3, p. 122-125, 2011. Disponível em: <http://docsdrive.com/pdfs/medwelljournals/rjmsci/2011/122-125.pdf>. Acesso em 14 jun. 2022. <https://doi.org/10.3923/rjmsci.2011.122.125>

TORNAVOI, D.E; GALO, E; SILVA, R.H.A. Conhecimento de profissionais de odontologia sobre violência doméstica. **RSBO: Revista Sul-Brasileira de Odontologia**, Joinville, v. 8, n. 1, p. 54-59, 2010. ISSN 1984-5685. Disponível em: http://www.ricardohenrique.com.br/artigos/vio_dom.pdf. Acesso em: 25 jan. 2022. <https://doi.org/10.21726/rsbo.v8i1.1039>

TURATO, E.R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas de saúde e humanas**. 6 ed. Petrópolis: Vozes, 2013.

VINUTO, J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. **Temáticas**, Campinas, v. 22, n. 44, p. 203-220, 2014. Disponível em: https://www.academia.edu/16320788/A_Amostragem_em_%20Bola_de_Neve_na_pesquisa_qualitativa_um_debate_em_abert. Acesso em: 8 mar. 2022. <https://doi.org/10.20396/tematicas.v22i44.10977>

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence**. Geneva: WHO, 2013. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85239/9789241564625_eng.pdf;jsessionid=D DCF418982E6023247D961653BBF7664?sequence=1. Acesso em: 20 jun. 2022.

O ARTIGO

Percepções de cirurgiões-dentistas da Atenção Primária à Saúde sobre a violência contra mulheres

Resumo

A violência contra mulher é crime e problema de saúde pública. Vítimas procuram serviços de saúde, mas a maioria dos profissionais tem dificuldade em prestar assistência adequada. A prevalência de lesões em cabeça e pescoço implica em área de trabalho do cirurgião-dentista. Entender a forma como esses profissionais percebem a violência e cuidam dessas mulheres é fundamental para qualificá-los para acolher, assistir e notificar os casos. O objetivo deste estudo foi conhecer as percepções dos cirurgiões-dentistas que atuam na atenção primária à saúde, acerca da violência contra mulheres atendidas na rede pública de saúde de um município mineiro. Realizou-se uma pesquisa qualitativa através de entrevistas semiestruturadas com nove cirurgiões-dentistas da APS, selecionados pelo método “Bola de Neve”. Os dados foram categorizados e analisados a partir da Análise de Conteúdo Temática. O projeto foi aprovado por comitê de ética em pesquisa (Parecer nº 4.653.579). Quatro categorias foram identificadas: “percepções sobre a violência”, “um encontro custoso”, “limites da escuta” e “possibilidades do cuidado”. Observou-se que a violência contra mulheres tem repercussão na prática odontológica, sendo importantes os debates sobre identificação, conduta, dificuldades de manejo, carência de capacitação profissional e intervenções nos serviços para garantia de direitos das mulheres e a inserção da vítima em rede de proteção social. Gerar pesquisas neste campo é trazer à luz o debate sobre políticas públicas que visem minimizar prejuízos gerados pela violência de gênero, tanto na vida das mulheres, quanto para a sociedade. Este estudo contribui para uma maior visibilidade do tema.

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

Introdução

A violência contra mulheres (VCM) se caracteriza por um conjunto de agravos complexos considerado um grave problema de saúde pública^{1,3}. Estima-se que 35% das mulheres acima de 15 anos já sofreram violência física ou sexual ao menos uma vez na vida, sendo os agressores parceiros ou ex-parceiros⁴. No Brasil, 16,7% de mulheres entre 15 e 49 anos já sofreram violência por parceiro íntimo (VPI) na vida e, 3,1% no último ano^{5,6}.

Laudos policiais de violência física contra mulheres indicam que a maioria das lesões corporais são na cabeça, rosto e pescoço sendo comuns edemas, equimoses, hematomas, lacerações, fraturas e avulsões dentárias, lesões corto-contusas em tecidos moles, fraturas de ossos da face e luxações de articulação-têmporo-mandibular⁷. Além disso, dor orofacial e bruxismo são queixas comuns da VCM⁷. Nesses casos, o profissional que faz o atendimento, muitas vezes, é o cirurgião-dentista.

Os profissionais da saúde que atendem VCM precisam garantir atenção integral e humanizada e, apesar das evidências da necessidade de atuação preventiva e intersetorial, é recente a emergência do tema e de tais práticas na saúde¹. No que tange ao papel do cirurgião-dentista neste cenário, a literatura disponível é limitada e aborda, especialmente, aspectos odontolegais⁸⁻²¹.

Este artigo apresenta dados de pesquisa realizada no âmbito do mestrado profissional em saúde da família – ProfSaúde - ABRASCO/FIOCRUZ que buscou conhecer as percepções de cirurgiões dentistas que atuam na atenção primária à saúde (APS) acerca da VCM.

Método

A pesquisa foi realizada em um município de Minas Gerais que possui cobertura de 77% de seu território pela APS. Na área odontológica, há 51 Equipes de Saúde Bucal e 75 cirurgiões dentistas (60 mulheres e 15 homens).

Destes, nove participaram da pesquisa, através de entrevistas individuais que ocorreram entre maio de 2021 e março de 2022. Todas foram presenciais em local escolhido pelos participantes. O primeiro entrevistado foi sorteado e os demais, acessados pelo método “Bola de Neve”²². Não houve recusas por parte dos convidados. As entrevistas foram áudio gravadas e transcritas integralmente.

O roteiro de entrevista, elaborado para o estudo, continha informações sociodemográficas e perguntas que abordaram percepções sobre VCM, ações tomadas, dificuldades encontradas e demandas por qualificação. As entrevistas cessaram quando houve saturação²³. Os dados foram organizados a partir da análise de conteúdo temática²⁴ e analisados com base em literatura sobre humanização do cuidado e processos de trabalho em saúde.

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

Resultados e Discussão

Participaram nove cirurgiões-dentistas, seis mulheres e três homens, com média de 42 anos. Oito se autodeclararam brancos e uma negra, cinco são casados e dois têm filhos. Eles têm entre sete e 40 anos de formados e apenas uma não tem pós-graduação. Todos são servidores públicos e o tempo de atuação na APS varia de seis meses a 40 anos. Seis participantes atuam na Estratégia Saúde da Família e três em equipes de apoio de rede, sendo dois no Programa Saúde na Hora - unidade com atendimento noturno.

A partir da análise das entrevistas quatro categorias foram identificadas: “percepções sobre a violência”, “um encontro custoso”, “limites da escuta” e “possibilidades de cuidado”.

“Não que eu tenha percebido” – percepções sobre a violência

Nessa primeira categoria é discutido como os profissionais compreendem VCM e questões relacionadas a sua invisibilidade na clínica odontológica.

Quase todos entrevistados entendem a VCM como uma manifestação das desigualdades socialmente construídas entre homens e mulheres, e acreditam que a emancipação feminina enseja violência. Gênero é um dos determinantes sociais que mais afetam os processos de saúde-adoecimento-cuidado das mulheres. Além da vulnerabilidade à VPI, elas apresentam piores condições de saúde - principalmente saúde mental²⁵ -, menor escolaridade, sobrecarga de trabalho, remuneração inferior e maior exposição à pobreza²⁶.

Alguns entrevistados compreendem que questões de gênero pesam na permanência das mulheres em relações violentas. Entretanto, outros não consideram tais obstáculos e sustentam que permanecem por escolha ou falta de vontade de sair: *“Ela precisa de força de vontade, é*

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

Os participantes conhecem manifestações da VCM e suas possíveis consequências e citam marcas “visíveis”, como fraturas dentárias sem justificativa, hematomas, lesões em mucosas, e “invisíveis”, que envolvem aspectos sociais e subjetivos. Essas são consequências frequentes da violência e, por isso, mulheres nessa situação utilizam mais os serviços de saúde²⁷. Tais marcas, acompanhadas ou não de sintomas físicos gerais, como queixas gastrointestinais, ginecológicas, infecções sexualmente transmissíveis e gravidez indesejada, são sinais de alerta^{28,29}.

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

Em 28 anos de trabalho na APS, E3 desconfia de um único caso de violência. Os três dentistas homens entrevistados relatam desconfiança de violência a partir de situações similares: “*O marido fez questão de entrar. A gente fica assustado, não entende o porquê. Mas não suspeitei de nada grave não*” (E6). Essa desconfiança é válida, já que a literatura⁹ mostra que situações como essa não são incomuns entre vítimas de VCM e, em tais contextos, a identificação do caso é dificultada pela presença do possível agressor e impossibilidade de um diálogo aberto com a paciente.

Outros poucos casos lembrados foram de violência contra crianças ou situações antigas, para explicar histórias de dentes: “[*Perdi esses dentes porque meu marido me deu uma paulada. Na época, não tinha dinheiro pra arrumar e acabei extraindo os quatro*]” (E6).

Profissionais que atuam na APS ainda têm dificuldades para identificar VCM. Muitos desconfiam quando há sinais físicos, mas manifestações mais frequentes de violência, que não deixam marcas aparentes, seguem ocultas nos serviços²¹. Um dos motivos dessa miopia é o desconhecimento sobre características epidemiológicas da VCM, que favorece a invisibilidade, já que é difícil identificar algo que não se conhece³⁰.

Esse desconhecimento não é incomum entre os profissionais de saúde³¹. A prevalência média da VCM é 30%^{5,6}, mas para E2 ela é um fenômeno raro. E5 afirma que “*a família sempre quer o melhor pra mulher*”, ignorando uma das características específicas da VCM que é o fato dela ocorrer no lar e ser perpetrada por parceiros ou ex-parceiros íntimos³⁰.

A importância de saber sobre o problema fica clara com E2, que trabalha em um serviço multiprofissional para mulheres. Ela afirma que como chegam casos de VCM para atendimentos da psicologia e serviço social, ela “*presta atenção*” às suas pacientes. Talvez por isso, mesmo atuando há apenas seis meses na APS, foi a única que afirmou prontamente já ter atendido VCM.

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

Nessa categoria são discutidas outras dificuldades para abordagem da violência entre os participantes. Uma delas é a ideia de que não é função do dentista lidar com o problema. De fato, a não ser que faça parte de uma equipe especializada, não é sua função cuidar da violência em si. Mas, tendo como referência o princípio de integralidade do SUS, pode-se afirmar que qualquer profissional que identificar uma vítima de violência deve acolhê-la, orientá-la e acionar a rede intersetorial³².

Outra ideia que dificulta a identificação e abordagem de VCM é a de que não há demanda relacionada a esses casos para dentistas. Alguns participantes afirmam que tais mulheres não os procuram diretamente quando precisam de ajuda: “*é esporádico porque uma pessoa que passou por violência, no dia, ela não vai procurar o dentista*” (E9).

Uma demanda é fruto da busca por satisfazer uma necessidade identificada como passível de ser sanada. Ao procurar ajuda, as solicitações-demandas são feitas na cultura própria de cada profissional, o que conforma o perfil de uso e procura de acordo com o que é ofertado^{33,34}. Ou seja, se um dentista oferece um cuidado técnico-dependente e focado na boca, é isso que vão demandar. Por isso, raramente uma mulher vai procurá-lo para falar - espontaneamente - sobre violência. Ela vai procurá-lo para tratar dos dentes/boca.

Um paciente só demandará outros cuidados se souber que pode. Para tanto, é preciso criar um espaço-oportunidade, chamado de contexto instaurador de necessidades³³. Por isso, qualquer profissional da saúde que presuma violência, deve perguntar.

A maioria dos entrevistados concorda com isso, todavia, não perguntam: “*Eu acho que a principal dificuldade é SABER! São poucas mulheres que chegam falando [Eu apanhei]*” (E6); “*Nem sempre elas vão falar explicitamente que sofrem violência. Mas a gente percebe*” (E8).

Ao ser questionada se nesse caso ela pergunta, a entrevistada afirma que tenta, mas expõe um receio: “*Vou tentando de pouquinho investigar... Porque se eu for muito direta,*

elas vão largar de vim aqui!” (E8). Por não ser uma atribuição comum do cirurgião-dentista, conversar sobre questões da vida privada, amorosa e sexual pode parecer invasivo/ofensivo, uma ameaça.

Essa ameaça aparece como vergonha para alguns entrevistados, que justificam seu silêncio alegando que as pacientes têm reserva em conversar sobre isso “*com qualquer um*” (E6). Abordado por outra perspectiva, E5 afirma que, se tivesse proximidade com a paciente, tocaria no problema: “*Pro dentista abordar esse tema é complicado. A não ser que você tenha um relacionamento próximo com a paciente, aí, você pode aconselhar, mas sem invadir*” (E5).

Há expectativas de um vínculo suficiente para tratar temas sensíveis sem se “*envolver demais*”. Esse ideal cria uma impossibilidade que funciona como proteção de sentimentos difíceis que afloram em situações delicadas.

É importante salientar que no campo da saúde, a dimensão relacional é basilar para o cuidado e essa demanda intersubjetiva é exigente de trabalho psíquico. Isso porque, o processo de cuidar ocorre essencialmente na intervenção de um sujeito com o outro, a partir dos encontros que ocorrem entre ambos³⁵. Nessa relação, se há trocas de experiências, saberes e subjetividades, há oportunidade de modificação mútua. Mas, igualmente, há possibilidade de invasões - concretas e imaginárias -, já que profissionais e pacientes podem se ver como fonte de apoio e conforto, mas também, como ameaças^{35,36}.

Impotência, raiva, tristeza, medo e piedade foram sentimentos citados pelos entrevistados quando perguntados sobre como se sentem diante da violência: “*Eu nunca tive essa experiência, mas acho que ficaria BEM apreensiva*” (E7); “*Impotência por não poder RESOLVER aquele problema pra ela*” (E4).

O poder masculino - este que acarreta o silêncio sobre a violência -, também pode levar profissionais à sensação de impotência, o que impõe limites à disposição para o cuidado: “*lidar com dor, morte, sofrimento e com os corpos dos outros, pode despertar sentimentos contraditórios, fantasias e desejos difíceis de controlar*”³⁶.

Esse cenário nutre recusa aos casos. Histórias raras, como agressores que tiram satisfações ou atacam profissionais, são lembradas como justificativas para a não intervenção: “*Uma médica denunciou o pai por maus tratos da criança, ele foi lá e matou a médica*” (E6); “*Um casal brigou na rua, a mulher veio ser atendida e o marido ameaçou um funcionário*” (E9). Tais exemplos retratam concretamente a ameaça que abordar tais casos representa. Isso

se intensifica quando há fragmentação do trabalho e sobrecarga, condições que favorecem sentimentos de desamparo dos trabalhadores.

As emoções vividas na “*vida pessoal*” são mais toleradas por serem conhecidas e, portanto, menos ameaçadoras. Talvez por isso, quase todos entrevistados dizem já ter identificado situações de violência em relações com familiares e amigos e, inclusive, interferido.

A estrutura racionalista fruto do iluminismo, forjou uma existência que busca regularidade e afirmação no semelhante. Para se proteger e evitar sofrimento, rejeita o desconhecido, aumenta a impermeabilidade aos encontros e construções compartilhadas. Nesse processo, comportamentos afetivos, criativos e sensíveis são apartados em busca de certeza e neutralidade^{35,37}.

“Dentista é um pouco psicólogo” – limites do cuidado

Nessa terceira categoria são discutidas questões técnicas do trabalho em saúde, especialmente da Odontologia. Mesmo com as dificuldades já citadas, há pistas de que os entrevistados escutam as mulheres: “*Assim, já precisei acolher, conversar, orientar, né? Mas... foi até onde a gente conseguiu ir*” (E3); “*Às vezes, é ao longo do tratamento, elas vão ganhando confiança e a gente acolhe*” (E8).

Entretanto, eles não reconhecem tais práticas como trabalho do dentista e, quando agem assim, acreditam que fazem papel de psicólogas, profissionais abalizadas e habilitadas, segundo eles, para ouvir: “*Tem hora que a gente faz papel de psicólogo*” (E7); “*Dentista é um pouco psicólogo. Chega muito paciente desabafando*” (E2).

Segundo a Política Nacional de Humanização (PNH)⁴³, escutar significa acolher toda queixa ou relato, mesmo quando não pareça relacionado ao diagnóstico e tratamento. Ela pressupõe o reconhecimento da legitimidade do que o outro traz como necessidade de saúde e é importante para garantir acesso a um cuidado integral. A escuta enquanto acolhimento favorece a superação da fragmentação do processo de trabalho e a criação de contextos favoráveis para abordagem de temas e desenvolvimento de ações não-restritas à doença ou ao núcleo profissional⁴³.

Portanto, toda vez que a postura do profissional é dialógica, de compartilhamento de saberes, dúvidas e construção coletiva, ele está utilizando a escuta como ferramenta de

cuidado. Neste sentido, ela pode – e deve - ser uma tecnologia presente em toda e qualquer clínica.

E há uma percepção estereotipada entre os profissionais entrevistados tanto das práticas da Psicologia quanto da Odontologia que gera esse entendimento de que, quando escutam, atuam e orientam sobre algo que não é do campo tradicional do dentista, ele “*se torna psicólogo*”.

Os psicólogos são tomados como qualificados à priori para ouvir, inclusive sobre a violência. Talvez por isso, tenha sido unânime entre os participantes a necessidade de acioná-los nos casos de VCM: “*Acho que procuraria um profissional da saúd... saúde mental pra que pudesse conversar*” (E4).

A formação em Psicologia pressupõe um preparo para a escuta, mas não necessariamente para marcadores sociais da diferença, como gênero, raça e classe. Pesquisas^{37,38} mostram que psicólogas têm dificuldades em associar casos de depressão e ansiedade à violência, mesmo quando há referência a dificuldades conjugais e questões familiares complicadas. Isso cria um fenômeno que acolhe o efeito sem tornar visível a causa do problema³⁹, invisibilizando a violência e inviabilizando a integralidade.

O estereótipo da Odontologia é o de que, por priorizar tecnologias duras de trabalho⁴⁰, é um espaço para atuar apenas na reparação de danos físicos e reabilitação de perdas em sistema estomatognático.

As tecnologias do trabalho em saúde representam componentes de uma valise e se vinculam, respectivamente, à mão, cabeça e espaço relacional dos trabalhadores. As tecnologias duras são as inscritas em máquinas e ferramentas, programadas à priori. As leve-duras se referem aos saberes necessários à realização do trabalho e ganham novos contornos com cada trabalhador. As tecnologias leves são as relacionais, vinculadas à subjetividade⁴⁰⁻⁴². A odontologia é uma área em que, amiúde, há um domínio de tecnologias duras e leve-duras e dificuldades na incorporação de tecnologias relacionais como parte do processo de trabalho⁴³.

As tecnologias do encontro⁴¹ pressupõem uma postura ética que reconhece o outro como sujeito na produção de saúde⁴⁵. Por isso, favorecem a articulação entre diferentes saberes e a construção de relações de confiança entre equipes, serviços, trabalhadores e usuários. Conseqüentemente, o uso hegemônico de tecnologias dura e leve-duras entre os dentistas – inclusive os entrevistados -, parece impor desafios para o estabelecimento de vínculos.

“Eu não saberia como agir” – possibilidades de cuidado

Na última categoria são discutidas perspectivas de cuidado para situações de violência.

É responsabilidade de qualquer profissional de saúde ao identificar sinais de violência, buscar mais informações para poder acolher, orientar e favorecer o acesso à rede específica^{1,39,46}. Os participantes têm essa compreensão, entretanto, como ocorre com outros profissionais da saúde^{10,31,32,38,47}, afirmam não saber o que fazer: *“Você fazendo essas perguntas, me faz ver que tem muitas coisas que eu não sei”* (E8).

Entre os entrevistados, apenas dois afirmaram terem visto o assunto durante a graduação e pós, de forma difusa em aulas sobre odontopediatria, gerontologia, ética, cirurgia, traumas e saúde mental. Apesar da inserção do tema da violência no campo da saúde ter mais de 30 anos²⁷, o ensino sobre o agravo ainda é incipiente^{49,50} e, na Odontologia, não é diferente⁸.

Segundo os entrevistados, a violência também não é abordada em ações de educação permanente, matriciamento e capacitações. Eles afirmam que seria importante para favorecer o desenvolvimento de habilidades de comunicação e conhecimento sobre aspectos jurídicos, legais e trabalho em rede.

Segundo Paulino et al.⁴⁸ invariavelmente, o discurso do não saber é justificado através da culpabilização do sistema pela não abordagem do assunto. Entretanto, tais falas não têm função efetivamente de noticiar a insuficiência de formação para cuidar de temas sensíveis, mas de justificá-la⁴⁸. Isso porque, outros agravos para os quais os profissionais também não têm preparo, chegam diariamente aos serviços e esse discurso não é utilizado para justificar o não cuidado⁴⁸.

Assim, o discurso do “não saber” alicerça uma desresponsabilização pelo cuidado e pelo próprio saber. Isso é reforçado pela solicitação unânime dos entrevistados, por protocolos: *“De tudo eu tenho! De como encaminhamento pra especialidade, pro pronto-socorro, pra fazer exames. Mas eu não tenho esse protocolo de como intervir em agressão da mulher”* (E7). Eles associam ao que chamam de protocolo desde procedimentos padrão de como encaminhar até como agir: *“como deve abordar e como deve reagir: [AH!!!] [expressão de susto], não posso, né?!”* (E7).

Protocolo é o termo adotado para orientações sistematizadas, a partir de evidências científicas e resultados práticos, que auxiliam na tomada de decisões⁵¹. Tecnologia leve-dura, favorece a organização dos processos de trabalho e serve como uma linha mestre, que cria entre os profissionais uma sensação de segurança³⁷.

Essa sensação, entretanto, tende a ser ilusória pois sempre existe uma faixa de incerteza no que está pré-definido⁵², brecha que exige uma capacidade reflexiva dos profissionais. Ou seja, apesar de importante, o protocolo não é suficiente para a produção do cuidado. Mas, devido à dependência da Odontologia de tecnologias duras e leve-duras, há essa concepção de que ele asseguraria o que não sabem fazer – inclusive lidar com emoções. Restaria aos dentistas a aplicação mecânica de algo já criado⁵³.

O discurso do ‘não saber’ deixa algumas brechas ao longo das entrevistas à medida que os entrevistados apresentam hipóteses sobre o que fazer diante da VCM. Apesar de não ser nada específico, muitas suposições são adequadas e próximas ao que está descrito na literatura⁵².

Um ponto assinalado é a importância de atendimentos em que as mulheres fiquem à vontade para falar sobre a violência, o que chamam de humanização. Entretanto, o termo trazido pelos entrevistados faz referência a um conjunto de práticas motivacionais, assistencialistas e paternalistas, que dependem mais da vontade individual em realizar um cuidado de qualidade do que de ações sistematizadas. Assim, apesar de terem noção do que é, não sabem como agir, o que remete às dificuldades em identificar tecnologias leves como ferramentas de cuidado⁵⁴.

Um atendimento humanizado pressupõe atitude de respeito, demonstração de interesse e escuta cuidadosa da narrativa. O profissional não deve julgar moralmente dúvidas, comportamentos e valores adotados pela paciente, o que não é necessariamente algo fácil de ser feito. Isso porque, ele possui suas próprias concepções e preconceitos sobre relações familiares e papéis de gênero, que podem criar obstáculos à escuta sem julgamentos⁵². Nesse contexto, é primordial lembrar que a maioria dos trabalhadores de saúde são mulheres e que a chance de terem estado ou estarem em situações de violência é grande, o que pode afetar a qualidade do cuidado^{32,47}.

Outro aspecto trazido de forma genérica pelos entrevistados é a importância de orientações sobre leis existentes. A literatura aponta que é imperioso que os profissionais tenham informações atualizadas sobre direitos humanos e das mulheres e sobre relações de gênero, principalmente para delimitar o que configura violência^{32,55}. Essa definição é importante para não se perpetuar a banalização da violência e manutenção de sua invisibilidade.

Superado o grande obstáculo da detecção, o cuidado pode ser produzido através da escuta sem julgamento, orientação sobre rede de serviços - sem pressão por ações ou

encaminhamentos automáticos -, e manutenção de espaço de sigilo para segurança da mulher e vinculação ao serviço/profissional³².

Nesse sentido, há um equívoco entre os entrevistados – frequente entre profissionais da saúde - de que é função deles investigar se a violência de fato ocorreu: “*Primeiro eu acredito que investigar se é verdade*” (E1). Um entrevistado afirma inclusive, que só interferiria se tivesse certeza sobre o que aconteceu.

Não é tarefa do profissional da saúde investigar a ocorrência – a não ser que ele atue como perito. Essa é uma atribuição dos órgãos de segurança pública. O papel da saúde diante desses casos, é cuidar. Isso significa que o foco de atenção é a mulher, que deve ser acolhida em toda sua complexidade, com possibilidades de ações de prevenção e perspectivas de tratamento das consequências com a multiprofissionalidade. Além disso, cuidar pressupõe que as decisões assistenciais deverão ser discutidas e pactuadas com a mulher³². Exatamente por cada setor ter suas funções e especificidades, o trabalho em rede é necessário para garantir atenção integral aos casos de violência^{37,47}.

Parte desse processo é documentar de forma acurada o que encontrou. Os dados do prontuário podem servir como prova pericial do crime, além de ser indício do cuidado dispensado à vítima^{55,56}. Os entrevistados têm esse entendimento e percebem a importância dessa esfera de atuação.

Relacionado à função de cuidar, os profissionais da saúde têm dever de sigilo. Ele está associado ao princípio do respeito à autonomia e direito à confidencialidade, e só o paciente pode decidir se quer ou não divulgar suas informações pessoais, o que promove segurança na relação^{32,57,58,59}.

Mas, diante de situações de VCM, esse dever é esquecido por muitos profissionais, que acreditam ser sua obrigação denunciar os casos: “*Caso a paciente não procurar meios legais, acho que é nosso dever denunciar, está no código de ética*” (E6).

Denunciar significa comunicar a ocorrência do crime para as autoridades policiais⁵⁵ e isso está previsto apenas em casos específicos, em que há maior vulnerabilidade e a quebra de sigilo é justificável^{55,60}. Na VCM, a denúncia deve ser feita apenas com aval da vítima, uma vez que a preservação do sigilo é fundamental para a manutenção do vínculo³². O profissional de saúde deve orientar sobre direitos e funcionamento dos serviços, mas cabe à mulher – salvo exceções citadas – decidir o que fazer.

O que é obrigatório para profissionais de saúde é notificar a violência. Entretanto, muitos profissionais – inclusive entrevistados - tomam os termos notificação e denúncia como sinônimos⁵⁹, apesar de serem atos com diferentes objetivos e implicações.

A VCM deve ser notificada por profissionais da saúde à vigilância epidemiológica de forma compulsória em casos de suspeita ou confirmação⁶¹. A notificação é essencial para planejamento de políticas públicas, mas, apesar da obrigatoriedade, há uma subnotificação significativa dos casos de violência no Brasil^{1,6,17,21,31,32,55}. Entre cirurgiões-dentistas, isso ocorre por desconhecimento da obrigatoriedade legal, medo de quebra de sigilo e desejo de não se envolver⁸, o que deixa claro que desconhecem a função da ficha e os trâmites dos dados.

Desde dezembro de 2019, a Lei 13.931⁶² tornou obrigatório que serviços de saúde comuniquem às autoridades policiais suspeitas ou confirmações de VCM. Uma portaria publicada em 2021⁵⁸ determina que tal comunicação não deve identificar a vítima e nem o profissional de saúde e estabelece que nem a ficha de notificação compulsória nem o prontuário médico devem ser utilizados como documento desse processo, o que garantiria a manutenção do sigilo. Entretanto, existe um temor entre profissionais de que essa comunicação possa afastar as mulheres dos serviços de saúde.

Um último aspecto sobre o cuidado a situações de VCM citado foi a necessidade de trabalhar em equipe e de forma articulada com outros serviços. O processo de trabalho interprofissional e intersetorial é algo desafiador e ainda é incipiente^{32,37,38,47}.

Com os entrevistados é assim. Segundo os relatos, eles acionam outros profissionais apenas dentro das próprias unidades quando suspeitam de VCM. Segundo pesquisa⁴⁷, o conhecimento dos profissionais de saúde sobre outros serviços, que não os próprios, é parcial e isso pode gerar isolamento e favorecer a formação de rotas críticas.

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

Ferramentas da PNH⁴³, como projeto terapêutico singular, clínica ampliada e matriciamento ainda não são utilizadas de forma sistemática nas unidades dos entrevistados, ao menos não nos espaços em que estão inseridos.

Práticas de trabalho em rede não foram citadas e o conhecimento dos participantes sobre serviços existentes para o cuidado à VCM é escasso e resumido à delegacia: “*Existe alguma rede de apoio pra essas mulheres? Eu não tenho conhecimento*” (E1).

O trabalho intersetorial para violência é essencial para produzir um cuidado integral. Sua consolidação requer o estabelecimento de diálogo entre serviços e preparo dos profissionais para relação com outras áreas e formas de entendimento da violência⁴⁷. Apesar das políticas existentes, persiste um descompasso no agir dos profissionais da saúde, ainda baseado em racionalidades técnico-científicas, fragmentado e sem integração de perspectivas de gênero e promoção de direitos no planejamento das ações⁴³.

Considerações Finais

Este estudo identificou que é provável que a maioria dos dentistas entrevistados consiga identificar, ou ao menos suspeitar de VCM, contudo eles têm dificuldade de abordar o problema. Isso ocorre por medo de represálias e por acreditar não terem vínculo suficiente para conversar sobre o tema.

Apesar da rede intersetorial ser pouco conhecida, os participantes têm uma boa noção do que deve ser feito diante dos casos de VCM. Entretanto quando há práticas adequadas de cuidado, eles não as entendem como parte do processo de trabalho da odontologia e o fazem por intuição e desejo de “ajudar”. A natureza tecnicista do ofício parece estar ligada à dificuldade em utilizar tecnologias leves na assistência e entender o vínculo como parte do processo de cuidado.

Há demandas por capacitações e protocolos para lidar com VCM, inclusive sobre como reagir frente aos casos. Mais do que acesso a informações, tais carecimentos representam uma busca por segurança e proteção contra emoções difíceis suscitadas frente a tais casos.

O papel do cirurgião-dentista da APS é fundamental no cuidado a mulheres que vivem situações de violência e a conduta adequada deste profissional no acolhimento, atendimento e notificação de casos suspeitos ou confirmados pode garantir acesso a direitos e qualidade de vida às vítimas. Sua efetiva inserção nas equipes das unidades, uso compartilhado de ferramentas de gestão do cuidado e desenvolvimento de ações intersetoriais são essenciais para sentirem-se amparados e seguros e possam abordar efetivamente os casos de VCM que chegam aos seus consultórios para além de práticas reparadoras e odontolegais.

Referências

1. Minayo MCS, Souza ER, Silva MMA, Assis SG. Institucionalização do tema da violência no SUS: avanços e desafios. *Ciêns Saúde Colet*. 2018;23(6):2007-16.
2. Brasil. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006 (Lei Maria da Penha). *Diário Oficial da União*. 2006 Ago.8
<https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/496319/000925795.pdf?sequence=1>
 (acessado em 20/Jun/2022).
3. World Health Organization. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Geneva: World Health Organization; 2013.
4. World Health Organization/London School of Hygiene and Tropical Medicine. Preventing intimate partner and sexual violence against women: taking action and generating evidence. Geneva: World Health Organization; 2010.
5. Bott S, Guedes A, Ruiz-Celis AP, Mendoza JA. Intimate partner violence in the Americas: a systematic review and reanalysis of national prevalence estimates. *Rev. Panam. Salud Publica*. 2019;43(e26).
6. Barros CRS, Schraiber LB. Intimate partner violence reported by female and male users of healthcare units. *Rev. Saúde Públ*. 2017;51:(7)1-10.
7. Garbin CAS, Garbin AJI, Dossi AP, Dossi MO. Violência doméstica: análise das lesões em mulheres. *Cad. Saúde Pública*. 2006;22(12):2567-73.
8. Carvalho LMF, Galo R, Silva RHA. O cirurgião-dentista frente à violência doméstica: conhecimento dos profissionais em âmbito público e privado. *Medicina (Ribeirão Preto)*. 2013;46(3):297-304.
9. Hashemi HM, Bechkar M. The prevalence of maxillofacial fractures due to domestic violence: a retrospective study in a hospital in Tehran, Iran. *Dental Traumatology*. 2011; 27(5):385-8.
10. Tornavoi DE, Galo E, Silva RHA. Conhecimento de profissionais de odontologia sobre violência doméstica. *Rev. bras. odontol*. 2010;8(1):54-9.
11. Soares EMG, Cavalcante RR, Wanderley AEC, Souto RRFA, Lessa RM, Tenório Neto JF. Análise pericial das lesões situadas em cabeça e pescoço de mulheres vítimas de

violência doméstica atendidas em um instituto médico legal de Maceió – AL. Rev. bras. odontol. 2018;5(3):12-22.

12. Bernardino ÍM, Santos LM, Ferreira AVP, Lima TLMA, Nóbrega LM, D'AVILA S. Intimate partner violence against women, circumstances of aggressions and oral-maxillofacial traumas: A medical-legal and forensic approach. *Legal Medicine (Tokyo)*. 2018;31:1-6.
13. Castro TL, Tinoco RLR, Lima LNC, Costa LRS, Francesquini Júnior L, Daruge Júnior E. Violence against women: characteristics of head and neck injuries. *RGO*. 2017;65(2):100-108.
14. Coulthard P, Warburton AL. The role of the dental team in responding to domestic violence. *British Dental Journal*. 2007;203(11):645-8.
15. Figueiredo MC, Cesar MO, Silva JP, Borba BEM. Prevalência de mulheres vítimas de violência no município de Porto Alegre e a influência de suas variáveis no âmbito odontológico. *RFO UPF*. 2012;17(3):254-60.
16. Figueiredo MC, Lummertz GB, Silvestre EMP, Melgar XC. Relato de caso clínico: violência doméstica contra uma paciente portadora de síndrome de Down. *Odontoestomatología*. 2017;19(30):107-14.
17. Silva RF, Prado MM, Garcia RR, Daruge Júnior E, Daruge, E. Atuação profissional do cirurgião-dentista diante da lei Maria da Penha. *RSBO (Online) [Internet]*. 2010;7(1):110-116. http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-56852010000100017 (acessado em 22/jul/2022).
18. Stavrianos C, Vasikiadis L, Papadoulos C, Pantelidou O, Pantazis A, Konosidou, N. Violence against women: A case report. *Research Journal of Medical Sciences*. 2011;5(3):122-5.
19. Malachias RC. Violência contra mulheres relacionada ao trauma de face [Monografia de Especialização]. Belo Horizonte: Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais; 2017. <http://hdl.handle.net/1843/ODON-AZWLBG> (acessado em 23/jul/2022).
20. Cesa TS, et al. Survey on jaw fractures occurring due to domestic violence against women. *RSBO*. 2012;9(4):388-93.
21. Gomes NP, Silveira YM, Diniz NMF, Paixão GPN, Camargo CL, Gomes NR. Identificação da violência na relação conjugal a partir da Estratégia Saúde da Família. *Texto Contexto Enfermagem*. 2013;22(3):789-96.

22. Vinuto J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. *Temáticas*. 2014;22(44):203-220.
23. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad. Saúde Públ.* 2008;24(1):17-27.
24. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70. 1977. 229 p.
25. Galvão ALM, Oliveira E, Germani ACCG, Luiz OC. Determinantes estruturais da saúde, raça, gênero e classe social: uma revisão de escopo. *Saúde Soc.* 2021;30(2):1-14.
26. Fonseca RMGS. Equidade de gênero e saúde das mulheres. *Rev Esc Enferm USP [Internet]*. 2005;39(4):450-9. <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/C3YMvmDJGFXcyxn7LPV4Vjq/abstract/?lang=pt> (acessado em 02/ago/2022)
27. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R, editores. *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization; 2002.
28. Heise L, Ellsberg M, Gotemoeller M. Ending violence against women. *Population Reports Serie L*. Baltimore Johns Hopkins University School of Public Health.1999;27(4):1-44.
29. Netto LA, Moura MAV, Queiroz ABA, Tyrrel MAR, Bravo MMP. Violence against women and its consequences. *Acta Paul Enferm [Internet]*. 2014Set-Out;27(5):458-64. https://acta-ape.org/wp-content/uploads/articles_xml/1982-0194-ape-027-005-0458/1982-0194-ape-027-005-0458-pt.x65718.pdf (acessado em 31/jul/2022)
30. Schraiber LB, et al. Violência contra mulheres entre usuárias de serviços públicos de saúde da grande São Paulo. *Rev. Saúde Públ.* 2007;41(3):359-67.
31. Hasse M, Vieira EM. Como os profissionais de saúde atendem mulheres em situação de violência? Uma análise triangulada de dados. *Saúde debate*. 2014;28(102):482-92.
32. D'Oliveira AFPL, Schraiber LB, Hanada H, Durand J. Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero: uma alternativa para a atenção primária em saúde. *Cien Saude Colet*. 2009;14(4):1037-1050.
33. Schraiber LB, Mendes-Gonçalves RB. Necessidades de saúde e atenção primária. In: Schraiber LB, Nemes MIB, Mendes-Gonçalves RB, organizadores. *Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica*. São Paulo: Hucitec; 1996. p. 29-47.
34. Mendes-Gonçalves RB. *Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades*. São Paulo: CEFOR; 1992. 53 p.

35. Ayres JRMC. Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde. Rio de Janeiro: CEPESC Editora; 2009. 143 p.
36. Sá MC, Azevedo CS. Subjetividade e gestão: explorando as articulações psicossociais no trabalho gerencial e no trabalho em saúde. In: Azevedo CS, Sá MC, organizadores. Subjetividade, gestão e cuidado em saúde: abordagens da psicossociologia. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2013.
37. Hasse M. Violência de gênero contra mulheres: em busca da produção de um cuidado integral. Tese [Doutorado]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2016. 282 p.
38. Hanada H, D'Oliveira AFPL, Schraiber LB. Os psicólogos na rede de assistência a mulher em situação de violência. Rev. Estud. Fem. 2010;18(1):288.
39. Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, Falcão MTC, Figueiredo WS. Violência dói e não é direito. A violência contra a mulher, a saúde e os direitos humanos. São Paulo: Unesp, 2005. 184 p.
40. Merhy EE. Saúde, a cartografia do trabalho vivo. 3. ed. São Paulo: Hucitec; 2002. 192 p.
41. Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 1997. p. 71-112.
42. Franco TB, Merhy EE, organizadores. Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos. São Paulo: Hucitec; 2013. 366 p.
43. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular. 2. ed. Brasília; 2008. 60 p.
44. Santos AM. Organização das ações em saúde bucal na estratégia de saúde da família: ações individuais e coletivas baseadas em dispositivos relacionais e instituintes. Revista de APS. 2006;9(2):190-200.
45. Teixeira RR. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: CEPESC, IMS/UERJ, ABRASCO; 2006. 184 p.
46. Minayo MCS. Violência e saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2006. 134 p.
47. Vieira EM, Hasse M. Percepções dos profissionais de uma rede intersetorial sobre o atendimento a mulheres em situação de violência. Interface (Botucatu). 2017;21(60):52-62.

48. Paulino DB, Rasera EF, Teixeira FB. Discursos sobre o cuidado em saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais (LGBT) entre médicas(os) da Estratégia Saúde da Família. *Interface (Botucatu)*. 2019;23:e180279.
49. Lúcio PC, Alves KB, Kil KG, Rende VF, Borges LM, Hasse M. Ensino sobre violências nos cursos de medicina das universidades federais. In: *Anais do 59º Congresso Brasileiro de Educação Médica – COBEM*. 2021 Set 18-22; Brasília, Brasil. Organização da Associação Brasileira de Educação Médica - ABEM, 2021.
50. Dias MA, Pizzo GM, Camargos MER, Hasse M. Ensino sobre violências nos cursos de Psicologia das Universidades Federais. In: *Anais da XXVI Semana de Psicologia/UFU*; 2020 Out 26-30; Uberlândia, Brasil. Minas Gerais: Universidade Federal de Uberlândia, Instituto de Psicologia, 2021. 6(1), 2021.
51. Santos JS, Pereira GA Júnior, Bliacheriene AC, Forster AC. *Protocolos clínicos e de regulação: acesso à rede de saúde*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.
52. Cunha GT, Dantas DV. Uma contribuição para a cogestão da clínica: grupos Balint-Paidéia. In: Campos GWS, Guerrero AVP, organizadores. *Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada*. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 24-47.
53. Campos GWS. A mediação entre conhecimento e práticas sociais: a racionalidade da tecnologia leve, da práxis e da arte. *Cien Saude Colet*. 2011;16(7):3033-3040.
54. Silva AM, Sá MCS, Miranda L. Concepções de sujeito e autonomia na humanização em saúde: uma revisão bibliográfica das experiências na assistência hospitalar. *Saúde Soc*. [Internet] 2013 Set; 22(3):840-852. <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/yGYpBNw9Mf95GGzsXgYv9wh/abstract/?lang=pt> (acessado em 29/jul/2022).
55. Luz MFS, Loreto DBL, Barros BAC. Conhecimento e atuação de cirurgiões-dentistas e estudantes de odontologia frente à violência contra a mulher, com ênfase na notificação compulsória. *RBOL*. 2021;8(2):26-35.
56. Brasil. Gabinete do Ministro – Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 78. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 4, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre as diretrizes para a comunicação externa dos casos de violência contra a mulher às autoridades policiais, no âmbito da Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003. *Diário Oficial da União*. 2021 Jan 18.
57. Villas-Bôas ME. O direito-dever de sigilo na proteção ao paciente. *Rev. bioet.(Impr.)*. 2015;23(3):513-23.

58. Loch JA. Confidencialidade: natureza, características e limitações no contexto da relação clínica. *Rev. bioet.(Impr.)*. 2009;11(1):51-64.
59. Colodette RM, Moreira TR, Gomes AP, Siqueira-Batista R. Bioética, odontologia e atenção primária à saúde: o sigilo em questão. *Rev. Assoc. Med. Bras.* 2020;15(42):2036.
60. Conselho Federal de Odontologia. Resolução CFO nº 118/2012. Código de Ética Odontológica. *Diário Oficial da União*. 2012 Jun 14.
61. Brasil. Lei nº10.778, de 24 de novembro de 2003. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. *Diário Oficial da União*. 2003 Nov 25.
62. Brasil. Lei nº 13.931, de 10 de dezembro de 2019. Altera a Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003, para dispor sobre a notificação compulsória dos casos de suspeita de violência contra a mulher. *Diário Oficial da União*. 2019 Dez 10.

APÊNDICE A - Roteiro da entrevista

Data: ___ / ___ / _____

Horário de Início: _____

Horário de Término: _____

Número da Entrevista: _____

I. Identificação:

1. Sexo F () M ()
2. Gênero _____
3. Data de nascimento: ___ / ___ / _____
4. Naturalidade: _____
5. Estado civil: _____
6. Se em união com parceiro fixo, há quanto tempo? _____
7. Tem filhos? Quantos? _____
8. Raça/cor autodeclarada _____
9. Religião: _____

II. Formação Profissional

1. Instituição de Graduação: _____
2. Natureza da Instituição: Pública () Privada ()
3. Tempo de formatura: _____
4. Possui pós-graduação? Qual (ais) _____
5. Instituição (ões) de pós-graduação: _____

6. Há quanto tempo trabalha na SMS/PMU? _____
7. Há quanto tempo trabalha na APS? _____

1. Você acha importante conversar sobre violência no campo da saúde?
2. Como se sente falando sobre o tema?
3. Por que você acha que a violência contra as mulheres ocorre?
4. Como acha que a violência afeta a vida das mulheres?
5. Quais os tipos de violência contra mulheres você conhece?
6. Existe um ditado que diz que “em briga de marido e mulher, não se mete a colher”. O que pensa sobre isso? (se não responder perguntar se alguém deve se envolver).
7. Você já atendeu alguma mulher em situação de violência?
8. Qual foi/seria (se 7 negativa) o procedimento adotado diante do caso? (Explorar acolhimento, notificação e encaminhamentos).

9. Quais as dificuldades que enfrentou/acredita que enfrentaria atendendo a essas situações?
10. Como você se sentiu/sentiria ao lidar com situações de violência contra mulheres?
11. O que acha que cirurgiões-dentistas podem/devem fazer em casos de violência ou quando suspeitam?
12. Quais deveriam ser os procedimentos padrões para enfrentar esse problema? Com relação à identificação, tratamento e prevenção?
13. Ao atender uma mulher que sofreu violência, você se sente à vontade para discutir o caso com sua Equipe? Com quem da equipe? De que forma seria tratado o caso na ESF?
14. Durante sua formação profissional (faculdade ou pós-graduação), alguma vez, foi abordada a questão da violência contra mulheres?
15. Você acha necessário algum tipo de treinamento para os profissionais de saúde lidarem com a questão da violência contra mulheres?
16. O que você gostaria de saber mais sobre o tema? Com qual abordagem didática?

APÊNDICE B - Termo de consentimento livre e esclarecido

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada **“Percepções de cirurgiões-dentistas da atenção primária à saúde sobre a violência contra mulheres”**, sob a responsabilidade das pesquisadoras, Kethellen Gerkman Kil e Prof.^a Dra. Mariana Hasse, da Universidade Federal de Uberlândia – UFU. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia com o parecer nº 4.653.579.

Nesta pesquisa procuramos analisar o que os profissionais em questão pensam sobre o tema violência de gênero contra mulheres; compreender como tais percepções interferem nas condutas relacionadas ao contexto do cuidado às mulheres em situação de violência e descrever as dificuldades que os cirurgiões-dentistas encontram em lidar com esta questão, além de identificar possíveis necessidades de capacitação profissional referente ao tema.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será obtido pela pesquisadora, durante ou fora do horário de trabalho dos entrevistados em seus locais de trabalho, ou externamente, como eles preferirem. Durante a vigência do estado de emergência devido à Covid-19, se o participante preferir, a entrevista poderá ocorrer de forma remota, através de aplicativo. Nesse caso, o TCLE será enviado por e-mail de forma que possa ser impresso, lido, assinado e reenviado através de digitalização ou fotografia digital e posteriormente mantido sob a guarda do participante. No caso da versão remota, o participante terá sua entrevista agendada em horário e data que melhor lhe convier, apenas após o reenvio do TCLE assinado.

Na sua participação, você será submetido a uma entrevista contendo dezesseis perguntas e com duração entre quarenta minutos e uma hora. Se você permitir, as falas da entrevista serão gravadas para que posteriormente possam ser transcritas pela pesquisadora e guardadas sob sigilo. Após as gravações serem transcritas, atendendo às orientações contidas na Resolução 510/16, os arquivos (físicos ou digitais) ficarão guardados, sob guarda e responsabilidade da pesquisadora por, no mínimo, cinco (5) anos após o término da pesquisa. Após esse período, o material será desgravado.

Em nenhum momento você será identificado. Os resultados da pesquisa serão publicados e ainda assim a sua identidade será preservada.

Você não terá nenhum gasto nem ganho financeiro por participar na pesquisa.

Havendo algum dano decorrente da pesquisa, você terá direito a solicitar indenização através das vias judiciais (Código Civil, Lei 10.406/2002, Artigos 927 a 954 e Resolução CNS nº 510 de 2016, Artigo 19).

Para os participantes das entrevistas há riscos subjetivos, pois são comuns os relatos de sentimentos de constrangimentos e/ou lembranças de fatos desagradáveis ao serem perguntados, por colegas, no âmbito de pesquisa, sobre situações que envolvam a análise de suas crenças, suas práticas e processos de trabalho. A entrevista será interrompida, a qualquer momento, a pedido do entrevistado, podendo ser remarcada de acordo com sua disponibilidade ou mesmo desconsiderada. Algumas estratégias serão adotadas no sentido de minimizar constrangimentos e desconfortos como, por exemplo, o agendamento de entrevista em horário e local escolhido pelo entrevistado. Por se tratar de um estudo que pode contribuir para a reflexão da conduta frente ao atendimento de mulheres em situação de violência, pode trazer benefícios tais como melhorar a atenção à saúde através da fomentação programas de educação permanente e capacitações que culminem com a melhoria da assistência, por meio da adoção de práticas de humanização tanto em relação aos servidores, quanto às usuárias.

Rubrica pesquisadora: _____

Rubrica participante: _____

Você é livre para deixar de participar da pesquisa a qualquer momento, sem qualquer prejuízo ou coação. Até o momento da divulgação dos resultados, você também é livre para solicitar a retirada dos seus dados, devendo a pesquisadora responsável devolver-lhe o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado por você.

Uma via original deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com você.

Em caso de qualquer dúvida ou reclamação a respeito da pesquisa, você poderá entrar em contato com: Kethellen Gerkman Kil pelo telefone (34) 99123-9175 ou com a Prof.^a Dra. Mariana Hasse, tel. (34) 99108-4128, vinculada a Universidade Federal de Uberlândia – UFU, ao Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina, sito à Avenida Pará, nº1720 – Bloco U - sala 23 – *Campus* Umuarama / Bairro Umuarama em Uberlândia/MG - CEP 38405-320. Para obter orientações quanto aos direitos dos participantes de pesquisa acesse a cartilha no link: https://conselho.saude.gov.br/images/comissoes/conep/documentos/Cartilha_Direitos_Eticos_2020.pdf.

Você poderá também entrar em contato com o CEP - Comitê de Ética na Pesquisa com Seres Humanos na Universidade Federal de Uberlândia, localizado na Av. João Naves de Ávila, nº 2121, Bloco A - sala 224, *Campus* Santa Mônica – Uberlândia/MG – CEP: 38408-100; telefone: (34) 3239-4131. O CEP é um colegiado independente criado para defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e para contribuir para o desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos, conforme resoluções do Conselho Nacional de Saúde.

Uberaba/MG, _____ de _____ de 2021.

Assinatura da pesquisadora

Eu aceito participar do projeto citado acima, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecido (a).

Assinatura do participante da pesquisa

ANEXO 1 – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Percepções de cirurgiões-dentistas da atenção primária à saúde sobre a violência contra mulheres.

Pesquisador: Mariana Hasse

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 42599520.8.0000.5152

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.653.579

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo qualitativo do tipo exploratório, no qual pretende-se conhecer as percepções de cirurgiões-dentistas, que atuam na atenção primária à saúde, acerca da violência contra mulheres, uma vez que frequentemente as vítimas procuram os serviços de saúde e muitos profissionais têm dificuldades em prestar assistência adequada. Serão realizadas entrevistas semiestruturadas com 25 cirurgiões-dentistas que atuam na atenção primária à saúde na cidade de Uberaba-MG. Será feita a análise do conteúdo das entrevistas.

De acordo com o descrito no projeto são Critérios

- a) de Inclusão: Ser cirurgião-dentista que atua na Atenção Primária à Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Uberaba - MG.
- b) de Exclusão: cirurgião-dentista que não seja efetivo e esteja apenas temporariamente inserido no serviço público; aquele que não estiver atuando na atenção primária; aquele que, no período das entrevistas, esteja afastado, em desvio de função ou em férias.

Objetivo da Pesquisa:

Primário: Analisar as percepções dos cirurgiões-dentistas que atuam na atenção primária à saúde acerca da violência doméstica contra mulheres atendidas na Rede Pública de Saúde do município de Uberaba-MG.

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4131 **E-mail:** cep@propp.ufu.br



Continuação do Parecer: 4.653.579

Secundários: Analisar o que os profissionais em questão pensam sobre o tema violência de gênero contra mulheres; Compreender como tais percepções interferem nas condutas relacionadas ao contexto do cuidado às mulheres em situação de violência; Descrever as dificuldades que os cirurgiões-dentistas encontram em lidar com a questão da violência contra mulheres; Identificar possíveis necessidades de capacitação profissional referente ao tema.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS: há riscos subjetivos, como sentimentos de constrangimentos e/ou lembranças de fatos desagradáveis ao serem perguntados, por colegas, no âmbito de pesquisa, sobre situações que envolvam a análise de suas crenças, suas práticas e processos de trabalho. A entrevista será interrompida, a qualquer momento, a pedido do entrevistado, podendo ser remarcada de acordo com sua disponibilidade ou mesmo desconsiderada. Algumas estratégias serão adotadas no sentido de minimizar constrangimentos e desconfortos como, por exemplo, o agendamento de entrevista em horário e local escolhido pelo entrevistado.

BENEFÍCIOS: Por se tratar de um estudo que pode contribuir para a reflexão da conduta frente ao atendimento de mulheres em situação de violência, pode trazer benefícios indiretos para os participantes da pesquisa. Como um benefício direto para a instituição, propiciará uma análise sobre como melhorar a atenção à saúde através da fomentação de programas de educação permanente e capacitações que culminem com a melhoria da assistência, por meio da adoção de práticas de humanização tanto em relação aos servidores, quanto às usuárias.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Atendendo ao pedido de esclarecimento feito pelo CEP/UFU no Parecer Consubstanciado Número 4.571.623, de 03 de Março de 2021, a equipe de pesquisa respondeu como se segue:

1- Considerando o período de mudança de gestão nas prefeituras municipais, providenciar um novo termo do Gestor da Secretaria de Saúde do Município de Uberaba, para atualização de data e assinatura, carimbo.

RESPOSTA DOS PESQUISADORES: Uma nova autorização foi anexada ao projeto.

ANÁLISE DO CEP/UFU: Foi anexada nova autorização carimbada e assinada. ATENDIDA.

2- Esclarecer como os pesquisadores irão contatar os participantes de pesquisa. Lembrando que os dados pessoais não poderão ser repassados por terceiros, devendo ser portanto públicos.

RESPOSTA DOS PESQUISADORES: Inserimos no projeto e na descrição na plataforma a informação que explica essa questão. A saber, como a pesquisadora que fará as entrevistas trabalha no mesmo setor que os participantes, ela têm os contatos de todos. O texto modificado está

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4131 **E-mail:** cep@propp.ufu.br



Continuação do Parecer: 4.653.579

destacado em amarelo.

ANÁLISE DO CEP/UFU: Foram feitas as mudanças nos textos. ATENDIDA.

3- No Termo de Consentimento Livre e Esclarecido:

a) No 4º parágrafo alterar a afirmação "Após as gravações serem transcritas para a pesquisa, todo o material será desgravado." Esclarecer que, atendendo às orientações contidas na Resolução 510/16 (Capítulo VI, Art.28; IV - manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período mínimo de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa), o material gravado, após transcrito, ficará sob guarda do pesquisador e, após o período estabelecido nessa resolução, será desgravado.

RESPOSTA DOS PESQUISADORES: O TCLE foi adequado. O texto modificado está destacado em amarelo.

ANÁLISE DO CEP/UFU: Foram feitas as adequações no texto. ATENDIDA.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados os seguintes Termos:

- 1- Folha de Rosto preenchida e assinada
- 2- Termo de Compromisso e Confidencialidade da Equipe Executora
- 3- Informação Nº 15/2021, referente à solicitação de autorização para a realização do projeto de pesquisa, assinada pela Chefe do Departamento de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, Rosana Rocha Silva Palis, deferido pelo Secretário de Saúde da Prefeitura Municipal de Uberaba, Setimo Boscolo Neto, datado de 04/03/2021.
- 4- Projeto Detalhado.
- 5- Roteiro de Entrevista.
- 6- Links para os currículos da equipe de pesquisa.

Recomendações:

Atualizar o cronograma, em especial, a data de início da coleta de dados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não foram observados óbices éticos no presente protocolo.

Considerações Finais a critério do CEP:

OBS.: O CEP/UFU LEMBRA QUE QUALQUER MUDANÇA NO PROTOCOLO DEVE SER INFORMADA IMEDIATAMENTE AO CEP PARA FINS DE ANÁLISE E APROVAÇÃO DA MESMA.

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4131 **E-mail:** cep@propp.ufu.br



Continuação do Parecer: 4.653.579

O CEP/UFU lembra que:

- a- segundo as Resoluções CNS 466/12 e 510/16, o pesquisador deverá manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período mínimo de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa;
- b- poderá, por escolha aleatória, visitar o pesquisador para conferência do relatório e documentação pertinente ao projeto.
- c- a aprovação do protocolo de pesquisa pelo CEP/UFU dá-se em decorrência do atendimento as Resoluções CNS 466/12, 510/16 e suas complementares, não implicando na qualidade científica do mesmo.

Orientações ao pesquisador :

- O participante da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 466/12 e 510/16) e deve receber uma via original do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado.
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS 466/12), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata.
- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS 466/12). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.
- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, destacando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprobatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res.251/97, item III.2.e).

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4131 **E-mail:** cep@propp.ufu.br



Continuação do Parecer: 4.653.579

De acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12, Resolução 510/16 e suas complementares, o CEP manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa proposto.

O protocolo não apresenta problemas de ética nas condutas de pesquisa com seres humanos, nos limites da redação e da metodologia apresentadas.

Data para entrega de Relatório Final ao CEP/UFU: JULHO/2022

* Tolerância máxima de 01 mês para atraso na entrega do relatório final.

=====

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1640468.pdf	06/04/2021 11:10:36		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_Pesquisa.pdf	06/04/2021 11:10:19	Mariana Hasse	Aceito
Outros	anuencia_SMS_Uberaba.pdf	30/03/2021 14:31:09	Mariana Hasse	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Apendice_B_TCLE.pdf	03/03/2021 17:34:43	Mariana Hasse	Aceito
Outros	Apendice_A_Roteiro_Entrevista.pdf	26/01/2021 11:09:52	Mariana Hasse	Aceito
Outros	Lattes_Equipe.docx	14/01/2021 10:09:46	Mariana Hasse	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_compromisso_equipe_assinado.pdf	14/01/2021 10:09:17	Mariana Hasse	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRostoassinada.pdf	14/10/2020 10:51:15	Mariana Hasse	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLANDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4131 **E-mail:** cep@propp.ufu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
UBERLÂNDIA/MG



Continuação do Parecer: 4.653.579

Não

UBERLÂNDIA, 16 de Abril de 2021

Assinado por:
Karine Rezende de Oliveira
(Coordenador(a))

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4131 **E-mail:** cep@propp.ufu.br

ANEXO 2 – Instruções de Submissão de Artigo nos CSP

Cadernos de Saúde Pública (CSP) publica artigos originais com elevado mérito científico, que contribuam com o estudo da Saúde Coletiva/Saúde Pública em geral e disciplinas afins. Desde janeiro de 2016, a revista é publicada por meio eletrônico. CSP utiliza o modelo de publicação continuada, publicando fascículos mensais. Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções antes de submeterem seus artigos a CSP.

1. CSP ACEITA TRABALHOS PARA AS SEGUINTESE SEÇÕES:

1.1 – Perspectivas: análises de temas conjunturais, de interesse imediato, de importância para a Saúde Coletiva (máximo de 2.200 palavras).

1.2 – Debate: análise de temas relevantes do campo da Saúde Coletiva. Sua publicação é acompanhada por comentários críticos assinados por renomados pesquisadores, convidados a critérios das Editoras, seguida de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações).

1.3 – Espaço Temático: seção destinada à publicação de 3 a 4 artigos versando sobre tema comum, relevante para a Saúde Coletiva. Os interessados em submeter trabalhos para essa Seção devem consultar as Editoras.

1.4 – Revisão: revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à Saúde Coletiva (máximo de 8.000 palavras e 5 ilustrações). São priorizadas as revisões sistemáticas, que devem ser submetidas em inglês. São aceitos, entretanto, outros tipos de revisões, como narrativas e integrativas. Toda revisão sistemática deverá ter seu protocolo publicado ou registrado em uma base de registro de revisões sistemáticas como, por exemplo, o PROSPERO. O Editorial 32(9) discute sobre as revisões sistemáticas (Leia mais).

1.5 – Ensaio: texto original que desenvolve um argumento sobre temática bem delimitada (máximo 8.000 palavras e 5 ilustrações) (Leia mais). O Editorial 29(6) aborda a qualidade das informações dos ensaios clínicos.

1.6 – Questões Metodológicas: artigos cujo foco é a discussão, comparação ou avaliação de aspectos metodológicos importantes para o campo, seja na área de desenho de estudos, análise de dados, métodos qualitativos ou instrumentos de aferição epidemiológicos (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações) (Leia mais).

1.7 – Artigo: resultado de pesquisa de natureza empírica com abordagens e enfoques diversos (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações). Dentro dos diversos tipos de estudos empíricos, apresentamos dois exemplos: artigo de pesquisa etiológica na epidemiologia e artigo utilizando metodologia qualitativa. Para informações adicionais sobre diagramas causais, ler o Editorial 32(8).

1.8 – Comunicação Breve: relato de resultados de pesquisa que possam ser apresentados de forma sucinta (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações).

1.9 – Cartas: Comentário crítico sobre conteúdo de artigo científico publicado em fascículo anterior de CSP (máximo de 700 palavras). (máximo de 700 palavras).

1.10 – Resenhas: crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.400 palavras). As Resenhas devem conter título e referências bibliográficas. As informações sobre o livro resenhado devem ser apresentadas no arquivo de texto.

2. NORMAS PARA ENVIO DE ARTIGOS

2.1 – CSP publica somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em nenhum outro periódico simultaneamente. Os autores devem declarar essas condições no processo de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.

2.2 – Não há taxas para submissão e avaliação de artigos.

2.3 – Serão aceitas contribuições em Português, Inglês ou Espanhol.

2.4 – Notas de rodapé, de fim de página e anexos não serão aceitos.

2.5 – A contagem de palavras inclui somente o corpo do texto e as referências bibliográficas, conforme item 6 (Passo a passo).

2.6 – Todos os autores dos artigos aceitos para publicação serão automaticamente inseridos no banco de consultores de CSP, se comprometendo, portanto, a ficar à disposição para avaliarem artigos submetidos nos temas referentes ao artigo publicado.

3. PUBLICAÇÃO DE ENSAIOS CLÍNICOS

3.1 – Artigos que apresentem resultados parciais ou integrais de ensaios clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número e entidade de registro do ensaio clínico.

3.2 – Essa exigência está de acordo com a recomendação do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME)/Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)/Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre o Registro de Ensaio Clínicos a serem publicados com base em orientações da OMS, do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) e do Workshop ICTPR.

3.3 – As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:

- Australian New Zealand Clinical Trials Registry (ANZCTR)
- Clinical Trials
- International Standard Randomised Controlled Trial Number (ISRCTN)
- Netherlands Trial Register (NTR)
- UMIN Clinical Trials Registry (UMIN-CTR)
- WHO International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP)

4. FONTES DE FINANCIAMENTO

4.1 – Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.

4.2 – Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).

4.3 – No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

5. CONFLITO DE INTERESSES

5.1 – Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

6. COLABORADORES E ORCID

6.1 – Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

6.2 – Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do ICMJE, que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada; 4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra. Essas quatro condições devem ser integralmente atendidas.

6.3 – Todos os autores deverão informar o número de registro do ORCID no cadastro de autoria do artigo. Não serão aceitos autores sem registro.

6.4 – Os autores mantêm o direito autoral da obra, concedendo à publicação Cadernos de Saúde Pública o direito de primeira publicação.

7. AGRADECIMENTOS

7.1 – Possíveis menções em agradecimentos incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas que não preencheram os critérios para serem coautores.

8. REFERÊNCIAS

8.1 – As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (por exemplo: Silva 1). As referências citadas somente em tabelas, quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos. Não serão aceitas as referências em nota de rodapé ou fim de página.

8.2 – Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

8.3 – No caso de usar algum software de gerenciamento de referências bibliográficas (por exemplo: EndNote), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.

9. NOMENCLATURA

9.1 – Devem ser observadas as regras de nomenclatura zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

10. ÉTICA E INTEGRIDADE EM PESQUISA

10.1 – A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000, 2008 e 2013), da Associação Médica Mundial.

10.2 – Além disso, deve ser observado o atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada, informando protocolo de aprovação em Comitê de Ética quando pertinente. Essa informação deverá constituir o último parágrafo da seção Métodos do artigo.

10.3 – O Conselho Editorial de CSP se reserva o direito de solicitar informações adicionais sobre os procedimentos éticos executados na pesquisa.

10.4 – CSP é filiado ao COPE (Committee on Publication Ethics) e adota os preceitos de integridade em pesquisa recomendados por esta organização. Informações adicionais sobre integridade em pesquisa leia o Editorial 34(1).

PASSO-A-PASSO

1. PROCESSO DE SUBMISSÃO ONLINE

1.1 – Os artigos devem ser submetidos eletronicamente por meio do sítio do Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos (SAGAS), disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/>.

1.2 – Outras formas de submissão não serão aceitas. As instruções completas para a submissão são apresentadas a seguir. No caso de dúvidas, entre em contato com o suporte sistema SAGAS pelo e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

1.3 – Inicialmente, o autor deve entrar no sistema SAGAS. Em seguida, inserir o nome do usuário e senha para ir à área restrita de gerenciamento de artigos. Novos usuários do sistema SAGAS devem realizar o cadastro em “Cadastre-se” na página inicial. Em caso de esquecimento de sua senha, solicite o envio automático da mesma em “Esqueceu sua senha?”.

1.4 – Para os novos usuários, após clicar em “Cadastre-se” você será direcionado para o cadastro no sistema SAGAS. Digite seu nome, endereço, e-mail, telefone, instituição.

2. ENVIO DO ARTIGO

2.1 – A submissão online é feita na área restrita de gerenciamento de artigos. O autor deve acessar a seção “Submeta seu texto”.

2.2 – A primeira etapa do processo de submissão consiste na verificação às normas de publicação de CSP. O artigo somente será avaliado pela Secretaria Editorial de CSP se cumprir todas essas normas.

2.3 – Na segunda etapa são inseridos os dados referentes ao artigo: título, título resumido, área de concentração, palavras-chave, informações sobre financiamento e conflito de interesses, resumo e agradecimentos, quando necessário. Se desejar, o autor pode sugerir potenciais consultores (nome, e-mail e instituição) que ele julgue capaz de avaliar o artigo.

2.4 – Na terceira etapa são incluídos o(s) nome(s) do(s) autor(es), respectiva(s) instituição(ões) por extenso, com endereço completo, telefone e e-mail, bem como a colaboração de cada um e o respectivo número de registro no ORCID (<https://orcid.org/>). Não serão aceitos autores sem registro. O autor que cadastrar o artigo, automaticamente será incluído como autor do artigo e designado autor de correspondência. A ordem dos nomes dos autores deverá ser estabelecida no momento da submissão.

2.5 – Na quarta etapa é feita a transferência do arquivo com o corpo do texto e as referências.

2.6 – O arquivo com o texto do artigo deve estar nos formatos DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text) e não deve ultrapassar 1MB.

2.7 – O texto deve ser apresentado em espaço 1,5cm, fonte Times New Roman, tamanho 12.

2.8 – O arquivo com o texto deve conter somente o corpo do artigo e as referências bibliográficas. Os seguintes itens deverão ser inseridos em campos à parte durante o processo

de submissão: resumos; nome(s) do(s) autor(es), afiliação ou qualquer outra informação que identifique o(s) autor(es); agradecimentos e colaborações; ilustrações (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

2.9 – Na quinta etapa são transferidos os arquivos das ilustrações do artigo (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas), quando necessário. Cada ilustração deve ser enviada em arquivo separado clicando em “Transferir”.

2.10 – Os autores devem obter autorização, por escrito, dos detentores dos direitos de reprodução de ilustrações que já tenham sido publicadas anteriormente.

2.11 – Finalização da submissão. Ao concluir o processo de transferência de todos os arquivos, clique em “Finalizar Submissão”.

2.12 – Confirmação da submissão. Após a finalização da submissão, o autor receberá uma mensagem por e-mail confirmando o recebimento do artigo pelos CSP. Caso não receba o e-mail de confirmação dentro de 24 horas, entre em contato com a Secretaria Editorial de CSP no endereço: cadernos@ensp.fiocruz.br ou cadernos@fiocruz.br.

3. ACOMPANHAMENTO DO PROCESSO DE AVALIAÇÃO DO ARTIGO

3.1 – O autor poderá acompanhar o fluxo editorial do artigo pelo sistema SAGAS. As decisões sobre o artigo serão comunicadas por e-mail e disponibilizadas no sistema SAGAS.

3.2 – O contato com a Secretaria Editorial de CSP deverá ser feito pelo sistema SAGAS.

4. ENVIO DE NOVAS VERSÕES DO ARTIGO

4.1 – Novas versões do artigo devem ser encaminhadas usando-se a área restrita de gerenciamento de artigos <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/> do sistema SAGAS, acessando o artigo e utilizando o link “Submeter nova versão”.

5. PROVA DE PRELO

5.1 – A prova de prelo será acessada pelo(a) autor(a) de correspondência via sistema (<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/publicar/br/aceso/login>). Para visualizar a prova do artigo será necessário o programa Adobe Reader ou similar. Esse programa pode ser instalado gratuitamente pelo site: <http://www.adobe.com/products/acrobat/readstep2.html>.

5.2 - Para acessar a prova de prelo e as declarações, o(a) autor(a) de correspondência deverá acessar o link do sistema: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/publicar/br/aceso/login>, utilizando login e senha já cadastrados em nosso site. Os arquivos estarão disponíveis na aba "Documentos". Seguindo o passo a passo

5.2.1 – Na aba “Documentos”, baixar o arquivo PDF com o texto e as declarações (Aprovação da Prova de Prelo, Cessão de Direitos Autorais (Publicação Científica) e Termos e Condições).

5.2.2 – Encaminhar para cada um dos autores a prova de prelo e a declaração de Cessão de Direitos Autorais (Publicação Científica).

5.2.3 – Cada autor(a) deverá verificar a prova de prelo e assinar a declaração de Cessão de Direitos Autorais (Publicação Científica), o autor de correspondência também deverá assinar o documento de Aprovação da Prova de Prelo e indicar eventuais correções a serem feitas na prova.

5.2.4 – As declarações assinadas pelos autores deverão ser escaneadas e encaminhadas via sistema, na aba “Autores”, pelo autor de correspondência. O upload de cada documento deverá ser feito selecionando o autor e a declaração correspondente.

5.2.5 – Informações importantes para o envio de correções na prova:

5.2.5.1 – A prova de prelo apresenta numeração de linhas para facilitar a indicação de eventuais correções.

5.2.5.2 – Não serão aceitas correções feitas diretamente no arquivo PDF.

5.2.5.3 – As correções deverão ser listadas na aba “Conversas”, indicando o número da linha e a correção a ser feita.

5.3 – Após inserir a documentação assinada e as correções, deve-se clicar em “Finalizar” e assim concluir a etapa.

5.4 – As declarações assinadas pelos autores e as correções a serem feitas deverão ser encaminhadas via sistema (<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/publicar/br/aceso/login>) no prazo de 72 horas.

6. PREPARAÇÃO DO MANUSCRITO

Para a preparação do manuscrito, os autores deverão atender para as seguintes orientações:

6.1 – O título completo (no idioma original do artigo) deve ser conciso e informativo, e conter, no máximo, 150 caracteres com espaços.

6.2 – O título corrido poderá ter o máximo de 70 caracteres com espaços.

6.3 – As palavras-chave (mínimo de 3 e máximo de 5 no idioma original do artigo) devem constar na base do DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) da Biblioteca Virtual em Saúde BVS.

6.4 – Resumo. Com exceção das contribuições enviadas às seções Resenhas, Cartas, Comentários ou Perspectivas, todos os artigos submetidos deverão ter resumo no idioma original do artigo, podendo ter no máximo 1.700 caracteres com espaços. Visando a ampliar o alcance dos artigos publicados, CSP publica os resumos nos idiomas português, inglês e espanhol. No intuito de garantir um padrão de qualidade do trabalho oferecemos gratuitamente a tradução do Resumo para os idiomas a serem publicados. Não são aceitos equações e caracteres especiais (por exemplo: letras gregas, símbolos) no Resumo.

6.4.1 – Como o Resumo do artigo alcança maior visibilidade e distribuição do que o artigo em si, indicamos a leitura atenta da recomendação específica para sua elaboração (Leia mais).

6.5 – Equações e Fórmulas: as equações e fórmulas matemáticas devem ser desenvolvidas diretamente nos editores (Math, Equation, Mathtype ou outros que sejam equivalentes). Não serão aceitas equações e fórmulas em forma de imagem.

6.6 – Agradecimentos. Possíveis agradecimentos às instituições e/ou pessoas poderão ter no máximo 500 caracteres com espaços.

6.7 – Quadros. Destina-se a apresentar as informações de conteúdo qualitativo, textual do artigo, dispostas em linhas e/ou colunas. Os quadros podem ter até 17cm de largura, com fonte de tamanho 9. Devem ser submetidos em arquivo text: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document TEXT). Cada dado do quadro deve ser inserido em uma célula separadamente, ou seja, não incluir mais de uma informação dentro da mesma célula.

6.8 – Tabelas. Destina-se a apresentar as informações quantitativas do artigo. As tabelas podem ter até 17cm de largura, com fonte de tamanho 9. Devem ser submetidas em arquivo de texto: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text).

As tabelas devem ser numeradas (algarismos arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto, e citadas no corpo do mesmo. Cada dado na tabela deve ser inserido em uma célula separadamente, e dividida em linhas e colunas. Ou seja, não incluir mais de uma informação dentro da mesma célula.

6.9 – Figuras. Os seguintes tipos de figuras serão aceitos por CSP: mapas, gráficos, imagens de satélite, fotografias, organogramas, e fluxogramas. As Figuras podem ter até 17cm de largura. O arquivo de cada figura deve ter o tamanho máximo de 10Mb para ser submetido, devem ser desenvolvidas e salvas/exportadas em formato vetorial/editável. As figuras devem ser numeradas (algarismos arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto, e devem ser citadas no corpo do mesmo.

6.9.1 – Os mapas devem ser submetidos em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics). Nota: os mapas gerados originalmente em formato de imagem e depois exportados para o formato vetorial não serão aceitos.

6.9.2 – Os gráficos devem ser submetidos em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: XLS (Microsoft Excel), ODS (Open Document Spreadsheet), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

6.9.3 – As imagens de satélite e fotografias devem ser submetidas nos seguintes tipos de arquivo: TIFF (Tagged Image File Format) ou BMP (Bitmap). A resolução mínima deve ser de 300dpi (pontos por polegada), com tamanho mínimo de 17,5cm de largura. O tamanho limite do arquivo deve ser de 10Mb.

6.9.4 – Os organogramas e fluxogramas devem ser submetidos em arquivo de texto ou em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format), ODT (Open Document Text), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

6.9.5 – Formato vetorial. O desenho vetorial é originado com base em descrições geométricas de formas e normalmente é composto por curvas, elipses, polígonos, texto, entre outros elementos, isto é, utilizam vetores matemáticos para sua descrição.

6.10 – Títulos e legendas de figuras devem ser apresentados em arquivo de texto separado dos arquivos das figuras.

6.11 – CSP permite a publicação de até cinco ilustrações (Figuras e/ou Quadros e/ou Tabelas) por artigo. Ultrapassando esse limite os autores deverão arcar com os custos extras. Figuras compostas são contabilizadas separadamente; cada ilustração é considerada uma figura.