

1. INTRODUÇÃO

A violência é um dos maiores problemas enfrentados hoje pela saúde pública mundial, acarretando milhões de dólares na reparação de danos e enfrentamento em suas diversas formas de significação e impacto populacional. Ela causa 5 milhões de mortes a cada ano no mundo. Também, é ela quem gera a maior demanda por cuidado em saúde e serviços de reabilitação. Pessoas de todas as idades podem ser afetadas, alguns grupos se constituem em maior vulnerabilidade e lideram maior índice de morte relacionado à violência. ¹.

A violência doméstica tem sido considerada um problema privado entre a vítima e o agressor²⁻⁵. Estudos populacionais e em serviços de saúde indicam maior risco de agressão às mulheres, crianças e idosos por parte de pessoas próximas, como parceiros e familiares, do que por estranhos.⁴⁻¹¹.

A violência física contra a criança deixa marcas físicas e psicológicas indiscutíveis, a curto e longo prazo, nas quais as lesões orofaciais comuns são hematomas e cortes labiais e/ou no freio lingual ou labial, escaras, fraturas de mandíbula e maxila, avulsão de dentes e más oclusões. Já em casos de abuso sexual, têm-se algumas manifestações orais específicas, como condilomas, faringite gonocócicas, sífilis, manifestações da AIDS, a maioria causada por atos como a felação. ¹²⁻¹⁴.

Segundo um levantamento feito pelo Ministério da Saúde em 2011, a violência sexual em crianças de 0 a 9 anos é o segundo maior tipo de violência nessa faixa etária, fica atrás apenas da negligência e abandono. Com 14.625 notificações de violência doméstica, sexual, física e outras agressões contra crianças menores de dez anos. ¹⁵.

Ao encontro dessa realidade, as propostas preliminares do Ministério da Saúde referentes à Prevenção e Assistência à Violência Doméstica, apontam para o papel relevante do profissional de saúde na detecção, prevenção, assistência e comunicação desse fenômeno ao ressaltar que o serviço de saúde é o espaço privilegiado para se atuar sobre o problema. Contudo, observa-se que são encontradas inúmeras dificuldades por esses profissionais em lidar com o fenômeno, já que a violência doméstica se expressa de múltiplas formas exigindo dos profissionais conhecimentos prévios sobre o assunto, como também de estratégias específicas diferenciadas de intervenção. Outro fator é a falta de apoio dos gestores, limitando desta forma a autonomia do profissional. ¹⁶⁻¹⁹.

A atuação da saúde se faz parte de uma nova consciência social de proteção à infância e adolescência, que busca se consolidar no país; reiterada pelo Estatuto da Criança e do Adolescente, que nos artigos 13 e 245, respectivamente, determinam a obrigatoriedade de qualquer profissional ligado

à atenção a criança e ao adolescente (saúde, educação e justiça) a denunciarem os casos de maus tratos.²⁰

A violência contra a criança além de ser um problema político – social, é algo que a sociedade e a comunidade científica como um todo não podem fechar os olhos. Desse modo a presença da odontologia no que tange às lesões do complexo crânio-mandibular em crianças torna-se indispensável, tanto na constatação quanto na reparação dos danos.^{21,22}

Em 2002, alguns autores destacaram que os motivos para a não identificação dos casos de violência deve-se em primeiro lugar ao nível insuficiente de informação que os profissionais de saúde dispõem sobre o tema. Assim considera-se necessário buscar novas formas de intervenção para o enfrentamento desta problemática e estabelecer uma visão preventiva afim de que tão grave situação de saúde pública possa vislumbrar alguma possibilidade de mudança.^{21,22}

Pode-se constatar da importância da temática, pois esta tem ocupado um espaço cada vez maior na mídia (televisão, rádio, jornal e revista), na conversa entre amigos, nas pesquisas de Ibope, nos discursos políticos, nas igrejas, enfim no cotidiano dos indivíduos da sociedade moderna.^{23,24}

Em 2011, o Ministério da Saúde publicou a portaria 104 (Apêndice A), que faz adequação das notificações de casos de violências doméstica e sexual, tornando seu registro rápido (24 horas) nas unidades de saúde pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN, versão NET) através da ficha de notificação compulsória (Apêndice B). O que antes era notificado apenas pelas unidades sentinelas, hoje, todo e qualquer serviço de saúde deve informar esses registros às Secretarias Municipais, Estaduais e Federal.

Destaca-se ainda mais a relevância social da temática escolhida por trazer à reflexão uma questão importante para o avanço do conhecimento no atendimento com a publicação de um “Protocolo de atenção integral a crianças e adolescentes vítimas de violência” incluindo o cirurgião dentista e outros profissionais de saúde. Dentro da equipe multidisciplinar (Apêndice C), o cirurgião dentista se destaca, pois, a cavidade bucal muitas vezes é indicativa de suspeita de abuso sexual, desse modo, avaliar as condições de saúde bucal e as lesões existentes é fundamental para constituir referencial teórico e prático a ser incorporado no ensino da odontologia e na sua prática profissional.²¹⁻²⁴

Os artigos a seguir tratam das proposições deste estudo que objetivou analisar as condições de Saúde bucal de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual atendidas no PROPAZ Integrado em Belém do Pará.

2. ARTIGO 1 – GÊNERO NA AMAZÔNIA (PUBLICADO- Dezembro/ 2012)

Disponível em: www.generonaamazonia.ufpa/edicao-2php

ISSN: 22388184

“Violência contra a mulher e consequências à saúde bucal.”

Liliane Silva do Nascimento

Cirurgiã dentista e Professora Adjunta II da Faculdade de Odontologia da UFPA

Caio de Andrade Hage

Discente da Graduação em Odontologia da UFPA

Ana Márcia Spanó Nakano

Enfermeira e Professora Associada da Escola de Enfermagem da USP

Priscila Scerne Bezerra de Azevedo

Cirurgiã dentista e Mestranda em Odontologia do Programa de Pós-Graduação em Odontologia/UFPA

Angelina Lettiere

Enfermeira e Doutoranda em Enfermagem em Saúde Pública na EERP/USP

Resumo:

A violência contra a mulher se constitui um desafio à saúde pública. O trauma facial produzido pela violência além de reflexos físicos incide sobre a auto-imagem. Propõe-se identificar traumas faciais em vitimadas através de estudo no IML de Belém/PA. Analisou-se 436 laudos de janeiro/2006 a dezembro/2010. A prevalência de trauma facial foi de 23,59%, ou seja, de cada 4 mulheres agredidas uma tem lesão de face. A avaliação clínica revelou danos em lábios, luxação dentária, fratura parcial e total de coroa ou raiz dental, perda de elementos dentários, e outros. O trauma facial ocupou espaço de relevância na saúde das mulheres, tendo significado para a saúde pública pela morbidade que traz a vida das pessoas afetadas.

Palavras-chave: violência contra a mulher, saúde pública, múltiplo trauma

Abstract:

Violence against women is a challenge to public health. Facial trauma produced by violence beyond physical reflexes focuses on self-image. This survey aimed at identifying facial trauma victimized by study in the IML in Belém/PA. We analyzed 436 reports from January 2006 to December/2010. The prevalence of facial trauma was 23.59%, one of four women beaten lesion has one face. Clinical evaluation revealed damage to lips, tooth dislocation, fracture of partial

and total dental crown or root, loss of teeth, and others. Facial trauma shows relevance in women's health, and public health significance for morbidity that brings the lives of people affected.

Key words: violence against women, public health, multiple trauma

Introdução

A violência representa uma das principais causas de morbimortalidade, especialmente na população jovem. No entanto, uma análise cuidadosa das informações disponíveis demonstra que a violência afeta de modo diferenciado a população. Enquanto os homicídios, em sua maioria, ocorrem no espaço público e atingem particularmente os homens, a violência contra as mulheres ocorre no espaço doméstico (DUTTON ET AL, 2006), não escolhe cor, raça, credo religioso, cultura, condição social, nacionalidade (SCHAIBER ET AL, 2006; WAISELFISZ, 2007).

A compreensão da violência contra a mulher necessita da incorporação da noção de gênero, a qual traz uma visão relacional à compreensão do problema, ao lado das desigualdades sociais e econômicas. A violência de gênero é compreendida como aquela que tem como pano de fundo e parte da raiz do problema, a condição de subordinação da mulher na sociedade, sendo esta condição o produto de tensões nos papéis do feminino e masculino, constituídos social e historicamente (HEISE, 1994; SCHRAIBER & OLIVERIA, 1999).

A violência contra a mulher ocupa espaço significativo nas pautas mundiais, se constitui como um desafio à saúde pública e deixa graves seqüelas na saúde mental e física da mulher. As repercussões vão de um empurrão até a morte. Sendo de natureza crônica, a agressão vai além dos traumas e dos agravos visíveis, apresentando-se associada a problemas gastrointestinais, queixas ginecológicas, abuso de drogas e álcool, queixas vagas, depressão, insônia, sofrimento mental, dores de cabeça, hipertensão e outros. Algumas injúrias sofridas podem ser severas e requerem atendimento imediato (fraturas maxilares, edemas orbitais, escoriações, dentes fraturados, luxação dental, fraturas ósseas, concussões) (BASTE ET AL, 2006; SANTI ET AL, 2007;.MEDINA-ARIZA, 2007)

O setor saúde é chamado ao cenário por se constituir o local de busca de resolutividade da violência aguda e da crônica. Devendo munir-se de profissionais capacitados a reconhecer e lidar com as questões, bem como possuir propostas de prevenção e minimização aos episódios de violência.

Os estudos sobre o tema, na maioria, se voltam a dar visibilidade ao problema evidenciando a prevalência na população e em serviços, entretanto

são escassos os que revelam as morbidades físicas deixadas pela violência e o impacto desta ao sistema estomatognático.

Na violência doméstica, aqui denominada de lesão corporal, a face costuma ser alvo fácil e imediato. A região peri-orbitária, frontal e dentes são os mais prejudicados em lesões de cabeça e pescoço.

O trauma facial produzido pela violência contra a mulher, além dos reflexos físicos incide diretamente sobre sua auto-imagem, uma vez que a beleza feminina é valorizada socialmente, estigmatizada por um corpo torneado e face bela (VIEIRA, 2005; SANTI, 2007). O rosto ocupa lugar privilegiado em todas as culturas, e nele é possível perceber as emoções, a unicidade e identidade do indivíduo.

As funções fisiológicas do sistema estomatognático (deglutição, fala, mastigação, estética) também podem ser afetadas por traumas faciais, podendo perpetuar por toda vida. (Santi, 2007; Rezende, 2007).

Assim, conhecer as relações entre o evento da violência e a saúde bucal, dará subsídios à implementação de estratégias para reabilitação da saúde e prevenção de agravos.

Frente a esta realidade, a odontologia não pode ignorar e muito menos aceitar a violência como fato corriqueiro e, pertinente a outras áreas de saúde. É importante reconhecer as conseqüências físicas e refletir a respeito, com responsabilidade preocupando-se com a prevenção, intervindo e posicionando-se no combate à violência.

Objetivos

Tomando como objeto a situação de violência cometida contra as mulheres, que resultaram na necessidade do exame pericial devido a trauma na região maxilo-facial com fins criminais, propõe-se neste trabalho identificar os traumas faciais em mulheres amazonidas vitimizadas.

Materiais e métodos

Trata-se de um estudo descritivo transversal exploratório de abordagem quantitativa. O cenário do estudo foi no Núcleo de Odontologia Legal que funciona dentro do Instituto Médico Legal Renato Chaves, estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do ICS/UFGA protocolo 081/2009.

O universo empírico do estudo foram 436 mulheres atendidas no Instituto Médico Legal no período de janeiro de 2006 a dezembro de 2010 vítimas de “lesão corporal dolosa” enquadradas no artigo 129 do Código Penal Brasileiro. A coleta dos dados foi feita em instrumento próprio desenvolvido para a pesquisa, em consultas de laudos da odontologia legal do IML.

Resultados

A prevalência de trauma facial em mulheres vítimas de violência doméstica (lesão corporal dolosa) foi de 23,59%; A média de idade foi de 25 anos com uma idade mínima de 18 anos e máxima de 44 anos. Declaram-se divorciadas ou separadas 20 (29,9%) mulheres e 9 (13,4%) viviam em união estável. Com igual percentual, 19 (28,4%) declaram-se casadas e solteiras. Todas as mulheres eram alfabetizadas e haviam freqüentado a escola, 28 (41,8%) delas apresentavam o ensino fundamental e 25 (37,3%) cursaram o ensino médio. Sobre a ocupação, 6 (9%) das mulheres estavam desempregadas e 16 (23,9%) eram do lar e as demais tinham alguma ocupação no mercado de trabalho.

O uso de álcool pela vítima se mostrou na data da violência (34,3%), já o uso de drogas pela vítima foi baixo (9%). Quanto ao uso de drogas e álcool no agressor encontrou-se o percentual 20,9% e 56,71 respectivamente.

A maioria das agressões foi praticada no interior dos domicílios (61,2%), prática recorrente, facilitada pelo fato de a agressão transcorrer sem interrupções de outras pessoas e sob a legitimidade da privacidade do lar.

As lesões corporais foram categorizadas em leves, graves e gravíssimas. A avaliação clínica revelou que lábios, tecidos moles internos, luxação dentária, fratura parcial e total de coroa ou raiz dental, perda de elementos dentários, luxação de ATM, fratura maxilar e fratura mandibular.

Os agentes etiológicos do trauma são objetos contundentes, sendo o próprio corpo masculino, a arma para a prática da violência, através de socos, pontapés e outros.

Além das lesões faciais, verificou-se em todas as mulheres lesões de defesa em braços e mãos, sinais importantes que ajudam aos profissionais de saúde a perceberem situações veladas de violência.

Discussão

As consequências da violência sobre a vida e a saúde das mulheres, são reveladas nas morbidades passíveis de serem percebidas no corpo físico. As marcas deixadas pela violência entre as mulheres deste estudo se mostram profundas e envolvem aspectos subjetivos que serão tratados em outro estudo.

A violência encontra expressão em um espaço onde o homem tem praticamente domínio total, mesmo não sendo o provedor financeiro das famílias. Todas as pessoas que vivem sob o mesmo teto, vinculadas ou não por laços de parentesco ao chefe do local, devem-lhe obediência.

As mulheres deste estudo deixam evidenciar as vulnerabilidades de estar marcada pela violência, da sua condição de pobreza, do estar contando apenas consigo mesma. Particularmente, sobre o sofrimento resultante do trauma na face, as alterações sentidas parecem não merecerem espaço para uma terapêutica em função da sua condição de inferioridade e de exclusão.

No contexto da social econômico em que vivem estas mulheres, de modo eficaz a pobreza associa-se à vulnerabilidade de ser indivíduo destituído de dignidade, de poder e das condições de cidadania que lhe garantam acesso aos bens e serviços da sociedade em pé de igualdade com os outros indivíduos. Ao se colocarem em situação de inferioridade e exclusão, impede que se rompa o isolamento social e político para fazer frente ao atendimento de suas necessidades sociais e de saúde.

Pelo perfil das mulheres e agressores, pode-se reafirmar os traços de vulnerabilidade de algumas mulheres sofrerem agressão e da condição majoritária dos agressores serem seus companheiros ou ex-companheiros e da recorrência da violência perpetrada por estes.

Sobre as conseqüências da violência para a saúde, as mulheres expõem a sua condição de vulnerabilidade. Convivem com a visão estigmatizada de si, por deixarem de ser normal. As desordens de ordem psicológicas em traumatizados têm sido abordadas e ressaltado vários transtornos mentais relacionados ao trauma facial, como o apresentado por estas vítimas, levando-as ao desajuste social e a sentir-se anormais (ESPARZA ET AL., 2007).

Seus efeitos não se fazem sentir apenas na saúde física e mental da mulher, mas também nas relações interpessoais, nas instituições sociais, na sociedade como um todo, na medida em que os efeitos físicos e psicológicos do abuso influenciam a capacidade criativa e produtiva das mulheres (SANTI, 2007). A mulher vítima de violência adocece mais; falta ao trabalho, isola-se da vida social por dor ou simplesmente por não poderem parecer “feias” na sociedade.

No seu contexto de vida, demarcam para si a condição de serem sujeitos sem direitos, minando suas possibilidades de restabelecer a saúde, de voltar a ser uma pessoa normal e como tal, deixando-se a mercê do efeito da violência sobre suas vidas, que as coloca frente a um destino que impede seu desenvolvimento pessoal e social. No caso das mulheres estudadas, elas se reconhecem como sujeito sem direito para restituir a saúde bucal, visto ser o tratamento odontológico de alto custo e, portanto, com barreiras de acesso vistas como intransponíveis.

Conclusões

O trauma facial decorrente da violência doméstica ocupa espaço de relevância na saúde da mulher, tendo um significado para a saúde pública de destaque pela morbidade que traz a vida das pessoas afetadas. Políticas públicas de recuperação e reabilitação das sequeladas precisam ser construídas prioritariamente em ordem de diminuir o cenário de dor e descaso.

Frente a estes resultados, importante considerar a condição de fragilidade social sob quais estas mulheres se encontram, evitando simplificações, mas reconhecendo perfis com trajetórias marcadas por violências doméstica, de uso ou convivência com usuário de álcool e outras drogas, da condição de submissão aos domínios masculinos, dos prejuízos nos processos de escolaridade e profissionalização, além de condições não adequadas de exercício de cidadania.

Cabe a odontologia e a saúde pública criar estratégias de atenção integral a saúde destas mulheres estigmatizadas e marcadas pela violência.

Referências bibliográficas

DUTTON, M. A.; BONNIE, L. G.; STACEY, I. K.; DARREN, M. R.; ZEFFIRO T. A.; KRAUSE, E.D.. Intimate Partner Violence, PTSD, and Adverse Health Outcomes. *Journal of Interpersonal Violence*, v. 21, n. 7, p. 955-968, July. 2006.

SCHRAIBER, L.B.; D'OLIVEIRA, A. F.; COUTO, M. T. Violence and health: recent scientific studies. *Rev Saude Publica*. n. 40 spec n, p. 112-20, Aug. 2006.

HEISE, L. Gender-based Abuse: The Global Epidemic. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 10, p. 135-145, 1994.

SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. L. P. Violência contra mulheres: interfaces com a Saúde. *Comunicação, saúde, educação*, v. 3, n. 5, p. 11-27, 1999.

WAISELFISZ, JJ. Mapa da violência dos municípios brasileiros. Organização dos estados ibero-americanos para a educação, a ciência e a cultura-OEI, fev, 2007.

SANTI, L. N.; CHIAPERINI, A. T.; PEREIRA, J. M.; BÉRGAMO, A. L.; WATANABE, M. G. C.; BREGAGNOLO, J. C. Avaliação de danos bucomaxilofaciais resultantes das lesões corporais em mulheres registradas no ano de 1998 em Ribeirão Preto/São Paulo. *Anais da Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo*, ago-dez, p.133, 2003.

BASTE V, ALSAKER K, MOEN BE, NORTVEDT MW. Low health-related quality of life among abused women. Qual Life Res.; v. 15, p. 6, p.959-65. Aug 2006.

MEDINA-ARIZA, J; CAVANAGH, K; DOBASH, R.P.; DOBASH, R.E. Lethal and Nolethal violence against na intimate female partner. Violence Against Women, v. 13, n. 4, p. 329-353, April, 2007.

REZENDE, E.J.C. Lesões buco-dentais em mulheres em situação de violência: um estudo piloto de casos periciados no IML de Belo Horizonte, MG. Rev. bras. epidemiol., Jun 2007, vol.10, no.2, p.202-214.

ESPARZA, J.; KLEVENS, J.; CARMEN, S. G.;BARNEY, D.D. Latinos' Perspectives and Experiences With Intimate Partner Violence. VIOLENCE AGAINST WOMEN 2007 13: 141-158.

3. ARTIGO 2 – REVISTA BRASILEIRA DE EPIDEMIOLOGIA
(Anexo 1- Folha de submissão ao artigo ; ISSN 1809-4503)

Folha de Rosto

Modalidade do manuscrito: Artigo Original

Título: “A negligência familiar odontológica à crianças e adolescentes em situação de violência sexual no programa estadual integrado/ núcleo Santa Casa de Misericórdia do Pará”

Título resumido: A negligência familiar odontológica à crianças e adolescentes vítimas de violência sexual

Autores

Eugenia Sandra Pereira da Fonseca, Assistente social, Gerente de Serviços Integrados pela Paz - Enfrentamento a Violência sexual de crianças e Adolescentes (PROPAZ – Integrado).

Isabela Jatene de Souza, Socióloga, Coordenadora do Comitê Gestor de serviços Integrados pela Paz - Enfrentamento a violência sexual de crianças e Adolescentes (PROPAZ – Integrado).

Liliane Silva do Nascimento, Professora Doutora do curso de graduação e Pós-graduação da Universidade Federal do Pará.

Priscilla Scerne Bezerra de Azevedo, Cirurgiã Dentista, Professora da Faculdade de Odontologia da Escola Superior da Amazônia (FO/ESAMAZ) e mestranda da Universidade Federal do Pará.

Tiago Araújo Coelho de Souza, Cirurgião Dentista, Professor Doutor do curso de graduação da Universidade de Brasília

Autor Correspondente: Liliane Silva do Nascimento; Email: liliananascimento2001@gmail.com; Universidade Federal do Pará, Faculdade de odontologia.;Rua Augusto Correa, 1. Bairro: Guamá. CEP:66075 – 110; Belém - Pará – Brasil. Tel.:559132016796

“A negligência familiar odontológica à crianças e adolescentes em situação de violência sexual no programa estadual integrado/ núcleo Santa Casa de Misericórdia do Pará”

“The family dental neglect of children and adolescents in situations of sexual violence treated in an integrated program / Pará State, Brazil”

RESUMO

OBJETIVO: verificar a negligência odontológica em 121 crianças e adolescentes em situação de violência sexual no programa estadual integrado no núcleo do Hospital Santa Casa de Misericórdia do Pará de janeiro de 2012 a dezembro de 2012.

MÉTODOS: O estudo foi transversal e seguiu as normas de ética em pesquisa, aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital da Santa Casa de Misericórdia do Pará. Após a perícia sexológica os menores foram entrevistados e examinados clinicamente em sala individual e apropriada. Os índices avaliados foram CPOD (C= cariado, P= perdidos e O= obturados) e Índice placa segundo Axelsson (1991).

RESULTADOS: participando 121 crianças e adolescentes, sendo mais recorrente na idade entre 10 e 17 anos foram mais recorrentes 57,03%, sendo, 51,23% eram da classe econômica C. Foi mais prevalente no sexo feminino (83,47% %). O índice de placa muito alto em 91,90%. O CPOD médio foi 1, distribuídos no componente CPO, C=52,89%, P=22,31% e O=2, 48%%. Sendo

que 14% das vítimas possuíam o CPOD alto e 20% moderado demonstrando grande necessidade de tratamento dentário.

CONCLUSÃO: A condição bucal das crianças e adolescentes vítimas de violência sexual encontra-se negligenciada, com alto índice de cárie e placa dental, colocando-as em risco de saúde e agravos das doenças bucais.

Palavras Chaves: Violência sexual; Odontologia; Criança; Saúde do Adolescente.

ABSTRACT

AIM: The objective of this study was to verify the dental neglect of 121 children and adolescents, who are in situations of sexual violence, treated by an integrated state program in the center of the Hospital Santa Casa de Misericórdia do Pará, from January 2012 to December 2012. After sexological analysis, children and adolescents were interviewed and clinically examined individually and in the appropriate room.

METHODS: The cross-sectional study that followed the norms of research ethics was approved by the Research Ethics Committee of the Hospital Santa Casa de Misericórdia do Pará (Mercy Hospital). The indices used as evaluation were the DMFT index and the index of plaque according to Axelsson (1991).

RESULTS: From 121 children and adolescents participating in the study, 57.03% were between 10 and 17 years of age. 51.23% of those interviewed belonged to economic class C. The female gender was the most prevalent (83.47%). The prevalence of plaque index was high (91.90%). The average DMFT was 1 distributed in DMF, D = 52.89%, M = 22.31%, and F = 48%. 14%

of victims had the highest DMFT and 20% moderate, demonstrating great need for dental treatment.

CONCLUSION: The oral health conditions of children and adolescent victims of sexual violence is neglected, with high rates of caries (cavities?) and dental plaque, placing them at risk for health problems and disorders of oral diseases.

KEYWORDS: Sexual violence; Dentistry; Child; Adolescent Health.

INTRODUÇÃO

Na evolução da humanidade a violência esteve sempre presente na vida das crianças e adolescentes, sendo hoje considerada contemporânea. Fato que os coloca como sujeitos de direitos e merecedores de proteção.^{1,2}

A OMS em 2002 destacou como tipologias de violência: a auto infligida (autoprovocada); interpessoal (intrafamiliar e comunitária ou urbana) e a estrutural (manutenção das desigualdades sociais, econômicas, culturais, de gênero, etárias e étnicas). Com formas e naturezas: física; psicológica, sexual, negligência/abandono, trabalho infantil, tortura, tráfico de pessoas, e financeira.^{1,3}

As consequências da violência na criança e adolescente, segundo o Ministério da Saúde pode gerar problemas sociais, emocionais, psicológicos e cognitivos durante toda a vida, podendo apresentar comportamentos prejudiciais à saúde.⁴

A violência sexual é a ação que uma pessoa, em situação de poder, obriga outra a realizar práticas sexuais, pela força física, influência psicológica ou uso de armas ou drogas, a realizar uma relação heterossexual ou

homossexual, com a intenção de estimulá-la sexualmente ou utilizá-la para obter satisfação sexual com contato físico ou sem contato físico.^{3, 5-7.}

Entende-se a negligência como a omissão de responsabilidade de um ou mais membros da família em relação a outro, sobretudo àqueles que precisam de ajuda por questões de idade ou condição física, permanente ou temporária.^{3-6.}

A negligência se apresenta como um dos tipos de maus-tratos mais comuns, podendo ser definida como uma falha dos cuidadores ou responsáveis pela criança em prover as necessidades básicas como alimentação, cultura, vestuário e saúde.⁶⁻⁸. Dentre os tipos de negligência, a dentária é a de maior interesse para o cirurgião-dentista, fato que obriga o profissional a distinguir entre ignorância ou omissão dos cuidados (pais ou outros) perante sinais orais de maus-tratos.^{9,10.}

A cárie dentária, doença periodontal e outras condições orais, se não tratadas, podem levar à dor, infecção e perda de função. Tais resultados indesejáveis podem afetar negativamente a aprendizagem, comunicação, alimentação e outras atividades necessárias para o crescimento e desenvolvimento normal da criança.⁹⁻¹²

Crianças em situação de violência e maus-tratos tendem a apresentar mais agravos à saúde devido à vulnerabilidade, as sequelas do abuso ou negligência, logo, devem ser entendidas e tratadas por profissionais da rede de proteção.^{1, 4, 6-8, 13.} Dentre essas sequelas, os agravos da cárie dentária precisam ser investigados e controlados nesta população em vulnerabilidade. Neste sentido, este artigo propõe verificar a negligência familiar odontológica de 121 crianças e adolescentes em situação de violência sexual no programa

estadual integrado no núcleo do Hospital Santa Casa de Misericórdia do Pará de janeiro de 2012 a dezembro de 2012.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal com 121 crianças e adolescentes atendidos no Programa PROPAZ Integrado dentro do Hospital da Santa Casa de Misericórdia do Pará no período de janeiro de 2012 a dezembro 2012, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital da Santa Casa de Misericórdia do Pará, através do protocolo no 084/11.(ANEXO 1)

O PROPAZ – Integrado é o principal serviço público especializado no atendimento a crianças e adolescentes do Estado do Pará, atende exclusivamente crianças e adolescentes (0 a 18 anos incompletos) vitimados pela violência sexual no estado do Pará e tem como objetivo promover atendimento integral, interdisciplinar e de qualidade às crianças e adolescentes vítimas de violência sexual e suas famílias.⁸

Todos os procedimentos seguiram a resolução de ética em pesquisa em seres humanos, com o preenchimento do Termo de consentimento Livre e esclarecido – TCLE (ANEXO 2), nos quais os menores com seus responsáveis legais, foram individualmente entrevistados pelo pesquisador, logo após a perícia medica sexológica, em sala individual apropriada para o exame e preenchida a ficha socioeconômica e de exames: laboratorial, clínico e odontolegal.

Os exames clínicos odontológicos foram realizados sob a luz artificial com ajuda de espelho bucal plano estéril, compressas de gaze, espátulas de madeira descartáveis e sonda milimetrada preconizada pela OMS. Os índices

avaliados foram o CPOD (C= cariado, P= perdidos e O= obturados) ^{14,15} e o Índice de placa segundo Axelsson (1991).¹⁶

O exame clínico foi realizado por um único examinador devidamente calibrado com concordância de teste de Kappa 0,9 interexaminador. Os dados foram tabulados no Excel do Office da Microsoft/2007. Os programas Statistical Package For Social Sciences (SPSS)17.0 e Bioestat 5.0 para os testes estatísticos: Teste Qui-quadrado, Teste G, Correlação de Pearson e Teste T de Student, onde considerou o nível de significância $\alpha = 0,05$. Os gráficos, Box-plot e de dispersão no programa Minitab/14.0 do Windows.

RESULTADOS

Nas 121 crianças e adolescentes estudadas a distribuição das variáveis se deu da seguinte maneira:

Segundo o sexo, 83,47% dos casos foi do sexo feminino e 16,53% do masculino (Tabela 1).

Segundo a idade, foram estratificados por faixa etária segundo Bichara (2004) por fases de crescimento em três fases: inicial (de 1 a 6 anos incompletos), média (de 6 anos completos a 10 anos incompletos) e final (10 anos completos a 18 anos incompletos). Sendo que, a inicial com 20,66% dos casos, a média com 22,31% e a final com 57,03% (Tabela 1).

Segundo a classe social, seguiu-se a estratificação das classes econômicas brasileiras segundo ABEP: A, B, C, D, e E. ¹⁷ Sendo que, a classe A com 0,83%, a B com 14,05%, a C com 51,24 %, a D com 23,96% e a E com 9,92%. (Tabela 1).

O CPOD 20%, distribuídos no componente CPO, C=52,89%, P=22,31% e O=2, 48%%. Os escores revelam a experiência de cárie individual e recebe a

seguinte classificação: CPO-D / ceo-d = 0,0 – 1,1 (muito baixo) 1,2 – 2,6 (baixo) 2,7 – 4,4 (moderado) 4,5 – 6,5 (alto) e > 6,6 (muito alto). Resultando em 49,59%, muito baixo, 27 % baixo, 20 % moderado e 14% alto.

E para a aferição do índice de placa (número de superfícies com placa coradas multiplicado por 100, dividido pelo número de dentes presentes multiplicado por 6, o número de faces dental analisadas); onde classificou-se em: Muito Baixo (1 a 10% de placas coradas), Baixo (11 a 20% de placas coradas), Moderado (21 a 30% de placa coradas), Alto (31 a 40%placa coradas) e índice Muito Alto > 40%. Resultando em 0,90 % Muito Baixo, 1,80% Baixo, 1,80% Moderado, 3,60% Alto e 91,90% Muito Alto. ¹⁶.

A correlação linear realizada entre as variáveis: Índice CPOD (Chamado neste estudo de I) e o Índice de Placa com dentes cariados perdidos e obturados (Tabela 2). Houveram resultados significativos da correlação entre os dois índices e dos índices com o número de dentes cariados. (Gráficos: 1, 2 e 3)

DISCUSSÃO

Segundo a OMS 36% das meninas e 29% dos meninos no mundo, sofrem abuso sexual. Estima-se que uma a cada cinco mulheres tenham sofrido abuso sexual em algum momento de sua vida.¹⁸ Ressalta-se que há subnotificação com menos de 10% dos casos registrados nas delegacias devido ao medo das vítimas às medidas legais do abuso e à exposição social.¹⁹

Em Belém/Pará, já foram acolhidos, segundo a secretaria do Programa estadual de enfrentamento a violência sexual de crianças e adolescentes Propaz- Integrado, de 2004 a 2012, 6.928 casos de violência sexual ou com suspeita, com uma média anual de 770 acolhimentos.

Neste estudo, destaca-se o trabalho direto da perícia Odontológica e Médica junto às vítimas e seus responsáveis legais, em levantamento realizado no programa estadual e enfrentamento à violência, anexo ao Hospital de Referência Materno Infantil em Belém do Pará, verificou-se que a maior parte das vítimas foram do sexo feminino semelhante a dados encontrados na literatura. ^{20- 22} . Este predomínio de vítimas do sexo feminino pode ser explicado pela questão de gênero que coloca a mulher como um objeto sexual, apesar das recentes conquistas femininas. ^{22- 24}

O abuso sexual exerce um grande impacto na saúde física e mental das vítimas, deixando danos irreparáveis em seu desenvolvimento, com impacto na vida reprodutiva e sexual. ²³ . Com o abuso a vítima pode apresentar: baixa estima, distúrbios de alimentação e do sono, descontrole esfinteriano, problemas escolares, interesse sexual e atitudes provocativas precoces, depressão, fuga de casa, tentativa de suicídio, uso de drogas, ansiedade e agressividade. ²⁴.

A prevalência de casos na fase final do desenvolvimento sexual de puberdade aponta para a necessidade de medidas protetivas a mulheres e meninas no seu ciclo vital.

Em relação à faixa etária mais acometida os resultados foram semelhantes aos do estudo na Região Metropolitana de Fortaleza, a partir de notificações dos Conselhos Tutelares e do Sistema de Informação para a Infância e Adolescência (SIPIA), com um maior número de vítimas na faixa etária de 10 a 14 anos, com uma média de idade de 11,4 anos. ²⁷. Também ao levantamento no Organismo Nacional de La Mujer y Familia (ONAMFA), na

cidade de El Alto - Bolívia, o grupo etário de 10 a 14 anos representou 44,1% das vítimas de abuso sexual.²⁸

Na Venezuela encontraram a maior prevalência de adolescentes de 12 a 18 anos (43,7%); escolares de sete a 11 anos (22,8%) e pré-escolares de três a seis anos (17,2%), representando um total de 83,8 %.²⁰ Segundo Martins, este predomínio de casos femininos na faixa etária de 10 a 14 anos revela que meninas na puberdade são os alvos dos agressores, devido os caracteres sexuais secundários. Já com os meninos a preferência pela pouca idade relacionando a incapacidade de defesa, que na idade avançada não ocorre.²²

A atuação mais eficaz contra o abuso sexual é interromper o quanto antes e agir interdisciplinarmente para diminuir as consequências íntimas e sociais. A ação ampla e complexa para a solução não é simples e todos têm responsabilidades.²⁹

A negligência e o abandono encontram-se presentes na vida da criança abusada sexualmente. Em todos os aspectos; físico, emocional e educacional. Entretanto, o físico é considerado um dos mais comuns, pois não há a percepção e admissão de necessidade de atenção e tratamento, sendo ausente também aos cuidados com a higiene, uso de roupas para proteção de variações climáticas (frio ou quente) entre outros deixar a criança só por longos períodos de tempo.³⁰

As crianças e os adolescentes examinados e entrevistados neste trabalho estavam sobre forte tensão emocional, incapazes de reconhecer a necessidade e perceber a importância do controle de placa dental. Estando estes muitas vezes fugidos de casa só com a roupa do corpo sobre a guarda do conselho tutelar, pois sofreram violência sexual doméstica.

A equipe de saúde precisa estar preparada para atender esta demanda, entretanto é ressaltada esta inexperiência devido o interesse em se envolver em denúncia. Sendo que o dentista pode detectar primeiramente os problemas de negligência física pela falta de cuidado recorrente com a higiene bucal, seguida da falta de tratamento consecutivo.³¹

A boca considerada como porta de entrada para disseminação de microrganismos patogênicos ou de seus produtos podendo possuir manifestações de morbidade. As consequências das doenças bucais para o organismo são ilimitadas e triviais, a cárie e a doença periodontal bem como muitas doenças que atingem as membranas mucosas, língua e glândulas salivares.¹⁶.

O diagnóstico da negligência odontológica dá-se por alguns sinais observados na cavidade oral decorrentes da violência sexual. Os lábios, podem apresentar lacerações, cicatriz de trauma recorrente, queimaduras e lesões profundas em comissuras labiais (mordaça). Na boca, lacerações em freio, lábio e gengiva. Nos dentes, além dos traumas e abrasões dentárias, pode-se observar pelos pubianos. Também, doenças sexualmente transmissíveis como: gonorreia, condiloma, sífilis, entre outros devido ao ato da feição. E as doenças mais comuns como a doença cárie e doença periodontal de progressão lenta devido ao acúmulo, falta de controle e progressão da placa bacteriana³²⁻³⁵.

Os resultados revelam que o índice de cárie é baixo, entretanto é preocupante o índice de placa ser muito alto, fato que coloca estas crianças em situação de vulnerabilidade, uma vez que a associação de placa dentária a cárie e doença periodontal é demonstrado na literatura.^{36,37}

O controle da placa bacteriana é considerado o fator essencial para a ocorrência da cárie e doença periodontal, mas nem sempre a sua presença poderá resultar em desenvolvimento e progressão da cárie, pois a cárie é uma doença multifatorial.^{36,37}

Durante a infância e a adolescência, os cuidados com a saúde bucal são de responsabilidade dos cuidadores, fato este relevante que os coloca ainda mais em estado de vulnerabilidade, pois os maiores agressores são pessoas conhecidas ou os próprios cuidadores das vítimas.

Entretanto, a pessoa que consegue o controle da placa é aquela que não possui nichos (cavidades, restaurações deficientes e cálculo), está em dia com a saúde bucal, idas constantes e periódicas ao dentista e estar envolvido e estimulado a desenvolver o autocuidado e manter índice de placa compatível com a saúde oral.^{36-39.}

Ressalta-se que, pelo estudo ter se restringido aos casos periciados no PROPAZ – Integrado Hospital Santa Casa de Misericórdia do Pará, os resultados subestimam a real prevalência dos eventos na população. Contudo, esta limitação não é suficientemente importante para comprometer a interpretação dos resultados apresentados.

CONCLUSÕES

O estado atual de saúde bucal de crianças e adolescentes do PROPAZ integrado núcleo Santa Casa de Misericórdia na cidade de Belém/ Pará/ Brasil, encontra-se comprometida por um índice de placa dental muito alto. Sendo necessária a inclusão de um programa preventivo-odontológico, durante o atendimento do serviço.

As crianças e adolescentes vítimas de violência sexual apresentam muitos agravos à saúde imediata e futura. Entende-se que as precárias condições de higiene bucal implicam significativamente na negligência odontológica. Além de constituir um indicativo de baixo autocuidado. A presença do Cirurgião Dentista nas equipes de acolhimento as vítimas de violência sexual são fundamentais para a perícia odontológica na identificação de demandas e até mesmo cuidados imediatos da pessoa exposta à violência, pois estas apresentam condições bucais diferenciadas com risco de desenvolver outras doenças associadas ao cenário violento em que vive a pessoa.

REFERÊNCIAS

- 1 Sanches, R N; Minayo, M C. Violência faz mal à saúde / [Cláudia Araújo de Lima (Coord.) et al.]. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 298 p.: il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde). Cap. III, p. 23 – 28.
- 2 Pedersen J R; Grossi P K. Violência sexual contra crianças e adolescentes/Marília Regina Fay de Azambuja, Maria Helena Mariante Ferreira... [et al]. – Porto Alegre: Artmed, 2011 Cap. I, p. 25 - 34.
- 3 Etienne G. Krug, Linda L. Dahlberg, James A. Mercy, Anthony B. Zwi e Rafael Lozano. Relatório mundial sobre violência e saúde. Organização Mundial da Saúde, Genebra. 2002
- 4 Ministério da Saúde. Prevenção de violências e promoção da cultura de paz você é a peça principal para enfrentar este problema: impacto da violência na saúde das crianças e adolescentes. Brasília – DF. 2008. Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde, www.saude.gov.br/bvs.

- 5 Saliba O, Garbin CAS, Garbin AJI, Dossi AP. Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. Rev. Saúde Pública. 2007; 41(3):472-7.
- 6 Minayo MCS. A violência social sob a perspectiva da saúde pública. Cad. Saúde Pública. 1994; 10(1): 7-18
- 7 Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Impacto da violência na saúde dos brasileiros / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.340 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) ISBN 85-334-0977-X.
- 8 UNICEF, Secretário de Estado de Justiça e Direitos Humanos, Coordenadora Estadual de Saúde da Criança/SESPA, Secretaria de Estado de Saúde do Pará - Coordenador Estadual de Humanização/SESPA, Protocolo de Atenção Integral a crianças e adolescentes vítimas de violência uma abordagem interdisciplinar na Saúde. 2010
- 9 California Society of Pediatric Dentists. Dental neglect: When to report. Calif Pediatr J 1989;Fall:31-2
- 10 Jesse S.A. Child abuse and neglect: implications for the dental profession. Tex Dent J, 1999; 16 (2):40-6.
- 11 Muniz P A, Cavalcanti A L. Diagnóstico do abuso infantil no ambiente odontológico. Uma revisão da literatura Publ. UEPG Ci. Biol. Saúde, Ponta Grossa, 9 (3/4): 29-35, set./dez. 2003
- 12 American Academy of Pediatric Dentistry. Definition of dental neglect. Pediatr Dent 2003; 25(suppl):7.

- 13 Ferreira A L, Moura A T M S, Morgado R, Gryner S e Castello Branco V M. Impactos da Violência na Saúde/Kathie Njaine (org)... [et. al.]. - 2ª ed – Rio de Janeiro, RJ : Fundação Oswaldo cruz; Educação a distância da Escola nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2009. Cap. 6. p 127-148.
- 14 Brasil, Ministério da Saúde (MS). S B Brasil 2010: Manual da equipe de campo, 2009. Brasília: Divisão Nacional de Saúde Bucal, MS.
- 15 Pinto V.G Saúde Bucal Coletiva. 6 ed. São Paulo: Santos. 2013.p.139-219.
- 16 Axelsson PA. Four-point scale for selection of caries risk patients, based on salivary S. Mutans levels and plaque formation rate index. In: Risk makers for diseases. Dental Caries 1991.University Press: Oxford.p.159-171.
- 17 ABEP. O CCEB, Critério de Classificação Econômica Brasil. Acessado em 29/03/2013 in: <http://www.abep.org/novo/Content.aspx?ContentID=835>
- 18 Organización Panamericana de la Salud (OMS). Repercusión de la violencia en la salud de las poblaciones americanas. Washington (US): OMS; 2003.
- 19 Ribeiro MA, Ferriani MGC, Reis JN. Violência sexual contra crianças e adolescentes: características relativas à vitimização nas relações familiares. Cad Saúde Pública. 2004 Mar-Abr; 20(2):456-64.
- 20 Nunez A, Tortolero Y, Verschuur A, Camacaro M, Mendoza S. Violencia sexual: un fenómeno oculto en la experticia médico legal. Rev Obstet Ginecol Venez. 2008 Dez; 68(4):233-9.

- 21 Oliveira VLA. A violência doméstica contra crianças e adolescentes no Município de Curitiba [dissertação]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo. Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública; 2006.
- 22 Martins C B G, Jorge M H P . Abuso sexual na infância e adolescência: perfil das vítimas e agressores em município do sul do Brasil. Texto contexto - enferm. Vol.19 nº.2 Florianópolis Apr./June 2010.
- 23 Oliveira VLA. A violência doméstica contra crianças e adolescentes no Município de Curitiba [dissertação]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo. Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública; 2006.
- 24 Ribeiro MA, Ferriani MGC, Reis JN. Violência sexual contra crianças e adolescentes: características relativas à vitimização nas relações familiares. Cad Saúde Pública. 2004 Mar-Abr; 20(2): 456-64.
- 25 Guerra RDO. Abuso sexual em ninas y ninos - consideraciones clínicas. J Pediatr. 2000 Mar; 76(4):C33-8.
- 26 Minayo MCS. Violência contra crianças e adolescentes: questão social, questão de saúde. Rev Bras Saúde Mater-infant. 2001 Jan-Abr: 1(1): 91-102.
- 27 Lins MZS. Avaliação do sistema de informação para a infância e adolescência (SIPIA), com foco na notificação de violência sexual na Região Metropolitana de Fortaleza, no período de 1999 a 2007 [tese]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública; 2008.
- 28 Dean AG, Dean JA, Coulombier D, Brendel KA, Smith DC, Burten AH, et al. EPI INFO version 6: word processing, database and statistics

- program for epidemiology on microcomputers. Atlanta (US): Centers for Disease Control and Prevention; 1995.
- 29 Pedersen J R; Grossi P K. Violência sexual contra crianças e adolescentes/Marilia Regina Fay de Azambuja, Maria helena Mariante Ferreira ...[et al]. – Porto Alegre:Artemed,2011 Capitulo2, pag 35 a 47.
- 30 Pires ALD, Miyazaki MCOS. Maus-tratos contra crianças e adolescentes: revisão da literatura para profissionais da saúde. Arq Ciênc. Saúde 2005 jan-mar;12(1):42-9
- 31 Peres AS, Silva RHA, Júnior CL, Carvalho SPM. Odontologia e o desafio na identificação de maus-tratos. Odontologia. Clín.-Científ., Recife, 7 (3): 185-189, jul/set., 2008. www.cro-pe.org.br.
- 32 Vieira ELR, Katz CRT, Colares V. Indicadores de maus-tratos em crianças e adolescentes para uso na prática da odontopediatria. Odontologia. Clín.-Científ. 2008;7(2):113-8.
- 33 Prado D, Dornelles MSO, Louzado M, Araújo CH, Scarlot F. Manifestações orais em crianças abusadas sexualmente. RBO. 2001; 58(1): 33-4.
- 34 Cavalcanti AL. Manifestações físicas do abuso infantil: aspectos de interesse odontológico. Ver Paul Odontol. 2003; 5: 16-9.
- 35 Alves PM, Cavalcanti AL. Diagnóstico do abuso infantil no ambiente odontológico: uma revisão da literatura. Ciênc Biol Saúde Ponta Grossa. 2003 set./ dez;9(3/4):29-35.
- 36 Baelium V, Fejerskov O. Diagnostico da cárie dentária: um momento de reflexão a caminho da intervenção. In: Fejerskov O, Kidd E. carie

dentária: a doença e seu tratamento clínico. São Paulo: Santos, 2005 p. 1001-10.

37 Gomes V, Silva DD. A importância do controle de placa dental na clínica odontológica. Arquivos em Odontologia. V. 46. N 01, Jan./Março. 2010.

38 Amaral K.C., Tenório M.D.A., Dantas, AB. Saúde bucal de crianças internas em hospitais. Odontologia. Clín.-Científ., Recife, 5 (4): 267-273, out/dez., 2006 . www.cro-pe.org.br.

39 Honkala S, Honkala E. Atraumatic dental treatment among Finnish elderly persons. J Oral Rehabil. 2002; 29:435-440.

RESULTADOS

Tabela 1 - Distribuição das variáveis investigadas em crianças e adolescentes em situação de violência sexual no programa estadual integrado núcleo Hospital Santa Casa de Misericórdia do Pará, 2012.

Table 1 - Distribution of the variables investigated in children and adolescents at sexual violence in the state program integrated core Hospital Santa Casa de Misericord of the Pará, 2012.

Variável	n	%
Sexo		
Feminino	101	83,47
Masculino	20	16,53
Idade		
Fase Inicial	25	20,66
Fase Media	27	22,31
Fase Final	69	57,03
Classe social		
A	1	0,83
B	17	14,05
C	62	51,24
D	29	23,96

Tabela 2 – Correlação Linear entre o variável Índice CPOD e o Índice de Placa com dentes cariados, perdidos e obturados em crianças e adolescentes em situação de violência sexual no programa estadual integrado núcleo Hospital Santa Casa de Misericórdia do Pará, 2012.

Table 2 - Correlation between Linear Variable Index DMFT and plaque index with decayed, missing and filled teeth in children and adolescents at sexual violence in the state program integrated core Hospital Santa Casa de Misericord of the Pará, 2012.

		Índice ICPOD	Índice de Placa	Dentes Perdidos	Dentes Cariados	Dentes Obturados	Idade
Índice ICPOD	Correlação de Pearson	1,00	0,277*	0,361*	0,951*	-0,02	0,14
	p-valor		0,0033	p < 0,001	p < 0,001	0,8383	0,1287
	N	121	111	121	121	121	121
Índice de Placa	Correlação de Pearson	0,277*	1,00	-0,16	0,328*	0,17	0,09
	p-valor	0,0033		0,0849	0,0004	0,0797	0,3706
	N	111	111	111	111	111	111
Dentes Perdidos	Correlação de Pearson	0,361*	-0,16	1,00	0,09	-0,01	0,11
	p-valor	p < 0,001	0,0849		0,3043	0,9140	0,2453
	N	121	111	121	121	121	121
Dentes Cariados	Correlação de Pearson	0,951*	0,328*	0,09	1,00	-0,10	0,11
	p-valor	p < 0,001	0,0004	0,3043		0,2884	0,2143
	N	121	111	121	121	121	121
Dentes Obturados	Correlação de Pearson	-0,02	0,17	-0,01	-0,10	1,00	0,17
	p-valor	0,8383	0,0797	0,9140	0,2884		0,0604
	N	121	111	121	121	121	121
Idade	Correlação de Pearson	0,14	0,09	0,11	0,11	0,17	1,00
	p-valor	0,1287	0,3706	0,2453	0,2143	0,0604	
	N	121	111	121	121	121	121

*Correlação estatisticamente significativa ao nível $\alpha = 0,05$

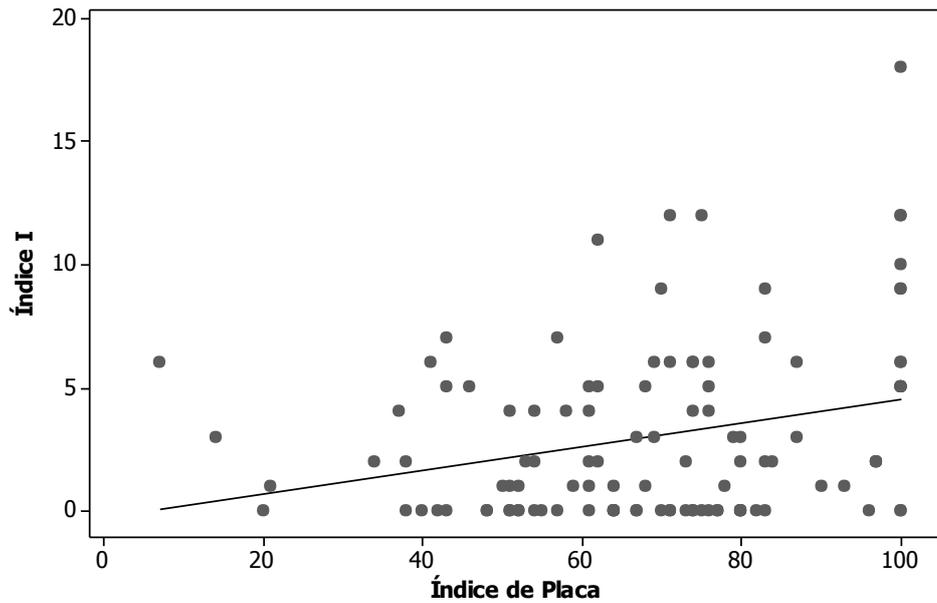


Gráfico 1 – Dispersão dos pontos entre Índice ICPOD e Índice de Placa em crianças e adolescentes em situação de violência sexual no programa estadual integrado núcleo Hospital Santa Casa de Misericórdia do Pará, 2012.

Graph 1 - Dispersion of points between ICPOD index and plaque index in children and adolescents at sexual violence in the state program integrated core Hospital Santa Casa de Misericord of the Pará, 2012.

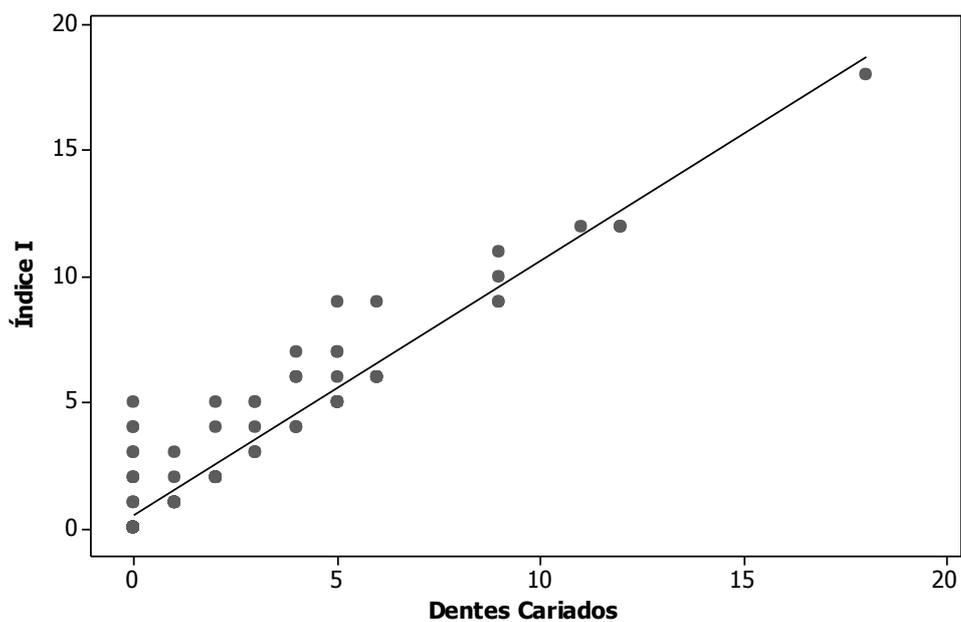


Gráfico 2 – Dispersão dos pontos entre Índice ICPOD e Dentes Cariados em crianças e adolescentes em situação de violência sexual no programa estadual integrado núcleo Hospital Santa Casa de Misericórdia do Pará, 2012.

Graph 2 - Dispersion Index scores among ICPOD and decayed teeth in children and adolescents at sexual violence in the state program integrated core Hospital Santa Casa de Misericord of the Pará, 2012

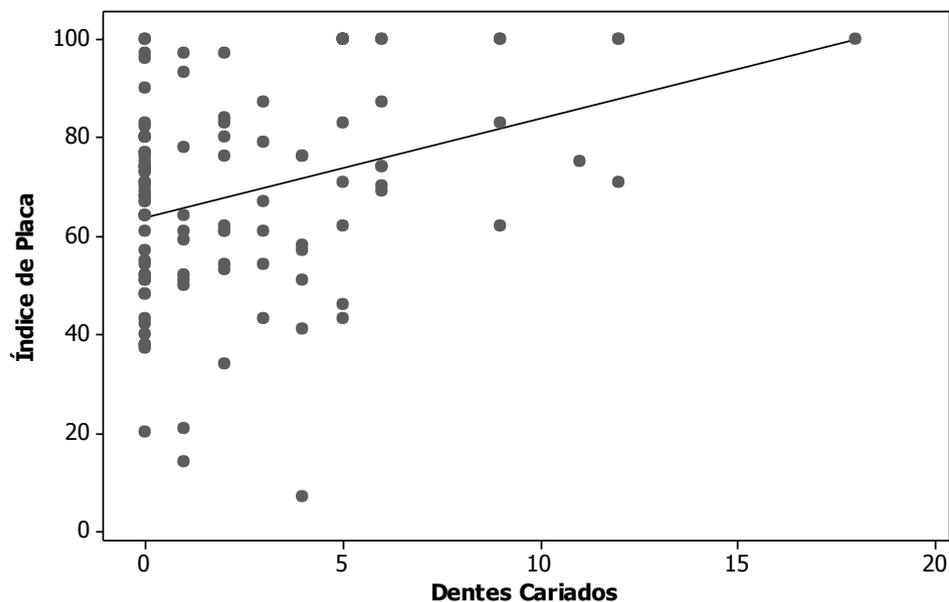


Gráfico 3 – Dispersão dos pontos entre Índice de Placa e Dentes Cariados em crianças e adolescentes em situação de violência sexual no programa estadual integrado núcleo Hospital Santa Casa de Misericórdia do Pará, 2012.

Graphic 3 - Dispersion of points between plaque index and decayed teeth in children and adolescents at sexual violence in the state program integrated core Hospital Santa Casa de Misericord of the Pará, 2012.

4. ARTIGO 3 – INTERFACE – COMUNICAÇÃO, SAÚDE E EDUCAÇÃO
(Anexo 5 – Folha de submissão do artigo: ICSE – 2013 – 0149)

Folha de Rosto

Modalidade do manuscrito: Artigo Original

Título: PROPAZ INTEGRADO

Título resumido: PERFIL DO SERVIÇO DE ATENÇÃO INTEGRAL À CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL NO PROPAZ INTEGRADO/ NUCLEO SANTA CASA DE MISERICORDIA DO PARÁ

Autores

Eugenia Sandra Pereira da Fonseca, Assistente social, Gerente de Serviços Integrados pela Paz - Enfrentamento a Violência sexual de crianças e Adolescentes (PROPAZ – Integrado).

Nayana da Silva Leite, Psicóloga, Coordenadora do Serviço de Atenção Integral para o enfrentamento a violência sexual de crianças e Adolescentes (PROPAZ – Integrado).

Priscilla Scerne Bezerra de Azevedo, Cirurgiã Dentista, Professora da Faculdade de Odontologia da Escola Superior da Amazônia (FO/ESAMAZ) e mestranda da Universidade Federal do Pará.

Liliane Silva do Nascimento, Professora Doutora do curso de graduação e Pós-graduação da Universidade Federal do Pará.

Autor Correspondente: Liliane Silva do Nascimento; Email: liliananascimento2001@gmail.com ; Universidade Federal do Pará, Faculdade de odontologia.; Rua Augusto Correa, 1. Bairro: Guamá. CEP:66075 – 110; Belém - Pará – Brasil. Tel.:559132016796

“PERFIL DO SERVIÇO DE ATENÇÃO INTEGRAL ÀS CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL NO PROPAZ INTEGRADO/ NUCLEO SANTA CASA DE MISERICORDIA DO PARÁ”

“PROFILE OF SERVICE INTEGRAL ATTENTION FOR CHILDREN AND ADOLESCENTS IN SITUATION OF SEXUAL VIOLENCE IN AN INTEGRATED PRO PAZ/ CENTER OF THE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO PARÁ”

"PERFIL DEL SERVICIO DE ATENCIÓN INTEGRAL A LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES EN SITUACIÓN DE VIOLENCIA SEXUAL EN PROPAZ INTEGRADO / NÚCLEO DE SANTA CASA DE MISERICORDIA DEL PARA"

RESUMO

O estudo descreve o perfil do serviço de atenção integral às crianças e adolescentes em situação de violência sexual no PROPAZ Integrado na Santa Casa de Misericórdia do Pará, de 2004 a 2012. O estudo foi ecológico, observacional, retrospectivo, analítico e comparativo, de dados fornecidos pela secretaria do serviço, coletados de fichas de notificações compulsórias as variáveis: sexo, idade da vítima, órgão e região de encaminhamento. Com os programas, Office da Microsoft 2010, Word e Excel, formatou e editou os gráficos e tabelas; e com o programa Bioestat 5.3., realizou o teste estatístico, não-paramétrico e o teste G. Predominaram o sexo feminino, a faixa etária de 12 a 14 anos, os encaminhamentos de serviços de Segurança e da região metropolitana. A violência sexual infanto-juvenil constitui-se um desafio multissetorial, envolvendo todos os setores de atenção e toda população.

Palavras Chaves: Violência Sexual, Criança, Saúde do Adolescente, Atenção à saúde.

ABSTRACT

The study describes the profile of the integral attention service of children and adolescents exposed to sexual violence accompanied by the Integrated PROPAZ program of Santa Casa de Misericórdia do Pará from 2004 to 2012. This study follows the methodology of observational research on ecological rationale of official data of the service registry from records of required notifications. It used the following variables: gender, age, organ, and referral area. Data were analyzed by the 5.3 Bioestat program. The statistical non-parametric test and G test were performed and revealed that the female is more prevalent (84.34%), aged 12-14 years (29.54%), and sent by the security services (42.39%). Juvenile sexual violence constitutes a multisectoral challenge with consequences throughout the life of the child and adolescent contributing to increased morbidity and mortality from external causes in Pará State, Brazil.

KEYWORDS: Sexual violence; Child; Adolescent health; Health care.

RESUMEN

El estudio describe el perfil del servicio de atención integral a las chiquillas y adolescentes en situación de violencia sexual en PROPAZ Integrado en Santa Casa de Misericórdia del Pará 2004 a la 2012. Sigue metodología de la investigación observacional con razonamiento ecológico de datos oficiales de la secretaría del servicio, provenientes de las guías de notificación obligatorio. Se utilizaron las siguientes variables: sexo, edad, órgano y región de enrutamiento. Los datos fueron analizados por el programa Bioestat 5.3. La prueba estadística, no paramétrica y la prueba G se realizaron y revelaron que la mujer es más frecuente (84,34%), con edades de 12 a la 14 años (29,54%), con los servicios de referencias de seguridad (42,39%). La violencia sexual de menores constituye un desafío multisectorial, con consecuencias a lo largo de la vida del niño y del adolescente que contribuye al aumento de la mortalidad por causas externas en Pará.

Palabras clave: Violencia Sexual, chiquillas, Salud de Adolescentes, atención de la salud.

INTRODUÇÃO

Segundo alguns autores, como Guerra (1998), Faleiros (2000) e Libório (2003) a violência sexual contra crianças e adolescentes esta presente no mundo e mobiliza segmentos sociais, em defesa a violação cruel dos direitos humanos. Considerada como um problema social, histórico e mundial (MINAYO. 2001), que pode gerar problemas sociais, emocionais, psicológicos e cognitivos capazes de impactar fortemente a saúde das crianças e adolescentes ao longo de sua vida. (FALEIROS, 2000, p 17)

As crianças e adolescentes estão com seus direitos garantidos desde 1984, na Declaração Universal dos Direitos Humanos, na Convenção sobre os Direitos da Criança, pela Resolução nº 44/25 da Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU) em 20 de novembro de 1989, e promulgada pelo Decreto nº 99.710, de 21 de novembro de 1990.

Esses direitos foram sintetizados na Constituição Federal de 1988, pelo no art. 227, que além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, seriam garantidos e reconhecidos como sujeitos de direitos no País e ganham destaque nas políticas sociais públicas, com status de prioridade absoluta (BRASIL,2001)

Em 2002 criou-se o Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-Juvenil na Secretaria Nacional dos direitos humanos o que culminou na implantação do Programa Nacional de Enfrentamento à Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes. Que através das ações de mobilização

de integração das redes de programas governamentais, organismos e agências internacionais, universidades e sociedade civil, desenvolvem e aplicam metodologias de intervenção local que resultam em respostas efetivas para a superação da violação dos direitos de crianças e adolescentes. (BRASIL, 2002)

No Brasil, através do segundo relatório do Comitê Nacional de Enfrentamento à Violência Sexual de Crianças e Adolescentes, entre 2003 e 2010, o número de denúncias recebidas pelo Disque denuncia o disque 100 cresceu 625% (BRASIL, 2010). A média de ligações registradas a cada dia passou de 12, em 2003, para 129 em 2011. Até maio de 2011 o disque 100 já tinha realizado 2,7 milhões de atendimentos e encaminhou 164.581 denúncias em todo o País.

A rede de serviços do SUS constitui-se num espaço privilegiado para a identificação, acolhimento, atendimento, notificação, cuidados e proteção de crianças e adolescentes em situação de violência, bem como para a orientação às famílias, independente de raça/etnia, sexo, diversidade cultural e religiosa, e orientação sexual, dando igual tratamento às pessoas com deficiências, dentre outras peculiaridades. (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2006)

Os índices de morbidade por agravos e violência dos serviços de referência no país têm a violência sexual como principal motivo dos atendimentos realizados. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008). Em Belém/Para, segundo Mitschein, Chaves e Miranda (2008), na região dos bairros periféricos os registros de manifestações da violência sexual são frequentes (40%) e o seu enfrentamento é necessário.

O PRÓ-PAZ - Integrado enquanto um serviço de referência de enfrentamento a violência sexual da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, oferece atenção especializada às crianças e adolescentes em situação de abuso e exploração sexual e, ao longo de sua trajetória de intervenção, desde 2004, vem cada vez mais assumindo um papel relevante na atenção à saúde física, mental e defesa dessa população alvo paraense. (FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA-UNICEF et al, 2010)

Hoje o PROPAZ no Estado do Pará é reconhecido como espaço legítimo de atendimento no enfrentamento a violação de direitos. As ações que são de caráter interdisciplinar e interinstitucional são realizadas por uma Equipe Multiprofissional para a garantia da promoção e atendimento integral aos usuários, sobretudo uma Política Pública de direito balizada no que prevê as diretrizes baseada nas diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS, no que tange às especificidades da proteção e atenção à saúde na área da média complexidade. (FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA-UNICEF et al, 2010)

Neste sentido, as ações realizadas no PRÓ-PAZ são de suma importância para entendermos o contexto da violência através da realização das ações de intervenções específicas na área social, psicológica, médica, policial e pericial, de violência sexual, envolvendo crianças, adolescentes e pessoas com deficiência para o diagnóstico prevenção e tratamento da violência sexual de crianças e adolescentes.

A pesquisa objetivou descrever o perfil dos atendimentos, em uma série histórica no período de 2004 a 2012, do serviço de enfrentamento a violência sexual às crianças e adolescentes denominado PRÓ-PAZ - Integrado, no Hospital da Fundação Santa Casa de Misericórdia do estado do Pará, Brasil.

Entretanto se tem a consciência de que a violência denunciada de violências domésticas cometidas contra crianças e adolescentes em qualquer sociedade que segundo critérios epidemiológicos nos USA e Canada, avaliados por Maria Amélia Azevedo, Coordenação Lacri/lpusp, constitui a Ponta do Iceberg de violências domésticas devido a subnotificação. E que o número de casos não notificados será maior ou menor conforme seja mais ou menos amplo o "complô de silêncio" de que muitas vezes participam os profissionais, os vizinhos, os parentes, familiares e até a própria vítima. (FINKELHOR, D., 1986).

METODO

Trata-se de um estudo ecológico observacional, retrospectivo com análises comparativas da série histórica, no período de 2004 a 2012. Os dados coletados foram extraídos a partir de fichas de notificações compulsórias, onde se observou a variável sexo, idade da vítima, órgão e região de encaminhamento, com dados estatísticos fornecidos pela secretaria do PROPAZ/ Santa Casa de Belém, Pará, Brasil.

As variáveis dependentes utilizadas neste estudo foram o sexo, faixa etária, municípios do Pará, bairros da área metropolitana dos municípios de Belém e Ananindeua, Órgãos públicos e privados encaminhadores de casos de abuso sexual por ano.

Para análise estatística utilizou-se os programas, Office da Microsoft 2010, Word e Excel para formatação e edição de gráficos e tabelas, com o teste estatístico, não-paramétrico e o Teste G, do programa Bioestat 5.3.. Pré-fixou-se o nível de significância $\alpha=0.05$ para rejeição da hipótese nula.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No período de 2004 a 2012 foram acolhidos 6.928 casos de violência sexual ou com suspeita, com uma média anual de 770 acolhimentos no PROPAZ Integrado Santa Casa de Misericórdia do Pará (Tabela 1). Destaca-se à impossibilidade de generalização desses resultados, pois, mesmo sendo um

número grande de atendimento a vítimas de violência, trata-se de um serviço referência. Certamente há subnotificações de casos sendo a realidade bem maior do que aquele que procura os serviços especializados, conforme alguns autores relataram na literatura (Furniss, 1993; Kellogg & Menard, 2003; Oshikata et al.,2005; Souza & Adesse, 2005).

O estudo destaca que ocorreram abusos em todas as faixas etárias (Tabela2). Mas nas faixas de seis a oito anos, de nove a onze anos e de doze a quatorze anos foram significativamente maior a ocorrência de abuso, com a maior quantidade de abusos registrada sendo a idade que se destacou mais foi a de 12 a 14 anos. (Gráfico1).

Na avaliação do ciclo de vida as vítimas foram separadas em dois grupos de estudo, definidos pela idade no momento do crime sexual, segundo critério da Organização Mundial da Saúde: crianças (idade inferior a dez anos completos) e adolescentes (idade maior ou igual a dez anos completos e menor que 18 anos). Achou-se o número médio de abusos maior entre as crianças por ano do que entre os adolescentes.(Tabela 3 e Gráfico 2).

Em parte, a pesquisa concorda com o estudo na região sul do Brasil, realizado por Pelisoli et al em 2010, que referencia as faixas etárias de 5 a 12 anos com maior número de vítimas. E também outros estudos, como em Ribeiro et al. (2004) que destaca a idade mais frequente entre 10 e 12 anos, e o de Braun (2002) que aponta a faixa entre 10 e 14 anos, onde utilizaram dados do Departamento Estadual da Criança e do Adolescente da Polícia Civil do Rio Grande do Sul.

Em relação ao gênero a pesquisa o gênero feminino prevaleceu com uma quantidade de abusos maior, em relação ao masculino (Tabela 4 e gráfico 3) o que vem corrobora com o estudo realizado em Porto Alegre no Rio Grande do Sul por Pelisoli et al. em 2010, com 75% dos casos sendo feminino o que contribui também com estudos de outros autores (Habigzang, Koller, Azevedo & Machado, 2005; Ribeiro,Ferriani & Reis, 2004; Nurcombe, 2000; Kristensen, Oliveira & Flores, 1999) e concorda, segundo Pereda, Guilera, Forns & Gómez-Benito em 2009, com os dados internacionais que caracterizam à vitimização como sendo mais de mulheres.

O abuso sexual infantil é considerado, pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2003, como um dos maiores problemas de saúde pública. Estudos realizados em diferentes partes do mundo sugerem que 7 a 36% das meninas e 3 a 29% dos meninos sofreram abuso sexual. Segundo a UNICEF (2010) mais de 18 mil crianças são espancadas todos os dias no Brasil, sendo as meninas entre 7 e 14 anos as mais afetadas.

Sobre os órgãos que encaminham os abusos sexuais destacaram os que estavam relacionados à segurança seguido pelo Conselho Tutelar

(Tabela5 e Grafico4). De um modo geral os três principais órgãos que mais registraram os casos de abusos sexuais foram respectivamente: Órgãos relacionados à segurança, Conselho Tutelar e Demanda espontânea. Assim, pode-se observar a predominância de encaminhamento na série histórica da área de segurança (delegacias de polícia junto ao judiciário).

Esta predominância pode demonstrar uma falha dos conselhos tutelares no monitoramento desses casos e do encaminhamento destes antes que cheguem às delegacias de polícia o que vem concordar com estudos feitos por Pelisoli et al em 2010.

Já que o Conselho Tutelar é o órgão encarregado de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente, tanto nos casos de ação ou omissão da sociedade, do estado e dos pais ou responsáveis, em que a própria conduta da criança ou adolescente exigir cuidados. Essas falhas de funcionamento dos conselhos tutelares, segundo Habigzang, Azevedo, Koller e Machado em 2006, podem estar relacionadas à capacitação ou à falta de integração dos conselheiros com a rede de atendimento.

Segundo Brino & Williams em 2008, destacam a participação da área educacional, sendo os docentes atores importantes, como agentes de prevenção para identificar e proceder em situações de abuso sexual. Apesar do presente estudo tenha demonstrado pouca participação na rede de educação no PROPAZ integrado, mas ele não está sozinho o setor saúde também pouco detectou e encaminhou. Necessitando estes setores serem mais explorados já que muitas vítimas participam dos serviços.

O enfrentamento da violência exige ações públicas em todas as áreas não somente do âmbito da segurança. A integração entre essas instâncias auxilia na garantia de integralidade, qualidade e resolutividade da atenção (Vilela & Lago, 2007).

A região de integração a maioria foi proveniente da área metropolitana, mas ocorrem registros em várias regiões do Pará e em outros Estados (Tabela 6). Ocorrendo um aumento significativo no Tocantins e no Marajó (Tabela6). Na área metropolitana nos Distritos Administrativos de Belém o que mais se destaca é o da Sacramenta (Tabela7) e do município de Ananindeua é o distrito de Aguas lindas (Tabela8).

Apesar de Belém predominar com a maioria da demanda, há o atendimento a vítimas de outros municípios. Constatando-se a falta de serviços capazes de realizar um atendimento integral em outros municípios. O que vem concordar com o trabalho de Pelisoli et al em 2010, que destaca a crescente participação de cidades da região metropolitana e do interior do estado nos acolhimentos realizados na instituição no Centro de Referência no Atendimento Infante-Juvenil na cidade de Porto Alegre.

É importante dar destaque ao que foi observado no município de São Paulo por Carvalho em 1995, que as unidades especializadas na área da saúde em municípios médios e pequenos são poucas e marcadas pela precariedade. Mas as mesmas solucionam suas demandas administrativas. Ressalta também que desde 1988 o município já possui esta autonomia, com a participação da população na elaboração e na gestão de políticas e a descentralização administrativa.

CONCLUSÃO

Este estudo possibilitou conhecer o a demanda atendida no PROPAZ Integrado da Santa Casa de Misericórdia do Pará. A partir dos resultados puderam ser verificados aspectos comuns encontrados nos diferentes artigos, tais como: a idade e o sexo da vítima e, também, fatores da rede de atendimento. Pois, a violência sexual com crianças e adolescentes constitui-se um grande desafio multisetorial, pois a dificuldade na identificação da violência sexual, muitas vezes, está relacionada ao desconhecimento dos profissionais que lidam direta ou indiretamente com elas, envolvendo todos os setores de atenção não somente a segurança, mas também toda população.

REFERÊNCIA

BRASIL. Estatuto da Criança e do adolescente. Lei 8069/1990. Poder Judiciário – Vara da Infância e juventude de Vitória/ES. Vitória, 2001.

BRASIL. Constituição da Republica Federativa do Brasil, promulgada em 05/10/88. 27ª edição. São Paulo: Saraiva, 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Violência faz mal à saúde / [Cláudia Araújo de Lima (Coord.) et al.]. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.298 p.: il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) Palavras – chave: violência sexual, crianças e adolescentes, condição socioeconômica.

BRASIL, Ministério da Saúde. Prevenção de violências e promoção da cultura de paz você é a peça principal para enfrentar este problema: impacto da violência na saúde das crianças e adolescentes . Brasília – DF.2008. Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde, www.saude.gov.br/bvs.

BRASIL. Relatório do Disk Denúncia Nacional de maio de 2003 a agosto de 2010. Brasília: SEDH, 2010.

BRAUN, S. (2002). A violência sexual infantil na família: Do silêncio à revelação do segredo. Porto Alegre: Age.

BRINO, R. F., & WILLIAMS, L. C. A. (2008). Professores como agentes de prevenção do abuso sexual infantil. Educação e Realidade, 33(2), 209-230.

CARVALHO, M. C. B. (1995). Gestão municipal dos serviços de atenção à criança e ao adolescente. São Paulo: IEE PUC-SP/CBIA

Cf. FINKELHOR, D. (1986). Sourcebook on child sexual abuse. Newbury Park, CA: Sage Publications

FALEIROS, Eva T. Silveira. Repensando os conceitos de violência, abuso e exploração sexual de crianças e adolescentes. Brasília: Thesaurus, 2000.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA-UNICEF, SECRETÁRIO DE ESTADO DE JUSTIÇA E DIREITOS HUMANOS, COORDENADORA ESTADUAL DE SAÚDE DA CRIANÇA/SESPA, SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO PARÁ -COORDENADOR ESTADUAL DE HUMANIZAÇÃO/SESPA, Protocolo de Atenção Integral a crianças e adolescentes vítimas de violência uma abordagem interdisciplinar na Saúde.2010

FURNISS T. (1993). Abuso sexual da criança: Uma abordagem multidisciplinar. Porto Alegre: Artes Médicas

GUERRA, V. N. de A. Violência de pais contra filhos: a tragédia revisitada. 3. ed. São Paulo: Cortez, 1998

HABIGZANG, L. F., KOLLER, S. H., AZEVEDO, G.A., & MACHADO, P. X. (2005). Abuso sexual infantil e dinâmica familiar: Aspectos observados em processos jurídicos. Psicologia: Teoria e Pesquisa, 21(3), 341-348.

HABIGZANG, L. F., AZEVEDO, G. A., KOLLER, S.H., & MACHADO, P. X. (2006). Fatores de risco e de proteção na rede de atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência sexual. Psicologia: Reflexão e Crítica, 19(3), 379-386.

KELLOGG, N. D., & MENARD, S. W. (2003).Violence among family members of children and adolescents evaluated for sexual abuse. Child Abuse & Neglect, 27,1367-1376.

KRISTENSEN, C. H., OLIVEIRA, M. S., & FLORES,R. Z. (1999). Violência contra crianças e adolescentes na grande Porto Alegre – Parte B: Pode piorar? In Associação de Apoio à Criança e ao Adolescente – AMENCAR (Org.). Violência doméstica (pp. 104-117). Brasília: UNICEF

LIBÓRIO, R. M. C. Desvendando vozes silenciadas: adolescentes em situação de exploração sexual. Tese (Doutorado em Psicologia). Universidade de São Paulo, 2003.

MITSCHEIN T. A.; CHAVES J. F.; RODRIGUES H.. Crescimento, Pobreza e Violência em Belém. Núcleo de Meio Ambiente (Numa) e / Programa Pobreza e Meio Ambiente na Amazônia (Poema). 2ª edição .Belem,2008

MINAYO M. C. S. Violência contra crianças e adolescentes: questão social, questão de saúde; Rev. Bras. Saude Mater. Infant. vol.1 no.2 Recife maio/ago. 2001; <http://dx.doi.org>

NURCOMBE, B. (2000). Child sexual abuse I: Psychopathology. Australian and New Zealand. Journal of Psychiatry, 34, 85-91.

ONU, Assembléia Geral das Nações Unidas Distr.: Geral, 23 de agosto de 2006. Original: inglês.

OSHIKATA, C. T., BEDONE, A. J., & FAÚNDES, A. (2005). Atendimento de emergência a mulheres que sofreram violência sexual: Características das mulheres e resultados até seis meses pós-agressão. Cadernos de Saúde Pública, 21(1), 192-199

PELISOLI, C., PIRES, J. P. M., ALMEIDA, M. E., & DELL'AGLIO, D. D. Violência sexual contra crianças e adolescentes: dados de um serviço de referência Temas em Psicologia - 2010, Vol. 18, no 1, 85 – 97

PEREDA, N., GUILERA, G., FORNS, M., & GÓMEZ-BENITO, J. (2009). The international epidemiology of child sexual abuse: A continuation of Finkelhor (1994). Child Abuse & Neglect, 33, 331-342.

RIBEIRO, M. A., FERRIANI, M. G. C., & REIS, J.N. (2004). Violência sexual contra crianças e adolescentes: Características relativas à vitimização nas relações familiares. Cadernos de Saúde Pública, 20(2), 456-464

SOUZA, C. M., & ADESSE, L. (2005). Violência sexual no Brasil: Perspectivas e desafios. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres.

SOUZA, M. K. B. & SANTANA, J. S. S. (2009). Atenção ao adolescente vítima de violência: Participação dos gestores municipais de saúde. Ciência e Saúde Coletiva, 14(2), 547-555.

VILELA, W. V. & LAGO, T. (2007). Conquistas e desafios no atendimento das mulheres que sofreram violência sexual. Cadernos de Saúde Pública, 23(2), 471-475.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence. 2003:8.

DOCUMENTOS SUPLEMENTARES

Tabela 1 – Estatística Descritiva do número de casos por ano

Dados Descritivos	Valor
Média	770
Desvio Padrão	360,1929
Mínimo	83
Máximo	1245

Tabela 2 – Faixa Etária por ano

Faixa Etária		Ano									Total
		2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	
0-2	N	3	15	51	39	38	41	169	17	36	409
	%	3,61	2,06	5,11	4,89	4,08	3,85	13,57	4,78	4,97	5,90
3-5	N	14	121	148	129	130	170	169	82	119	1082
	%	16,87	16,60	14,83	16,17	13,96	15,98	13,57	23,03	16,44	15,62
6-8	N	15	121	151	151	182	198	220	68	106	1212
	%	18,07	16,60	15,13	18,92	19,55	18,62	17,67	19,10	14,64	17,49
9-11	N	15	123	171	136	178	212	187	77	131	1230
	%	18,07	16,87	17,13	17,04	19,12	19,92	15,02	21,63	18,09	17,75
12-14	N	27	114	323	257	303	312	381	79	250	2046
	%	32,54	15,64	32,37	32,20	32,55	29,32	30,61	22,19	34,53	29,54
15-17	N	9	235	154	86	100	131	119	33	82	949
	%	10,84	32,23	15,43	10,78	10,74	12,31	9,56	9,27	11,33	13,70
Total	N	83	729	998	798	931	1064	1245	356	724	6928
	%	1,20	10,52	14,41	11,52	13,44	15,35	17,97	5,14	10,45	100

P < 0,05 (Teste G; p < 0,0001)

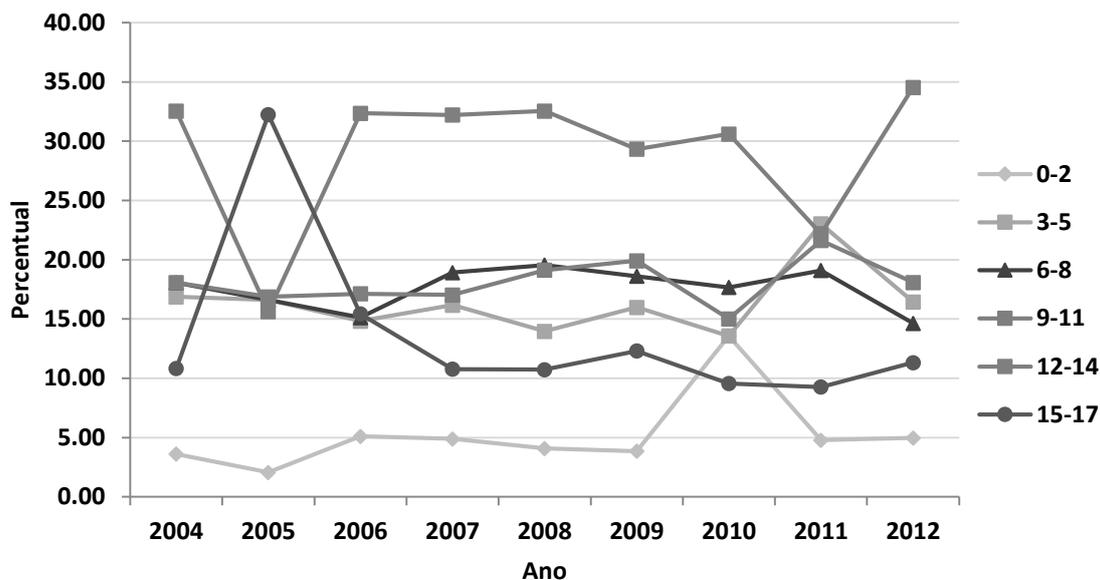


Gráfico 1 – Faixa Etária por ano

Tabela 3 – Ciclo de vida por ano

Ciclo de vida		Ano									Total
		2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	
Criança	N	47	380	521	455	528	621	745	244	392	3933
	%	56,63	52,13	52,20	57,02	56,71	58,36	59,84	68,54	54,14	56,77
Adolescente	N	36	349	477	343	403	443	500	112	332	2995
	%	43,37	47,87	47,80	42,98	43,29	41,64	40,16	31,46	45,86	43,23
Total	N	83	729	998	798	931	1064	1245	356	724	6928
	%	1,20	10,52	14,41	11,52	13,44	15,36	17,96	5,14	10,45	100

P < 0,05 (Teste G; p < 0,0001)

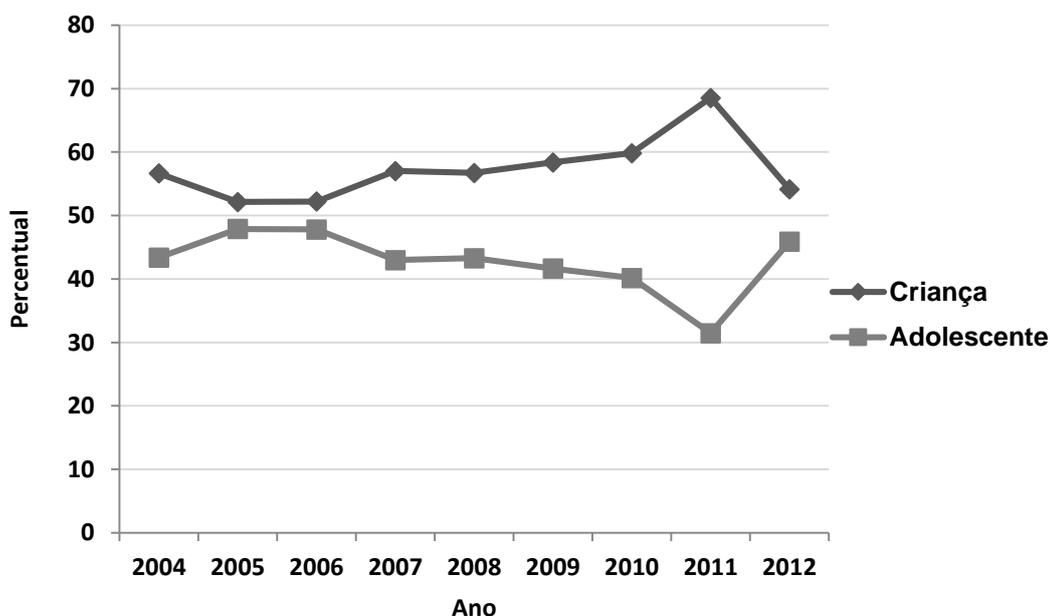


Gráfico 2 – Ciclo de vida por ano

Tabela 4 – Gênero por ano

Sexo	Ano									
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Total
Masculino	14	104	137	112	134	180	221	73	110	1085
%	16,87	14,27	13,73	14,04	14,39	16,92	17,75	20,51	15,19	15,66
Feminino	69	625	861	686	797	884	1024	283	614	5843
%	83,13	85,73	86,27	85,96	85,61	83,08	82,25	79,49	84,81	84,34
Total	83	729	998	798	931	1064	1245	356	724	6928
	1,20	10,52	14,41	11,52	13,44	15,36	17,96	5,14	10,45	100

P < 0,05 (Teste G; p = 0,0207)

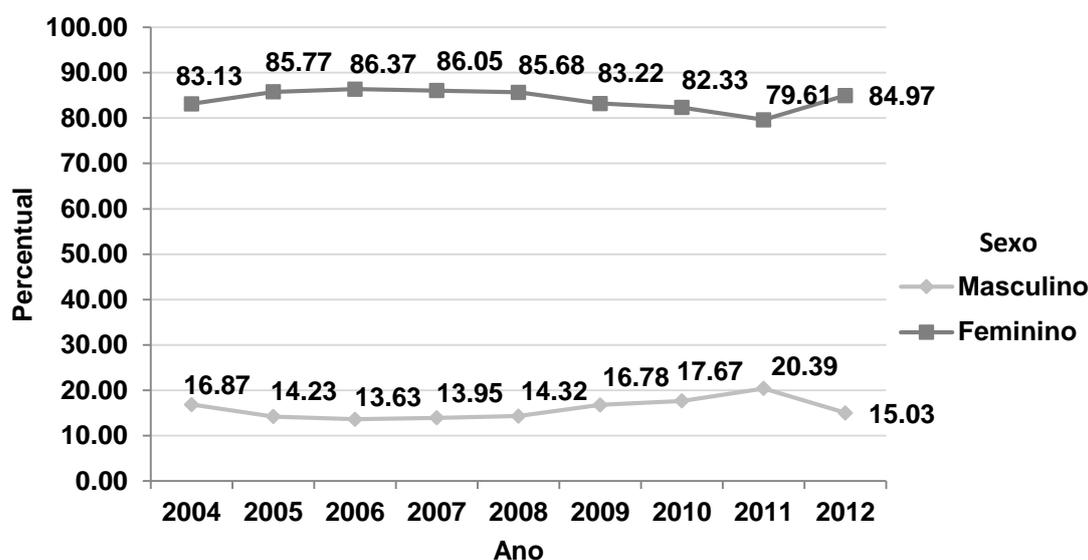


Gráfico 3 – Gênero por ano

Tabela 5 – Região de Integração do Pará

Região de Integração	Ano										Total
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012		
Metropolitana	N	78	602	835	662	759	858	912	295	485	5486
	%	93,98	82,59	83,67	82,94	81,54	80,65	73,26	82,87	66,99	79,18
Guamá	N	2	25	29	25	22	28	72	13	36	252
	%	2,41	3,43	2,91	3,13	2,36	2,63	5,78	3,65	4,97	3,64
Rio Caeté	N	0	4	7	7	14	7	13	5	8	65
	%	0,00	0,55	0,70	0,88	1,50	0,66	1,04	1,40	1,10	0,94
Araguaia	N	0	0	1	0	0	0	2	0	2	5
	%	0,00	0,00	0,10	0,00	0,00	0,00	0,16	0,00	0,28	0,07
Carajás	N	0	0	0	2	0	0	0	0	4	6
	%	0,00	0,00	0,00	0,25	0,00	0,00	0,00	0,00	0,55	0,09
Tocantins	N	2	76	99	74	99	114	163	30	128	785
	%	2,41	10,43	9,92	9,27	10,63	10,71	13,09	8,43	17,68	11,33
Baixo Amazonas	N	0	2	0	0	2	0	0	0	0	4

	%	0,00	0,27	0,00	0,00	0,21	0,00	0,00	0,00	0,00	0,06
Lago Tucuruí	N	0	2	1	1	0	0	0	0	0	4
	%	0,00	0,27	0,10	0,13	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,06
Rio Capim	N	1	6	7	0	4	19	32	5	23	97
	%	1,20	0,82	0,70	0,00	0,43	1,79	2,57	1,40	3,18	1,40
Xingú	N	0	0	1	1	0	1	0	0	1	4
	%	0,00	0,00	0,10	0,13	0,00	0,09	0,00	0,00	0,14	0,06
Marajó	N	0	10	18	24	30	36	49	7	36	210
	%	0,00	1,37	1,80	3,01	3,22	3,38	3,94	1,97	4,97	3,03
Tapajós	N	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
	%	0,00	0,00	0,00	0,13	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01
Outros Estados	N	0	2	0	1	1	1	2	1	1	9
	%	0,00	0,27	0,00	0,13	0,11	0,09	0,16	0,28	0,14	0,13
Total	N	83	729	998	798	931	1064	1245	356	724	6928
	%	1,20	10,52	14,41	11,52	13,44	15,36	17,96	5,14	10,45	100

P < 0,05 (Teste G; p < 0,0001)

Tabela 6 – Órgão de encaminhamento por ano

Órgão	Ano										Total
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012		
Assistência Social	N	7	62	67	49	31	36	44	19	93	408
	%	8,43	8,50	6,71	6,14	3,33	3,38	3,53	5,34	12,85	5,89
Conselho Tutelar	N	17	159	213	209	275	352	339	117	109	1790
	%	20,48	21,81	21,34	26,19	29,54	33,08	27,23	32,86	15,06	25,84
Demanda Espontânea	N	3	40	61	56	133	190	289	86	220	1078
	%	3,61	5,49	6,11	7,02	14,29	17,86	23,21	24,16	30,37	15,56
Educação	N	0	3	2	1	2	3	3	2	2	18
	%	0,00	0,41	0,20	0,13	0,21	0,28	0,24	0,56	0,28	0,26
EVS	N	1	5	4	2	0	3	6	11	6	38
	%	1,20	0,69	0,40	0,25	0,00	0,28	0,48	3,09	0,83	0,55
Saúde	N	8	76	105	59	81	82	137	31	68	647
	%	9,64	10,43	10,52	7,39	8,70	7,71	11,00	8,71	9,39	9,34
Segurança	N	47	383	543	421	407	395	426	89	226	2937
	%	56,64	52,53	54,42	52,75	43,72	37,13	34,23	25,00	31,22	42,39
Outros	N	0	1	3	1	2	3	1	1	0	12
	%	0,00	0,14	0,30	0,13	0,21	0,28	0,08	0,28	0,00	0,17
Total	N	83	729	998	798	931	1064	1245	356	724	6928
	%	1,20	10,52	14,41	11,52	13,44	15,36	17,97	5,14	10,45	100

P < 0,05 (Teste G; p < 0,0001)

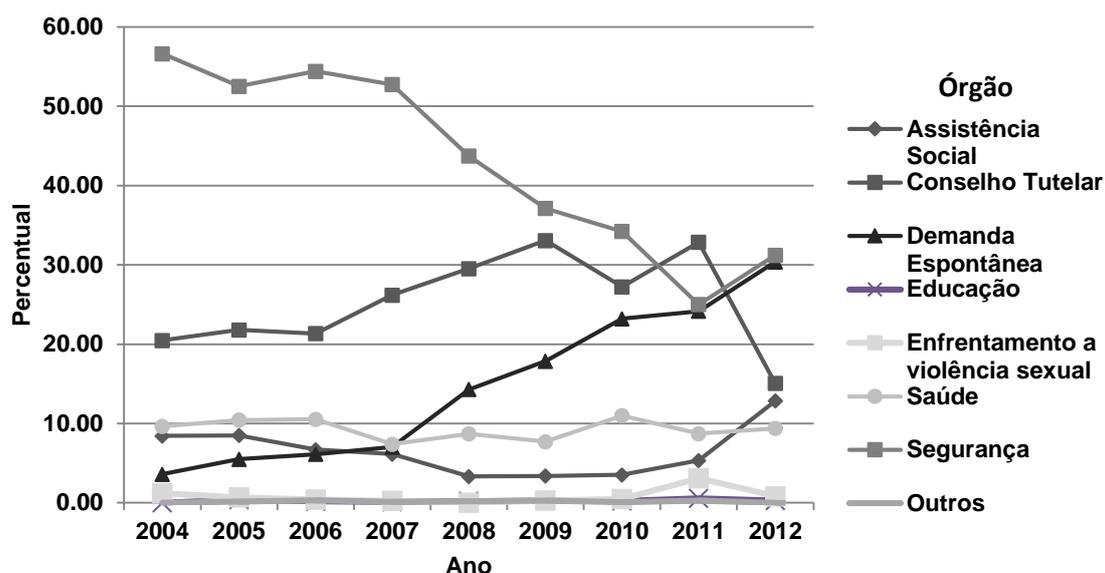


Gráfico 4 – Órgão de encaminhamento

Tabela 7 – Casos por Distritos Administrativos de Belém e por ano

Distrito		Ano									Total
		2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	
DABEL	N	1	48	50	42	55	58	62	22	50	388
	%	1,20	6,58	5,01	5,26	5,91	5,45	4,98	6,18	6,91	5,60
DABEN	N	15	100	107	80	100	117	87	31	28	665
	%	18,07	13,72	10,72	10,03	10,74	11,00	6,99	8,71	3,87	9,60
DAENT	N	9	47	49	37	39	46	45	17	31	320
	%	10,84	6,45	4,91	4,64	4,19	4,32	3,61	4,78	4,28	4,62
DAGUA	N	10	68	106	64	74	79	113	21	115	650
	%	12,05	9,33	10,62	8,02	7,95	7,42	9,08	5,90	15,88	9,38
DAICO	N	5	59	102	93	83	90	79	25	34	570
	%	6,02	8,09	10,22	11,65	8,92	8,46	6,35	7,02	4,70	8,23
DAMOS	N	0	7	15	13	23	24	18	9	10	119
	%	0,00	0,96	1,50	1,63	2,47	2,26	1,45	2,53	1,38	1,72
DAOUT	N	1	10	19	30	25	29	23	10	5	152
	%	1,20	1,37	1,90	3,76	2,69	2,73	1,85	2,81	0,69	2,19
DASAC	N	14	87	114	86	88	117	117	36	123	782
	%	16,87	11,93	11,42	10,78	9,45	11,00	9,40	10,11	16,99	11,29
Outros municípios	N	28	303	436	353	444	504	701	185	328	3282
	%	33,75	41,57	43,70	44,23	47,68	47,36	56,29	51,96	45,30	47,37
Total	N	83	729	998	798	931	1064	1245	356	724	6928
	%	1,20	10,52	14,41	11,52	13,44	15,36	17,97	5,14	10,45	100

P < 0,05 (Teste G; p < 0,0001)

Tabela 8 – Casos por Bairros de Ananindeua e por ano

Bairro		Ano				Total
		2009	2010	2011	2012	
40 horas	N	8	7	5	5	25
	%	3,69	2,70	5,26	6,49	3,86
Águas Brancas	N	3	14	2	0	19
	%	1,38	5,41	2,11	0,00	2,93
Águas Lindas	N	32	29	8	3	72
	%	14,75	11,20	8,42	3,90	11,11
Atalaia	N	7	8	5	2	22
	%	3,23	3,09	5,26	2,60	3,40
Aurá	N	8	8	3	2	21
	%	3,69	3,09	3,16	2,60	3,24
Centro	N	0	2	2	0	4
	%	0,00	0,77	2,11	0,00	0,62
Castanheira	N	0	0	0	1	1
	%	0,00	0,00	0,00	1,30	0,15
Coqueiro	N	73	90	40	42	245
	%	33,63	34,76	42,10	54,54	37,79
Curio Utinga	N	3	3	3	1	10
	%	1,38	1,16	3,16	1,30	1,54
Curuçambá	N	10	9	2	0	21
	%	4,61	3,47	2,11	0,00	3,24
Distrito Industrial	N	20	17	1	5	43
	%	9,22	6,56	1,05	6,49	6,64
Guanabara	N	15	17	1	3	36
	%	6,91	6,56	1,05	3,90	5,56
Icuí Guajará	N	11	27	9	6	53
	%	5,07	10,42	9,47	7,79	8,18
Julia Sefer	N	0	4	0	0	4
	%	0,00	1,54	0,00	0,00	0,62
Maguari	N	10	14	8	2	34
	%	4,61	5,41	8,42	2,60	5,25
Nova Esperança	N	0	2	0	0	2
	%	0,00	0,77	0,00	0,00	0,31
Paar	N	10	8	6	4	28
	%	4,61	3,09	6,32	5,19	4,32
Jaderlândia	N	2	0	0	0	2
	%	0,92	0,00	0,00	0,00	0,31
Levilândia	N	5	0	0	1	6
	%	2,30	0,00	0,00	1,30	0,93
Total	N	217	259	95	77	648
	%	33,49	39,97	14,66	11,88	100

P < 0,05 (Teste G; p < 0,0001)

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A violência sexual dentre as violências é considerada a mais severa. Que para crianças e adolescentes, deixa sequelas muitas vezes irreversíveis na vítima. Necessitando de um atendimento imediato e constante. Através de uma rede de proteção eficiente e eficaz. Quando os casos são intrafamiliares fica mais difícil o diagnóstico e tratamento.

Entretanto, constitui-se um grande desafio multisetorial, pois há dificuldade na identificação da violência sexual, muitas vezes, relacionada ao desconhecimento dos profissionais que lidam direta ou indiretamente com elas.

A odontologia não deve fugir da regra, pois a equipe deve estar atenta para a imediata identificação e reconhecimento de maus tratos, negligência e abusos sexuais de cidadãos mais fragilizados pela violência.

As denúncias dos casos de abuso sexual não são fáceis, mas é necessário, pois o profissional deve assumir responsabilidades perante sua profissão e resguardar algo importantíssimo à segurança e o respeito à vida de crianças e adolescentes.

Apesar de Propaz- Integrado, já ter atendidos muitas crianças desde 2004 casos de violência sexual ou com suspeita. Esta realidade é preocupante, pois a notificação dos casos é considerada apenas a ponta do ice- Berg.

A negligência e o abandono são um cenário constante na vida da criança abusada sexualmente. O diagnóstico da negligência odontológica pode ser observada na cavidade oral, a cárie e a doença periodontal bem como muitas morbidades.

Todos os profissionais não só o da saúde, mas de todas as áreas devem estar atentos aos sinais e sintomas da violência só assim poderemos efetivar a proteção e a garantia dos direitos das crianças, e adolescentes.

6. REFERÊNCIAS

1. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization; 2002.
2. Love, C.; Gerbert, B.; Caspers, N.; Bronstone, A.; Perry, D.; Bird, W. Dentist's attitudes and behavior regarding domestic violence – the need for an affective response. *JADA*, v. 132, p. 85-93, Jan., 2001.
3. Santi, L. N.; Nakano, A. M. S. A mulher vítima de violência e a saúde bucal. *Anais do I COWHI*, 2004. CD-ROOM.
4. Santi, L. N.; Nakano, A. M. S. Estudo com mulheres vítimas de violência doméstica com lesões no complexo maxilomandibular e problemas associados. São Paulo, 2007. 279p. Tese de Doutorado em Saúde Pública - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP.
5. Warburton, A. L.; Shepherd, J. P. Alcohol-related violence and the role of oral and maxillofacial surgeons in multi-agency prevention. *Int Oral Maxillofac Surg*, v. 31, n. 6, p. 657-663, Dec. 2002.
6. Heise, L.; Ellsberg, M.; Gottemoeller, M. Ending violence against women. *Popul Rep. V.* 127, n. 4, p. 1-43, 1999.
7. Tjaden, P.; Thoennes, N. Prevalence, incidence, and consequences of violence against women: findings from national violence against women survey: research brief. Washington (DC): National Institute of Justice/ Centers for Disease Control and Prevention; 1998. [Report 93 IJ-CX-0012].
8. Teles, M. A. A.; Melo, M. O que é violência contra a mulher. São Paulo: rasiliense, 2002. 120p. Coleção Primeiros Passos – 314.
9. Marinheiro, A. L. V., Violência Doméstica, Prevalência entre mulheres usuárias de um serviço de saúde de Ribeirão Preto-SP. Dissertação de Mestrado apresentada ao Departamento de Medicina Social da FRMP-USP, 2004.
10. Vanrell, J. P. Odontologia Legal e Antropologia Forense. p. 88-98. Ed. Guanabara Koogan S.A. Rio de Janeiro, 2002.
11. França-junior, I. Child sexual abuse: a comprehensive approach based on Epidemiology and Human Rights, *Interface - Comunic, Saúde, Educ*, v.7, n.12, p.23-38, 2003.
12. Gutmann, J. L.; Gutmann, M. S. E. Cause, incidence, and prevention of trauma to teeth. *Dental Clinics of North America*; v. 39, n. 1, Jan. 1995.
13. Castro, T. M. P. G.; Neto, C. E. R.; Scala, K. A.; Scala, W. A. Manifestações orais associada ao papilomavírus humano (HPV) conceitos atuais: revisão

- bibliográfica. Revista Brasileira de Otorrinolaringologia. V.70, n.4, 546-50, jul./ago. 2004.
14. Fávero, F. Medicina Legal. 9 ed. São Paulo: Martins 1973. V. 2. 460p.
 15. Teles V. Crianças: Abuso sexual é o segundo maior tipo de violência. Agência Saúde – ASCOM/MS. Atendimento à imprensa – 3315-6261/350. Data de Cadastro: 22/05/2012 as 12:59:20 alterado em 24/05/2012 as 09:38:55 in: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/5242/162/abuso-sexual-e-o-segundo%3Cbr%3E-maior-tipo-de-violencia.html>.
 16. Alves P. M., Cavalcanti A. L.. Diagnóstico do abuso infantil no ambiente odontológico. Uma revisão da literatura Publ. UEPG Ci. Biol. Saúde, Ponta Grossa, 9 (3/4): 29-35, set./dez. 2003
 17. American Academy of Pediatric Dentistry. Definition of dental neglect. *Pediatr Dent* 2003;25(suppl):7.
 18. Carvalho, F. M. T. et al. O conhecimento de estudantes de graduação em odontologia em relação ao abuso infantil. *Odontologia Clínica Científica*, Recife, jul./set. 2006.
 19. Gurgel, C. A. S.; Carvalho, A. C. R.; Barros, S. G.; Alves, A. C. Maus-tratos contra crianças: atitudes e percepção do cirurgião-dentista. *Pesq Br as Odontoped Clin Integrada*. v. 1, n. 2, maio/ago. 2001.
 20. Brasil, (1990). Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei Federal 8.069/1990. Brasília.
 21. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Violência faz mal à saúde / [Cláudia Araújo de Lima (Coord.) et al.]. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.298 p.: il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)
 22. Lousado, M. et al. Manifestações orais em crianças abusadas sexualmente. **RBO**, v. 58, n. 1, Jan./Fev., 2001.
 23. Beserra, M. A., Corrêa, M. S., Guimarães, K. N. (2002). Negligência contra criança: um olhar do profissional de saúde. In: Silva, L. M. P. (Org.). *Violência doméstica contra crianças e adolescentes*. Recife: Edupe. p. 74-77.
 24. Brasil, (2002). Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas da Saúde. *Cadernos de Atenção Básica n. 8: Violência intrafamiliar: orientações para a prática em serviço*. Brasília: Ministério da Saúde.

ANEXO 1

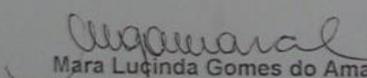
	GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO PARÁ DIRETORIA DE ENSINO E PESQUISA GERÊNCIA DE PESQUISA COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	
---	---	---

TERMO DE APROVAÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará analisou no dia 28 de junho de 2011 o Projeto de Pesquisa intitulado "AVALIAÇÃO ODONTOLEGAL DE CRIANÇAS ABUSADAS SEXUALMENTE ATENDIDAS PELO PROPAZ INTEGRADO/PA" de CAAE- 0068.0.440.000-11 e protocolo nº. 084/11-CEP, sob responsabilidade de Profa. Liliane Silva do Nascimento, obtendo **APROVAÇÃO** com autorização para desenvolvê-lo nesta Instituição.

Belém, 28 de junho de 2011.

Informamos ainda, que V. S. deverá apresentar relatório semestral (previsto para 31/08/2011), anual e/ ou relatório final para este Comitê acompanhar o desenvolvimento do projeto (item VII. 13.d. da Resolução nº 196/96 – CNS / MS).


Mara Luínda Gomes do Amaral
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa / FSCMPA

CEP /Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará. Rua Oliveira Belo, 395 –Umarizal – Fone: (091) - 4009.2264, CEP: 66.050-380 – CNPJ: 049.293.45/0001-85 – Belém – Pa.
E-mail: ccp@santacasa.pa.gov.br

ANEXO 2

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

Termo de Esclarecimento

O(a) menor sob seus cuidados está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a) da pesquisa “**Avaliação odontolegal de crianças abusadas sexualmente atendidas pelo PROPAZ Integrado – PA**”, pelos pesquisadores abaixo assinados. Este estudo possibilitará o uso dos protocolos de atendimento odontológico entre crianças e adolescentes abusados sexualmente e o maior entendimento da relação da saúde bucal e violência.

Caso o(a) menor participe, após entendimento e assinatura deste termo pelo responsável, ele(a) será examinado(a) juntamente com o atendimento pericial médico. Neste exame odontológico, a boca será examinada sob luz natural e uso de espelho clínico. Não acarretando nenhum procedimento invasivo. O exame também se constitui de fotografias das lesões identificadas causadas pela violência sofrida. Será fotografado somente a lesão, não identificando em nenhum momento o menor. A fotografia não implica em risco biológico ou de outra espécie, sendo parte do exame odontolegal. As observações serão anotadas em ficha odontológica e serão preservadas o sigilo e não identificação dos examinados. Durante o exame será coletado através de swab(cotonete) estéril, um pouco de saliva para exame laboratorial, para identificar possíveis infecções presentes na boca do menor. Para a realização destes exames o risco e desconforto serão mínimos, e caso haja, a equipe está apta a resolvê-los. O benefício direto será o resultado do exame da saliva, a depender do resultado o menor será encaminhado para maiores exames e tratamentos na Faculdade de Odontologia da UFPA. Além disso, o menor receberá instrução sobre o cuidado de sua saúde bucal e sobre o manejo dos possíveis ferimentos. Além dos benefícios diretos ao menor, o estudo possibilitará que outros menores sejam alcançados pelos resultados finais da pesquisa, contribuindo para a diminuição do abuso entre menores no Brasil e no mundo.

Você poderá obter quaisquer esclarecimentos antes, durante ou após a realização da pesquisa. Ainda, você poderá não aceitar a participação do menor na pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem prejuízo no atendimento. Pela participação do menor no estudo, vocês não receberão qualquer valor em dinheiro, mas terá a garantia de que todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não serão de sua responsabilidade. O sigilo e a não identificação de nomes será mantida, os nomes não aparecerão em nenhum momento do estudo, pois, serão identificados com números.

Após ser esclarecido(a) sobre a pesquisa e a participação voluntário(a), e havendo uma confirmação livre e espontânea em aceitar a participação do menor voluntário(a), você deverá assinar ao final deste documento, em duas vias. Uma das vias ficará com você e a outra via permanecerá com o pesquisador responsável.

Termo de consentimento livre, após esclarecimento

Eu, _____, li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e qual procedimento a que autorizo o menor sob minha responsabilidade ser submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Entendi que sou livre para interromper a participação a qualquer momento, sem justificar a decisão e que isso não afetará o atendimento. Sei que os nomes não serão divulgados, que não terei despesas e não receberei dinheiro por participar do estudo. Eu concordo na participação do estudo.

Belém, PA, ____ de _____ de 201__.

Assinatura do Responsável

RG: _____

CPF: _____

Pesquisadora Responsável

Profa. Dra. Liliane Silva do Nascimento

Universidade Federal do Pará

Faculdade de Odontologia Fone: (91) 3201 7494

Colaboradora:

Priscilla Scerne Bezerra de Azevedo

Ficha socioeconômica e de exames: laboratorial, clínico e odontolegal

Identificação		Paciente de nº _____					
		Data de realização: _____					
Nome: _____							
Estado: _____		Município: _____		Endereço: _____			
Fones: _____		Bairro: _____		CEP: _____			
Sexo: _____		Idade: _____ anos		Cor/ Raça: _____			
Caracterização socioeconômica da família:							
1. Quantas pessoas, incluindo você, moram em sua casa?							
2. Quantos compartimentos servem de dormitório para os moradores desta casa?							
3. Quanto recebe, em reais todas as pessoas que moram na sua casa?							
4. Quantos bens têm em sua casa?(critério Abipeme)							
ITENS DE POSSE	Não Tem	1	2	3	4	5	Mais de 6
Automóvel							
Televisor em cores							
Banheiro							
Empregada mensalista							
Rádio (excluindo do carro)							
Máquinas de lavar roupa							
Videocassete							
Aspirador de pó							
Geladeira comum ou com freezer							
Computador							
Televisor branco e preto							
Escolaridade, morbidade bucal referida e uso de serviços							

6. Que série você estuda ou estudou? (critério Abipeme)

INSTRUÇÃO

Abipeme

Analfabeto / Primário incompleto

Primário Completo / Ginásial Incompleto

Ginásial Completo / Colegial Incompleto

Colegial Completo / Superior Incompleto

Superior Completo

7. Hoje você acha que necessita de tratamento dentário?

Não; Sim; Não sabe / Não respondeu

8. Nos últimos 6 meses você teve dor de dente?

Não; Sim; Não sabe / Não respondeu

9. Aponte na escala o quanto foi esta dor: 1 (um) significa muito pouca dor e 5 (cinco) uma dor muito forte (mostrar a escala no anexo do manual)

10. Alguma vez na vida você já foi ao consultório do dentista?

Não; Sim; Não sabe / Não respondeu

11. Quando você consultou o dentista pela última vez?

Menos de um ano; Um a dois anos; Três anos ou mais; Não sabe / Não respondeu; ; Não se aplica

12. Onde foi a sua última consulta?

Serviço público; Serviço particular; Plano de Saúde ou Convênios; Outros; Não se aplica; Não sabe / Não respondeu

13. Qual o motivo da sua última consulta?

Revisão, prevenção ou check-up; Dor; Extração; Tratamento; Outros; Não se aplica; Não sabe / Não respondeu

14. O que você achou do tratamento na sua última consulta?

Muito Bom; Bom; Regular; Ruim; Muito Ruim; Não se aplica; Não sabe

15. Com relação aos seus dentes/boca você está:

(1) Muito satisfeita (2) Satisfeita (3) Nem satisfeito nem insatisfeito (4) Insatisfeita (5) Muito insatisfeita (9) Não se aplica (0) Ignorado

16. Algumas pessoas têm problemas que podem ter sido causados pelos dentes. Das situações abaixo, quais se aplicam a sra, nos últimos seis meses?

Não (1), Sim (2)

Dificuldade para comer ou tomar líquidos gelados ou quentes ?

- () Sensibilidade?
- () Os seus dentes o deixaram nervosa ou irritada
- () Vergonha de sorrir ou falar?
- () Incomoda ao escovar?
- () A gengiva sangra com facilidade?
- () Impede de sair ou se relacionar?
- () Dificuldade para falar
- () Os seus dentes o fizeram sentir vergonha de sorrir ou falar?
- () Deixou de dormir ou dormiu mal por causa dos seus dentes?

Exame clínico

CÁRIE DENTÁRIA

	18	17	16	15	14	13	12	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2
C																	
T																	
C																	
T																	
	48	47	46	45	44	43	42	41	40	39	38	37	36	35	34	33	32
				85	84	83	82	81	80	79	78	77	76	75			

Exame Laboratorial

Resultado do exame Citológico: _____

Resultado do exame Bacteriológico: _____

Resultado do exame PCR: _____

Exame odontolegal

1. Qual o tipo de violência sofrida?
 (1)Assédio sexual (2)Estupro (3)Atentado violento ao pudor (4)Exploração Sexual (5) outros _____
2. Etiologia do Dano:
3. Tipo de dano:
4. Descrição:
5. Comprometimento:

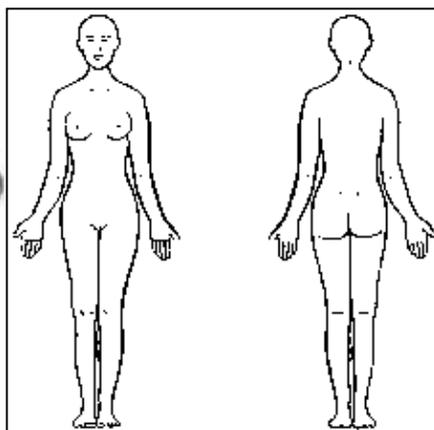
6. Classificação jurídica da lesão:
7. Internação e procedimentos relatados:
8. Fotografia da(s) lesão (ões);

9. Mapeamento gráfico:

Face



Boca e corpo



Descrição visual do local do trauma :
Marcar os locais afetados nos desenhos ao lado e no odontograma

Índice de O'Leary

APÊNDICE A

ADVERTÊNCIA

Este texto não substitui o publicado no Diário Oficial da União



Ministério da Saúde Gabinete do Ministro

PORTARIA Nº 104, DE 25 DE JANEIRO DE 2011

Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando os parágrafos 2º e 3º do art. 6º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes;

Considerando a Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003, que estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados;

Considerando o inciso I do art. 8º do Decreto nº 78.231, de 12 de agosto de 1976, que regulamenta a Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975, que dispõe sobre a organização das ações de vigilância epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças;

Considerando o Decreto Legislativo nº 395, de 9 de julho de 2009, que aprova o texto revisado do Regulamento Sanitário Internacional 2005, acordado na 58ª Assembleia Geral da Organização Mundial da Saúde, em 23 de maio de 2005;

Considerando o Regulamento Sanitário Internacional 2005, aprovado na 58ª Assembleia Geral, da Organização Mundial da Saúde, em 23 de maio de 2005;

Considerando a Portaria nº 2.259/GM/MS, de 23 de novembro de 2005, que estabelece o Glossário de Terminologia de Vigilância Epidemiológica no âmbito do Mercosul;

Considerando a Portaria nº 399/GM/MS, de 22 de fevereiro de 2006, que aprova e divulga as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS - com seus três componentes - Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão;

Considerando a Portaria nº 2.728/GM/MS, de 11 de novembro de 2009, que dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast);

Considerando a Portaria nº 3.252/GM/MS, de 22 de dezembro de 2009, que aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios; e

Considerando a necessidade de padronizar os procedimentos normativos relacionados à notificação compulsória e à vigilância em saúde no âmbito do SUS, resolve:

Art. 1º Definir as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005).

I - Doença: significa uma enfermidade ou estado clínico, independentemente de origem ou fonte, que represente ou possa representar um dano significativo para os seres humanos;

II - Agravo: significa qualquer dano à integridade física, mental e social dos indivíduos provocado por circunstâncias nocivas, como acidentes, intoxicações, abuso de drogas, e lesões auto ou heteroinfligidas;

III - Evento: significa manifestação de doença ou uma ocorrência que apresente potencial para causar doença;

IV - Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional - ESPIN: é um evento que apresente risco de propagação ou disseminação de doenças para mais de uma Unidade Federada - Estados e Distrito Federal - com priorização das doenças de notificação imediata e outros eventos de saúde pública, independentemente da natureza ou origem, depois de avaliação de risco, e que possa necessitar de resposta nacional imediata; e

V - Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional - ESPII: é evento extraordinário que constitui risco para a saúde pública de outros países por meio da propagação internacional de doenças e que potencialmente requerem uma resposta internacional coordenada.

Art. 2º Adotar, na forma do Anexo I a esta Portaria, a Lista de Notificação Compulsória - LNC, referente às doenças, agravos e eventos de importância para a saúde pública de abrangência nacional em toda a rede de saúde, pública e privada.

Art. 3º As doenças e eventos constantes no Anexo I a esta Portaria serão notificados e registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan, obedecendo às normas e rotinas estabelecidas pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde - SVS/MS.

§ 1º Os casos de malária na região da Amazônia Legal deverão ser registrados no Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica - Malária - SIVEP-Malária, sendo que na região extraamazônica deverão ser registrados no Sinan, conforme o disposto no caput deste artigo.

§ 2º Os casos de esquistossomose nas áreas endêmicas serão registrados no Sistema de Informação do Programa de Vigilância e Controle da Esquistossomose - SISPCE e os casos de formas graves deverão ser registrados no Sinan, sendo que, nas áreas não endêmicas, todos os casos devem ser registrados no Sinan, conforme o disposto no caput deste artigo.

Art. 4º Adotar, na forma do Anexo II a esta Portaria, a Lista de Notificação Compulsória Imediata - LNCI, referente às doenças, agravos e eventos de importância para a saúde pública de abrangência nacional em toda a rede de saúde, pública e privada.

§ 1º As doenças, agravos e eventos constantes do Anexo II a esta Portaria, devem ser notificados às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde (SES e SMS) em, no máximo, 24 (vinte e quatro) horas a partir da suspeita inicial, e às SES e às SMS que também deverão informar imediatamente à SVS/MS.

§ 2º Diante de doenças ou eventos constantes no Anexo II a esta Portaria, deve-se aplicar a avaliação de risco de acordo com o Anexo II do RSI 2005, para classificação da situação como uma potencial ESPIN ou ESPII.

Art. 5º A notificação imediata será realizada por telefone como meio de comunicação ao serviço de vigilância epidemiológica da SMS, cabendo a essa instituição disponibilizar e divulgar amplamente o número na rede de serviços de saúde, pública e privada.

§ 1º Na impossibilidade de comunicação à SMS, a notificação será realizada à SES, cabendo a esta instituição disponibilizar e divulgar amplamente o número junto aos Municípios de sua abrangência;

§ 2º Na impossibilidade de comunicação à SMS e à SES, principalmente nos finais de semana, feriados e período noturno, a notificação será realizada à SVS/MS por um dos seguintes meios:

I - disque notifica (0800-644-6645) ou;

II - notificação eletrônica pelo e-mail (notifica@saude.gov.br) ou diretamente pelo sítio eletrônico da SVS/MS (www.saude.gov.br/svs).

§ 3º O serviço Disque Notifica da SVS/MS é de uso exclusivo dos profissionais de saúde para a realização das notificações imediatas.

§ 4º A notificação imediata realizada pelos meios de comunicação não isenta o profissional ou serviço de saúde de realizar o registro dessa notificação nos instrumentos estabelecidos.

§ 5º Os casos suspeitos ou confirmados da LNCI deverão ser registrados no Sinan no prazo máximo de 7 (sete) dias, a partir da data de notificação.

§ 6º A confirmação laboratorial de amostra de caso individual ou procedente de investigação de surto constante no Anexo II a esta Portaria deve ser notificada pelos laboratórios públicos (referência nacional, regional e laboratórios centrais de saúde pública) ou laboratórios privados de cada Unidade Federada.

Art. 6º Adotar, na forma do Anexo III a esta Portaria, a Lista de Notificação Compulsória em Unidades Sentinelas (LNCS).

Parágrafo único. As doenças e eventos constantes no Anexo III a esta Portaria devem ser registrados no Sinan, obedecendo as normas e rotinas estabelecidas para o Sistema.

Art. 7º A notificação compulsória é obrigatória a todos os profissionais de saúde médicos, enfermeiros, odontólogos, médicos veterinários, biólogos, biomédicos, farmacêuticos e outros no exercício da profissão, bem como os responsáveis por organizações e estabelecimentos públicos e particulares de saúde e de ensino, em conformidade com os arts. 7º e 8º, da Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975.

Art. 8º A definição de caso para cada doença, agravo e evento relacionados nos Anexos a esta Portaria, obedecerão à padronização definida no Guia de Vigilância Epidemiológica da SVS/MS.

Art. 9º É vedado aos gestores estaduais e municipais do SUS a exclusão de doenças, agravos e eventos constantes nos Anexos a esta Portaria.

Art. 10. É facultada a elaboração de listas estaduais ou municipais de Notificação Compulsória, no âmbito de sua competência e de acordo com perfil epidemiológico local.

Art. 11. As normas complementares relativas às doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória e demais disposições contidas nesta Portaria serão publicadas por ato específico do Secretário de Vigilância em Saúde.

Parágrafo único. As normas de vigilância das doenças, agravos e eventos constantes nos Anexos I, II e III serão regulamentadas no prazo de 90 (noventa) dias, contados a partir da publicação desta Portaria.

Art. 12. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 13. Fica revogada a Portaria nº 2.472/GM/MS de 31 de agosto de 2010, publicada no Diário Oficial da União (DOU) nº 168, Seção 1, págs. 50 e 51, de 1º de setembro de 2010.

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA

ANEXO I

Lista de Notificação Compulsória - LNC

1. Acidentes por animais peçonhentos;
2. Atendimento antirrábico;
3. Botulismo;
4. Carbúnculo ou Antraz;
5. Cólera;
6. Coqueluche;
7. Dengue;
8. Difteria;
9. Doença de Creutzfeldt-Jakob;
10. Doença Meningocócica e outras Meningites;
11. Doenças de Chagas Aguda;
12. Esquistossomose;
13. Eventos Adversos Pós-Vacinação;

14. Febre Amarela;
15. Febre do Nilo Ocidental;
16. Febre Maculosa;
17. Febre Tifóide;
18. Hanseníase;
19. Hantavirose;
20. Hepatites Virais;
21. Infecção pelo vírus da imunodeficiência humana -HIV em gestantes e crianças expostas ao risco de transmissão vertical;
22. Influenza humana por novo subtipo;
23. Intoxicações Exógenas (por substâncias químicas, incluindo agrotóxicos, gases tóxicos e metais pesados);
24. Leishmaniose Tegumentar Americana;
25. Leishmaniose Visceral;
26. Leptospirose;
27. Malária;
28. Paralisia Flácida Aguda;
29. Peste;
30. Poliomielite;
31. Raiva Humana;
32. Rubéola;
33. Sarampo;
34. Sífilis Adquirida;
35. Sífilis Congênita;
36. Sífilis em Gestante;
37. Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - AIDS;
38. Síndrome da Rubéola Congênita;
39. Síndrome do Corrimento Uretral Masculino;
40. Síndrome Respiratória Aguda Grave associada ao Coronavírus (SARS-CoV);

41. Tétano;
42. Tuberculose;
43. Tularemia;
44. Varíola; e
45. Violência doméstica, sexual e/ou outras violências.

ANEXO II

Lista de Notificação Compulsória Imediata - LNCI

I - Caso suspeito ou confirmado de:

1. Botulismo;
2. Carbúnculo ou Antraz;
3. Cólera;
4. Dengue nas seguintes situações:
 - Dengue com complicações (DCC),
 - Síndrome do Choque da Dengue (SCD),
 - Febre Hemorrágica da Dengue (FHD),
 - Óbito por Dengue
 - Dengue pelo sorotipo DENV 4 nos estados sem transmissão endêmica desse sorotipo;
5. Doença de Chagas Aguda;
6. Doença conhecida sem circulação ou com circulação esporádica no território nacional que não constam no Anexo I desta Portaria, como: Rocio, Mayaro, Oropouche, Saint Louis, Ilhéus, Mormo, Encefalites Eqüinas do Leste, Oeste e Venezuelana, Chikungunya, Encefalite Japonesa, entre outras;
7. Febre Amarela;
8. Febre do Nilo Ocidental;
9. Hantavirose;
10. Influenza humana por novo subtipo;
11. Peste;
12. Poliomielite;
13. Raiva Humana;

14. Sarampo;
15. Rubéola;
16. Síndrome Respiratória Aguda Grave associada ao Coronavírus (SARS-CoV);
17. Varíola;
18. Tularemia; e
19. Síndrome de Rubéola Congênita (SRC).

II - Surto ou agregação de casos ou óbitos por:

1. Difteria;
2. Doença Meningocócica;
3. Doença Transmitida por Alimentos (DTA) em embarcações ou aeronaves;
4. Influenza Humana;
5. Meningites Virais;

6. Outros eventos de potencial relevância em saúde pública, após a avaliação de risco de acordo com o Anexo II do RSI 2005, destacando-se:

a. Alteração no padrão epidemiológico de doença conhecida, independente de constar no Anexo I desta Portaria;

b. Doença de origem desconhecida;

c. Exposição a contaminantes químicos;

d. Exposição à água para consumo humano fora dos padrões preconizados pela SVS;

e. Exposição ao ar contaminado, fora dos padrões preconizados pela Resolução do CONAMA;

f. Acidentes envolvendo radiações ionizantes e não ionizantes por fontes não controladas, por fontes utilizadas nas atividades industriais ou médicas e acidentes de transporte com produtos radioativos da classe 7 da ONU.

g. Desastres de origem natural ou antropogênica quando houver desalojados ou desabrigados;

h. Desastres de origem natural ou antropogênica quando houver comprometimento da capacidade de funcionamento e infraestrutura das unidades de saúde locais em consequência evento.

III - Doença, morte ou evidência de animais com agente etiológico que podem acarretar a ocorrência de doenças em humanos, destaca-se entre outras classes de animais:

1. Primatas não humanos

2. Eqüinos

3. Aves

4. Morcegos

Raiva: Morcego morto sem causa definida ou encontrado em situação não usual, tais como: vôos diurnos, atividade alimentar diurna, incoordenação de movimentos, agressividade, contrações musculares, paralisias, encontrado durante o dia no chão ou em paredes.

5. Canídeos

Raiva: canídeos domésticos ou silvestres que apresentaram doença com sintomatologia neurológica e evoluíram para morte num período de até 10 dias ou confirmado laboratorialmente para raiva. Leishmaniose visceral: primeiro registro de canídeo doméstico em área indene, confirmado por meio da identificação laboratorial da espécie *Leishmania chagasi*.

6. Roedores silvestres

Peste: Roedores silvestres mortos em áreas de focos naturais de peste.

ANEXO III

Lista de Notificação Compulsória em Unidades Sentinelas LNCS

1. Acidente com exposição a material biológico relacionado ao trabalho;
2. Acidente de trabalho com mutilações;
3. Acidente de trabalho em crianças e adolescentes;
4. Acidente de trabalho fatal;
5. Câncer Relacionado ao Trabalho;
6. Dermatoses ocupacionais;
7. Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT)
8. Influenza humana;
9. Perda Auditiva Induzida por Ruído - PAIR relacionada ao trabalho;
10. Pneumoconioses relacionadas ao trabalho;
11. Pneumonias;
12. Rotavírus;
13. oxoplasmose adquirida na gestação e congênita; e
14. Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho.

APÊNDICE B

FICHA DE NOTIFICAÇÃO / INVESTIGAÇÃO INDIVIDUAL VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA

DEFINIÇÃO DE CASO: Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/trafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, intervenção legal a violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoa com deficiência, indígenas e população LGBT.

Resumo Geral	1	Tipo de Notificação		3 - Individual		
	2	Agravado(a)		VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA		
	3	Código (CID-10)		Y28		
	4	UF	5	Município de notificação		
	6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código (CNEC)		
Notificação Individual	7	Data de ocorrência da violência		Código (BGE)		
	8	Nome do paciente		9		
	10	(ou) Idade		11		
	12	Gestante		13		
	14	Etnia		15		
Resumo da Localização	16	Número do Cartão SUS		17		
	18	Município de Residência		19		
	20	Bairro		21		
	22	Número		23		
	24	Geo campo 2		25		
	26	(DDD) Telefone		27		
	28	Zona		29		
	30	Pala (se residente fora do Brasil)		31		
	Dados Complementares					
	Resumo da Pessoa Afetada	32	Nome Social		33	
34		Situação conjugal / Estado civil		35		
36		Orientação Sexual		37		
Resumo da Ocorrência	38	Passou algum tipo de deficiência/transano?		39		
	40	UF		41		
	42	Bairro		43		
	44	Número		45		
	46	Ponto de Referência		47		
	48	Local de ocorrência		49		
	50	Local de ocorrência		51		

Violência	63 Casa violenta foi motivada por: 01-Sexismo 02-Homofobia/Lesbofobia/Transfobia 03-Racismo 04-Intolerância religiosa 05-Xenofobia 06-Conflito geracional 07-Situação de rua 08-Deficiência 09-Outros 10-Não se aplica 11-Ignorado				
	64 Tipo de violência: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos <input type="checkbox"/> Psicológica/Moral <input type="checkbox"/> Financeira/Econômica <input type="checkbox"/> Intervenção legal <input type="checkbox"/> Tortura <input type="checkbox"/> Negligência/Abandono <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Trabalho infantil	65 Meio de agressão: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Força corporal/ espancamento <input type="checkbox"/> Obj. perfuro-cortante <input type="checkbox"/> Arma de fogo <input type="checkbox"/> Enforcamento <input type="checkbox"/> Substância/ Obj. quente <input type="checkbox"/> Ameaça <input type="checkbox"/> Obj. contundente <input type="checkbox"/> Envenenamento <input type="checkbox"/> Outros			
Violência sexual	66 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1-Sim 2-Não 8-Não se aplica 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Assédio sexual <input type="checkbox"/> Estupro <input type="checkbox"/> Pornografia infantil <input type="checkbox"/> Exploração sexual <input type="checkbox"/> Outros				
	67 Procedimento realizado: 1-Sim 2-Não 8-Não se aplica 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Profilaxia DST <input type="checkbox"/> Profilaxia Hepatite B <input type="checkbox"/> Coleta de sêmen <input type="checkbox"/> Contracepção de emergência <input type="checkbox"/> Profilaxia HIV <input type="checkbox"/> Coleta de sangue <input type="checkbox"/> Coleta de secreção vaginal <input type="checkbox"/> Aborto previsto em lei				
Dados do provável autor da agressão	68 Número de envolvidos: 1-Um <input type="checkbox"/> 2-Dois ou mais <input type="checkbox"/> 9-Ignorado	69 Vínculo / grau de parentesco com a pessoa atendida: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge <input type="checkbox"/> Amigos/contatos <input type="checkbox"/> Policial/agente da lei <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Namorado(a) <input type="checkbox"/> Desconhecido(a) <input type="checkbox"/> Padrasto <input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a) <input type="checkbox"/> Cuidador(a) <input type="checkbox"/> Própria pessoa <input type="checkbox"/> Madrinha <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Patrão/chefe <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Irmão(s) <input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional	70 Sexo do provável autor da agressão: 1-Masculino <input type="checkbox"/> 2-Feminino <input type="checkbox"/> 3-Ambos os sexos <input type="checkbox"/> 9-Ignorado		
	71 Suspeita de uso de álcool: 1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Não <input type="checkbox"/> 9-Ignorado				
Exatidão e encaminhamento	72 Ciclo de vida do provável autor da agressão: <input type="checkbox"/> 1-Criança 3-Jovem 5-Pessoa idosa 2-Adolescente 4-Pessoa adulta 9-Ignorado				
	73 Encaminhamento: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Rede de Saúde (Unidade Básica de Saúde, hospital, outras) <input type="checkbox"/> Conselho do Idoso <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento à Mulher <input type="checkbox"/> Rede de Assistência Social (CRAS, CREAS, outras) <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento ao Idoso <input type="checkbox"/> Outras delegacias <input type="checkbox"/> Rede de Educação (Creche, escola, outras) <input type="checkbox"/> Centro de Referência dos Direitos Humanos <input type="checkbox"/> Justiça da Infância e da Juventude <input type="checkbox"/> Rede de Atendimento à Mulher (Centro Especializado de Atendimento à Mulher, Casa da Mulher Brasileira, outras) <input type="checkbox"/> Ministério Público <input type="checkbox"/> Defensoria Pública <input type="checkbox"/> Conselho Tutelar <input type="checkbox"/> Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente				
	74 Violência Relacionada ao Trabalho: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	75 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT): 1-Sim 2-Não 8-Não se aplica 9-Ignorado	76 Circunstância da lesão: CID 10 - Cap XX		
77 Data de encerramento:					
Informações complementares e observações					
Nome do acompanhante		Vínculo/grau de parentesco			
		(DDD) Telefone			
Observações Adicionais:					
<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: center;">Disque-Saúde 0800 61 1997</td> <td style="text-align: center;">TELEFONES ÚTEIS Central de Atendimento à Mulher 180</td> <td style="text-align: center;">Disque-Denúncia - Combate ao Abuso e Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes 100</td> </tr> </table>			Disque-Saúde 0800 61 1997	TELEFONES ÚTEIS Central de Atendimento à Mulher 180	Disque-Denúncia - Combate ao Abuso e Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes 100
Disque-Saúde 0800 61 1997	TELEFONES ÚTEIS Central de Atendimento à Mulher 180	Disque-Denúncia - Combate ao Abuso e Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes 100			
Município/Unidade de Saúde		Cód. da Unit. de Saúde/CNES			
Nome		Assinatura			
Função					
Violência doméstica, sexual e/ou outras violências					
Siman					
SVS 28.03.2014					

APÊNDICE C:

http://www.crianca.caop.mp.pr.gov.br/arquivos/File/publi/unicef/protocolo_atenc_ao_crianças_vitimas_violencia.pdf.

PROTOCOLO DE ATENÇÃO INTEGRAL A CRIANÇAS E ADOLESCENTES VÍTIMAS DE VIOLENÇA



uma abordagem interdisciplinar na Saúde.