

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE SAÚDE E TECNOLOGIA RURAL
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS
CURSO DE ODONTOLOGIA**

INDIRA DA NÓBREGA MACHADO

**A CRIANÇA VÍTIMA DE VIOLÊNCIA NO LAR E SUAS REPERCUSSÕES NA
ODONTOPEDIATRIA – RELATO DE CASO**

PATOS - PB

2019

INDIRA DA NÓBREGA MACHADO

**A CRIANÇA VÍTIMA DE VIOLÊNCIA NO LAR E SUAS REPERCUSSÕES NA
ODONTOPEDIATRIA – RELATO DE CASO**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado a Coordenação do Curso de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande - UFCG como parte dos requisitos para a obtenção do título de Bacharel em Odontologia.

Orientador: Prof^a. Dr^a. Maria Carolina Bandeira Macena Guedes.

**PATOS – PB
2019**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA DO CSRT DA UFCC

M149c

Machado, Indira da Nóbrega

A criança vítima de violência no lar e suas repercussões na odontopediatria – relato de caso / Indira da Nóbrega Machado. – Patos, 2019.

44f. il. color.

Trabalho de Conclusão de Curso (Odontologia) – Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Saúde e Tecnologia Rural, 2019.

“Orientação: Profa. Dra. Maria Carolina Bandeira Macena Guedes”.

Referências:

Odontopediatria. 2. Maus-tratos infantis. 3. Agressão. 4. Psicologia da criança. I. Título.

089.23

CDU 616.314-

INDIRA DA NÓBREGA MACHADO

**A CRIANÇA VÍTIMA DE VIOLÊNCIA NO LAR E SUAS REPERCUSSÕES
NA ODONTOPEDIATRIA – RELATO DE CASO**

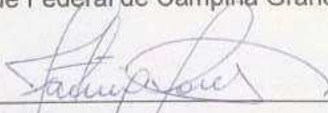
Trabalho de Conclusão de Curso
(TCC) apresentado a
Coordenação do Curso de
Odontologia da Universidade
Federal de Campina Grande -
UFCG como parte dos requisitos
para a obtenção do título de
Bacharel em Odontologia.

Aprovado em: 03/06/19

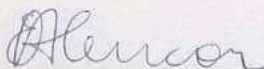
BANCA EXAMINADORA



Prof.^a Dr.^a Maria Carolina Bandeira Macena Guedes
Universidade Federal de Campina Grande - UFCG



Prof.^a Dr.^a Fátima Roneiva Alves Fonseca
Universidade Federal de Campina Grande - UFCG



Prof.^a Dr.^a Estefânia Queiroga de Santana e Alencar
Universidade Federal de Campina Grande - UFCG

Dedico este trabalho, em primeiro lugar, a Deus, “Porque d’Ele e por Ele, e para Ele, são todas as coisas” (Romanos 11:36). Dedico também à minha família, de forma especial à minha mãe, que contribuiu durante tantos anos e torceu para que eu pudesse realizar esse sonho.

AGRADECIMENTOS

Agradeço acima de tudo a **Deus**, pois antes dessa graduação ser meu sonho, foi sonho de Deus para mim. Agradeço também a **Virgem Maria** e **São José**, meus intercessores no céu.

Agradeço à minha mãe **Edinalva**, assim como a toda a minha família, por ser apoio e sustento, especialmente durante esses anos de graduação, longe de casa. Desejo retribuir o máximo possível toda a dedicação.

Agradeço à **Comunidade Católica Shalom** por ter sido meu sustento espiritual e emocional, na qual eu recebi apoio e constui laços que pretendo levar para o resto da vida. Em especial, agradeço à minha acompanhadora **Madeline** e aos meus amigos **Samyra Leite, Felipe Bernardo, Andreza Aires, Pedro Henrique, Vitória Régia, Sônia Carmem, Jéssica Rodrigues**, dentre tantos outros.

Agradeço à **Universidade Federal de Campina Grande** pela oportunidade de estudar e crescer tanto profissionalmente quanto pessoalmente.

Agradeço à **Prof^a. Dr^a. Maria Carolina Bandeira Macena Guedes** pela paciência durante esse tempo, por todo conhecimento passado e pela orientação neste trabalho.

Agradeço a todos os amigos que a cidade de Patos-PB me presenteou e que de certa forma se fizeram família nesse tempo; em especial a aqueles que estiveram comigo desde o começo e também a aqueles que se fizeram no decorrer dessa jornada: **Débora Carvalho, Elaine Patrícia, Lindon Johnson, Gerbson Rodrigues**, dentre tantos outros.

Agradeço à **Prof^a. Dr^a. Maria Angélica Gomes Sátyro** e ao **Prof. Dr. Abrahão Alves de Oliveira Filho** pela oportunidade de participar durante dois anos consecutivos do Projeto de Extensão Construindo Sorrisos, onde pude estreitar meus laços com a Odontopediatria. Agradeço também às amigas que fiz participando desse projeto, em especial a **Jéssica Fernanda Delfino dos Santos**, pessoa com um dos mais lindos corações que eu já tive a honra de conhecer.

Agradeço a todos os meus professores por terem um papel fundamental na minha formação.

Agradeço à **Prof^a. Dr^a. Fátima Roneiva Alves Fonseca** e a **Prof^a. Dr^a. Estefânia Queiroga de Santana e Alencar** por terem aceitado participar da banca deste trabalho.

Agradeço a todos que direta ou indiretamente me ajudaram a chegar até aqui.

RESUMO

Atos de violência contra a criança podem resultar em danos físicos, psicológicos, prejuízos ao desenvolvimento, depressão, ansiedade, dentre outros muitos fatores. A família representa o papel principal no desenvolvimento das crianças e, quando atos de violência contra elas ocorrem no lar, torna-se indispensável a identificação e a busca por uma solução da parte da sociedade. É dever do cirurgião-dentista estar apto a identificar sinais de agressões físicas e psicológicas em crianças, já que grande parte das agressões ocorre na região de face, cabeça e pescoço e pode ser associada a hábitos de sucção não nutritivos, principalmente quando incompatíveis com a idade do paciente. Esse trabalho teve como objetivo relatar um caso clínico de uma criança de 10 anos que havia sido vítima de abuso físico e psicológico por parte da mãe e da avó materna e submetia-se a tratamento ortodôntico interceptativo na Clínica Escola de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande. O estresse, em caso de crianças vítimas de violência, pode levá-las a desenvolver hábitos de sucção não-nutritivos que necessitam ser tratados na esfera multiprofissional. Hábitos de sucção não-nutritivos e deletérios persistentes podem derivar da presença de violência contra a criança em seu lar, causando diversos prejuízos físicos e/ou psicológicos e podendo causar alterações bucais prejudiciais à criança.

PALAVRAS-CHAVE: Odontopediatria. Maus-Tratos Infantis. Agressão. Má Oclusão. Psicologia da Criança.

ABSTRACT

Acts of violence against children can result in physical, psychological, developmental damage, depression, anxiety, among many other factors. Family represents the main role in the development of children and, when acts of violence against them occurs at home, it is indispensable to identify and search for a solution from the part of society. It is the dentist's duty to be able to identify signs of physical and psychological aggressions in children, since a large part of the aggressions occur in the face, head and neck region and may be associated with non-nutritive sucking habits, especially when they are incompatible with the patient's age. This study aimed to report a clinical case of a 10-years-old child who had been victim of physical and psychological abuse by mother and maternal grandmother and underwent interceptive treatment at the Universidade Federal de Campina Grande. Stress, in case of children's victim of violence, may lead them to develop non-nutritive sucking habits that need to be treated in the multiprofessional sphere. Persistent non-nutritive and deleterious sucking habits may derive from the presence of violence against children in their homes, causing various physical and/or psychological impairments and may cause harmful oral alterations to the child.

KEYWORDS: Pediatric Dentistry. Child Abuse. Aggression. Malocclusion. Psychology, Child.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	12
2.1 A HISTÓRIA DA VIOLÊNCIA CONTRA A CRIANÇA	12
2.2 EPIDEMIOLOGIA DOS MAUS TRATOS	13
2.3 OS SINAIS DO ABUSO FÍSICO	15
2.4 O ABUSO PSICOLÓGICO	15
2.5 O PAPEL DO CIRURGIÃO-DENTISTA FRENTE A SITUAÇÕES DE MAUS TRATOS NO LAR	17
REFERÊNCIAS	19
3. ARTIGO	22
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	30
ANEXO A	31
ANEXO B	32
ANEXO C	34
ANEXO D	36
ANEXO E	37

1. INTRODUÇÃO

Por longos períodos da história mundial, a violência contra crianças e adolescentes marcou presença na sociedade, sendo muitas vezes justificada e aceita sob a forma de punição e educação. Pires e Myiazaki (2005) citam que a literatura descreve desde muito tempo atrás atos como o infanticídio, abandono em instituições, escravidão, exploração do trabalho infantil e mutilação de membros para causar compaixão e facilitar a mendicância.

Para a Organização Mundial da Saúde (2014), todos os tipos de violência de caráter físico ou emocional, abuso sexual, abandono, negligência ou exploração, que podem causar ou potencializar danos na sobrevivência ou nas relações interpessoais estão incluídos na categoria de maus tratos.

Camargo, Fernandes e Yakuwa et al. (2017) afirmam que atos de abuso na infância podem acarretar em marcas profundas ao indivíduo, podendo leva-lo a desenvolver patologias clínicas e transtornos mentais na vida adulta, além de ser gerador de estresse precoce, sendo bastante prejudiciais à criança tanto de forma física e psicológica quanto social.

Anualmente, cerca de 10 milhões de crianças e adolescentes sofrem maus-tratos em todo o Brasil, independentemente de classe social, religião ou escolaridade familiar. Losso (2015) relata que os cirurgiões dentistas podem ser os primeiros profissionais a atender crianças vítimas de maus-tratos e podem ser capazes de identificar primariamente os sinais, pois a maioria das agressões físicas acontece nas seguintes regiões do corpo: face, cabeça e pescoço.

O presente estudo visa relatar o caso de um paciente de 10 anos atendido na Clínica Escola de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande para tratamento ortodôntico interceptativo, onde o mesmo apresentou sinais físicos e comportamentais de abuso físico e psicológico.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 A HISTÓRIA DA VIOLÊNCIA CONTRA A CRIANÇA

Para a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2006), pode ser considerado como violência o uso da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha a possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação. Ela ainda classifica a violência contra a criança em quatro tipos: abuso físico, sexual, emocional ou psicológico e negligência, os quais podem resultar em danos físicos, psicológicos, prejuízo ao seu crescimento, desenvolvimento e maturação.

Scherer & Scherer (2000) descrevem a presença de atos de infanticídio desde as civilizações antigas. Esse ato era justificado, por exemplo, para eliminar as crianças que nasciam com defeitos físicos. Outros motivos também eram utilizados para dar respaldo ao ato, como equilíbrio dos sexos, motivos religiosos, medida econômica nos grandes flagelos ou por não aguentarem longas caminhadas; crianças também eram mortas ou abandonadas para morrerem desnutridas ou devoradas por animais. O pai possuía o direito de reconhecer o não o direito à vida do seu filho.

Santoro (2002) relata que, desde as civilizações greco-romana e hebraica, a presença da violência contra a criança e o adolescente já é descrita. Os hebreus tinham a disciplina como algo primordial e possuíam uma lei do século XIII a.C. que instruíam os pais sobre como castigar filhos desobedientes e rebeldes. Quando estes tinham algum tipo de dificuldade na realização desta tarefa, um conselho era solicitado para lidar com o filho problemático, punindo-o e às vezes apedrejando-o até a morte.

Estudos comprovam que até o final do século XVII o infanticídio era tolerado na sociedade. Vasconcelos & Silva (2011) relatam que, apesar de não se tratar de uma prática aceita e ser um crime severamente punido nessa época, era praticado em segredo e muitas vezes camuflado, sob a forma de um acidente: crianças morriam asfixiadas naturalmente na cama dos pais, onde dormiam. Não se fazia nada para

salvá-las. A vida da criança era considerada com a mesma ambiguidade que se considera hoje a vida presente no feto, apenas diferente no sentido de que o infanticídio era abafado no silêncio, enquanto o aborto hoje é reprovado em voz alta.

Durante o século XX houve uma maior preocupação quanto aos direitos das crianças, trazendo à tona a problemática da violência, o que torna esse período conhecido como o século da infância, segundo Delfino et al. (2005). Esse movimento iniciou em, em 1959, através da "Declaração Universal dos Direitos da Criança", proclamada pela Assembleia Geral das Nações Unidas (MARTINS & JORGE, 2009), que buscou como objetivo ir além da Declaração Universal dos Direitos Humanos, buscando dar espaço de destaque para crianças e adolescentes, ao considerá-los uma população com direitos especiais e próprios, o que necessitaria de uma legislação à parte. Em 1962 foi publicado o trabalho de Silverman e Kempe sobre a Síndrome da Criança Espancada, evidenciando a questão relativa à violência física contra essa população (Delfino et al. 2005).

Segundo Machado & Sanches (2014), desde o século XIX teve início interesses acadêmicos nos campos afetivos, econômicos e existenciais das crianças, os quais culminaram na criação do Estatuto da Criança e do Adolescente-ECA, em 1990, através da Lei 8.069. Essa legislação toma como prioridade proteger as crianças e os adolescentes de todas as formas de violência e a busca por dignidade. Em seu artigo 4º é proposta a efetivação dos direitos à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, à profissionalização, à cultura, à dignidade e ao respeito, dentre outros, enquanto é dever da família e da sociedade em geral assegurar-los com absoluta prioridade.

2.2 EPIDEMIOLOGIA DOS MAUS TRATOS

A violência interpessoal – que ocorre especificamente dentro da família, o primeiro contexto de socialização das crianças – é definida como doméstica, intrafamiliar ou familiar e é caracterizada pela agressão entre pessoas com laços de convivência ou parentesco (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

Finkelhor et al. (2015) relata em seus estudos epidemiológicos uma taxa de

prevalência de 15.2% de ocorrência de maus-tratos a crianças e adolescentes de 0 a 17 anos. A violência doméstica nos casos da infância e juventude aponta que 29% dos casos corresponde à violência física, assim como 29% referentes a violência sexual e 29% por negligência e 13% para casos de violência psicológica (JUNIOR ET AL., 2015). A análise concluiu que as violências psicológica, física e sexual, lideraram a tipologia, estando presentes em 85% dos casos. Os demais 15% referiram-se à negligência/abandono, tortura e outros (BORGES & CAMARGO, 2014).

Em um estudo mais recente de revisão sistemática publicada em 2016, mostra que a forma de violência mais frequente foi a negligência, perfazendo cerca de dois terços do total de registros e predominando em crianças menores de 01 ano, sendo a violência física prevalente em crianças maiores. O provável autor da violência foi um familiar da criança em dois terços dos eventos, sendo a mulher a mais frequente contra menores de 01 ano e o homem contra crianças entre 6 e 10 anos (NUNES & SALES, 2016).

Martins et al. (2013) em seu estudo transversal realizado a partir de 780 processos de violência relacionados a crianças e adolescentes em 06 conselhos tutelares da cidade de Fortaleza, Ceará, no ano de 2011, descreveu que a maioria das vítimas eram crianças: 456 (58,46%) crianças e 269 (34,49%) adolescentes. O restante foram casos relacionado a agressões promovidas por crianças (55 casos). Dados relacionados com o grau de escolaridade não foram informados em 99,87%, porém 398 (51,03%) estão cursando a escola. Encontram-se 60 (7,69%) trabalhando. Não apresentam doenças crônicas em 98,49% e não possuem nenhuma necessidade especial em 94,36%. Quanto ao uso de drogas, 98 (12,56%) fazem algum uso.

Para Petrucci et al. (2016), a família representa o papel principal no desenvolvimento das crianças, já que é onde, primariamente, ocorrem suas primeiras interações sociais. Contextos sociais, como nível socioeconômico, grau de escolaridade dos pais e conflitos parentais podem estar relacionados a comportamentos problemáticos na infância. Crianças que se desenvolvem em ambientes familiares sadios apresentam menos problemas comportamentais,

enquanto crianças que fazem parte de ambientes conflituosos e hostis podem apresentar mais dificuldades. Depois da família, vem o papel da escola, que é citado como um espaço de interação entre a criança e os pais ou professores. Nessa etapa, os professores podem tornar-se fonte de segurança e apoio emocional para elas.

Fatinato & Cia (2014) descrevem que práticas educativas aplicadas pelos pais podem afetar diretamente a criança, seja através da manutenção ou da instalação de novos comportamentos. Dessa forma, os pais representam influência direta sobre o comportamento dos filhos, seja de forma positiva ou negativa.

2.3 OS SINAIS DO ABUSO FÍSICO

Massoni et al. (2010) citam que mais da metade dos sinais de que uma criança está passando por algum tipo de abuso infantil ocorrem em áreas de cabeça e pescoço, tornando-se importante avaliar cautelosamente as regiões periorais e intraorais em casos de suspeita de abuso ou negligência para poder identificar esses casos.

[...] Na notificação de violência psicológica, a identificação é prejudicada por não deixar marcas visíveis no corpo. Em contrapartida e pelo mesmo motivo, a violência física é mais facilmente identificada e, em vista disso, a primeira aparece com maior frequência quando associada com outro tipo de violência (BRITO et al., 2005).

Losso (2015) descreve como características físicas da criança vítima de violência física: lesões (hematomas, cortes, queimaduras e fraturas, por exemplo), lesões em diversas partes do corpo, principalmente na região da cabeça e pescoço, lesões em fases diferentes de cicatrização, demora na procura de atendimento médico, lesões circulares no pescoço (estrangulamento), lesões circulares em punhos e tornozelos (amarras), hematomas em áreas usualmente protegidas por roupa, lesões que lembram marcas de objetos (garfo, faca e fivela, por exemplo), queimaduras em formas de objetos (ferro de passar roupa, cigarro e metais aquecidos, por exemplo) e falta de cabelo (ocorrido devido a puxões).

2.4 O ABUSO PSICOLÓGICO

Para autores como Assis (1999), Lara (2000) e Brasil (2002), abuso psicológico é toda forma de desrespeito com relação à criança ou o adolescente, que pode-se manifestar através de rejeição, discriminação ou depreciação do mesmo. Comportamentos como punições, humilhações ou agressões verbais e cobranças exageradas em relação ao bom desempenho em alguma atividade estão incluídos nas formas de abuso psicológico. Também podem envolver o isolamento da criança, privando-a de experiências normais para a sua faixa etária, como conviver com amigos ou até mesmo casos mais extremos, como indução à prostituição, ao uso de drogas e ao crime. A violência psicológica é um dos tipos mais difíceis de ser identificado, pela falta de materialidade dos atos, embora afete profundamente o desempenho psicossocial da criança.

Losso (2015) descreve como possíveis características dos agressores o afastamento do contato com educadores/escola, desinteresse ou possessividade excessiva pela criança, pobreza extrema, histórico de violência doméstica, mães com histórico de depressão pós-parto, falta de afeto entre os membros da família, abuso de álcool ou substâncias ilícitas, distúrbios de comportamento/psicológicos e impedimento do convívio social da criança.

Dentre os possíveis sinais de que uma criança sofreu ou está sofrendo violência psicológica, podem ser citados o isolamento e passividade, agitação e choro constante, irritação e agressividade, insegurança e infantilidade, obesidade ou desnutrição por ansiedade e falta de controle para “segurar” a urina e/ou as fezes (LOSSO, 2015).

Rottmann et al. (2011), em revisão de literatura, descreveram os meandros do desenvolvimento fisiológico e psicológico das crianças, correlacionando com os hábitos de sucção não nutritiva, geralmente cronificados na primeira infância e também suas consequências desfavoráveis a saúde bucal, como problemas no desenvolvimento muscular e ósseo da face, além de distúrbios na dentição.

Para Saber et al. (2010) os hábitos prejudiciais (sucção digital, chupeta e/ou mamadeira) estão relacionados a diversos distúrbios, como mordida aberta anterior, hipertrofia de amídalas, aumento de adenoides, respiração bucal, dentes anquilosados, anomalias na erupção dental, perfil de crescimento, posição mandibular anormal, função ou tamanho anormal da língua, patologias congênitas ou deglutição atípica. A sucção da chupeta provavelmente seja o fator mais relevante na relação da má-oclusão, seguido da sucção digital. O uso de aparelho bucal com grade palatina torna-se necessário nesses casos, pois favorece a lingualização e extrusão dos incisivos superiores, por meio do rompimento do equilíbrio existente entre a língua e os músculos peribucais, que se normalizam após a retirada do hábito. A cooperação do paciente associada ao uso do aparelho com grade remove a sucção e, com isso, favorece a correção espontânea da mordida e age como um anteparo para as projeções atípicas da língua.

Noguchi et al. (2004) afirma que a criança vítima de maus tratos pode apresentar atrasos ou transtornos no desenvolvimento da linguagem, pois privam a criança da estimulação vital necessária para o desenvolvimento da linguagem. Esses transtornos podem estar ligados à voz e aos aspectos linguísticos fonológicos, morfológicos, semânticos e sintáticos.

Os maus-tratos podem ser considerados formas de traumatização precoce (WOON & HEDGES, 2008), sendo um dos tipos mais graves e crônicos de estresse psicológico encontrado na infância (SCOTT et al., 2012).

2.5 O PAPEL DO CIRURGIÃO-DENTISTA FRENTE A SITUAÇÕES DE MAUS TRATOS NO LAR

Garrocho et al. (2015) e Naidoo (2000) descrevem que, em um atendimento de rotina ou em qualquer outro atendimento, o Cirurgião-dentista deve ter aptidão para identificar em crianças lesões características de violência física. Ao identificar os sinais, é importante investigar minuciosamente por meio de perguntas para a criança ou para os pais ou responsáveis, caso a criança não se expresse. O profissional pode também recorrer a exames radiográficos para a confirmação de lesões e ter o cuidado necessário para diferenciar lesões acidentais de lesões

causadas por abuso físico.

Seguindo a linha de pensamento, Oliveira & Pais (2014) defendem que é necessário ter um cuidado especial na avaliação das famílias das crianças que sofrem algum tipo de abuso físico ou psicológico, dado que a linha que divide o certo do errado e a disciplina do maltrato é relativamente muito tênue. Porém, não se pode deixar passar determinadas situações que, por mais que sejam comuns em uma determinada cultura, não deixam de ser maltrato. Deste modo, o equilíbrio entre ética, deontologia e cultura é fundamental para lidar corretamente com essas situações.

É de extrema importância realizar, no ambiente odontológico, ainda segundo Losso (2015), uma boa anamnese, verificando se a história da lesão é coerente com o ferimento, descrevendo as lesões de acordo com: a região, o tamanho e o aspecto, examinando detalhadamente extra e intra oral, observar se na região da boca há lacerações de freios labial e lingual, palato mole e duro, gengiva e língua; queimaduras, observar também se há a presença de lábios machucados no canto da boca, com hematomas, equimoses e cicatrizes, se há dentes fraturados, avulsionados e com alteração de cor, dentes com muitas necessidades curativas, que provocam dor ou estão em processo infeccioso. Se possível, documentar com fotos e radiografias.

A notificação compulsória é amplamente reconhecida como uma estratégia fundamental para a garantia dos direitos de crianças e jovens (COOHEY et al., 2011). Esse procedimento visa, primordialmente, acionar a rede de proteção social, a fim de cessar situações violentas no plano familiar ou por parte de qualquer agressor. Também representa uma oportunidade de intervenção precoce, minimizando o risco de revitimização e as consequências negativas dos atos. Para o sistema de saúde, a notificação permite o dimensionamento epidemiológico do problema, fornecendo subsídios para a formulação de políticas públicas e para o direcionamento de investimentos em núcleos de vigilância e de assistência (LIMA & DESLANDES, 2011).

REFERÊNCIAS

ASSIS, S. G. O. O percurso da violência na sociedade ocidental: infância e saúde. **Horizontes**, v. 17, p. 11-77, 1999.

BORGES, S. A. D.; CAMARGO, M. Violência contra crianças: análise das notificações de um sistema de informações em saúde. **Sociedade em Debate**. v. 21(1), p. 163-191, 2014.

BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Lei Federal nº 8069, 13 de Julho de 1990. Rio de Janeiro: Imprensa oficial, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Notificação de maus tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde: um passo a mais na cidadania em saúde**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002. [Série A Normas e Manuais Técnicos; 167].

BRITO, A. M. M.; ZANETTA, D. M.; MENDONÇA, R. C. V.; BARISON, S. W. Z. P.; ANDRADE, V. A. G. Violência doméstica contra crianças e adolescentes: estudo de um programa de intervenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10(1), p. 143-49, 2005.

CAVALCANTI, A. L. **Maus-tratos Infantis-Guia de orientação para profissionais de Saúde**. João Pessoa: Ed. Ideia, 2001.

CAMARGO, I. M. L.; FERNANDES, M. N. F.; YAKUWA, M. S.; CARVALHO, A. M. P.; SANTOS, P. L.; GHERARDI-DONATO, E. C. S.; MELLO, D. F. Resiliência em crianças e adolescentes vítimas de estresse precoce e maus-tratos na infância. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. Port.)**. Ribeirão Preto, v. 13(3), p. 156-166, 2017.

COOHEY, C.; RENNER, L. M.; HUA, L.; ZHANG, Y. J.; WHITNEY, S. D. Academic achievement despite child maltreatment: a longitudinal study. **Child abuse & neglect**, v. 35, n.9, p. 688-699, 2011.

DELFINO, V.; BIASOLI-ALVES, Z. M. M.; SAGIM, M. B.; VENTURINI, F.P. A identificação da violência doméstica e da negligência por pais de camada média e popular. **Texto & Contexto – Enfermagem**, v. 14 (Esp), p.38-46, 2005.

FATINATO, A. C.; CIA, F. Habilidades sociais educativas paternas e comportamento infantil. **Psicol. Argum**, v. 32, n. 79, p. 177-186, 2014.

FINKELHOR, D.; TURNER, H. A.; SHATTUCK, A.; HAMBY, S. L. Prevalence of childhood exposure to violence, crime and abuse: Results from the National Survey of Children's Exposure to Violence. **JAMA pediatrics**, v. 169(8), p. 746-754, 2015.

GARROCHO-RANGEL, A.; MÁRQUEZ-PRECIADO, R.; OLGUÍN-VIVAR, A. I.; RUIZ-RODRIGUES, S.; POZOS-GUILLÉN, A. Dentist attitudes and responsibilities concerning child sexual abuse: a review and a case report. **Journal of Clinical Experimental Dentistry**, v. 7. n. 3, p. 428-34, 2015.

JUNIOR, A. A. P.; CASSEPP-BORGES, V.; DOS SANTOS, J. G. Caracterização da violência doméstica contra crianças e adolescentes e as estratégias interventivas em um município do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Colet**, Rio de Janeiro, v. 23(2), p. 124-131, 2015.

LARA, M. C. A. **Violência e vitimização da criança**. in RICCO RG, DEL CIAMPO LA, ALMEIDA CAN. Puericultura: princípios e prática. Atenção integral à Saúde. São Paulo: Atheneu; 2000.

LIMA, J. S.; DESLANDES, S. F. A. A notificação compulsória do abuso sexual contra crianças e adolescentes: uma comparação entre os dispositivos americanos e brasileiros. **Interface**, Botucatu, n. 38, p. 19-832, 2011.

LOSSO, E. M. **Maus-tratos infantis: o papel dos cirurgiões-dentistas na proteção das crianças e adolescentes**. Universidade Positivo, Curitiba. 2015.

MACHADO, J. A.; SANCHES, M. A. A Gênese da Violência Infantil. **Caderno Teológico da PUC**, Curitiba, nº 2(1), p. 173-189, 2014.

MARTINS, C. B. G.; JORGE, M. H. P. M. Violência física contra menores de 15 anos: estudo epidemiológico em cidade do sul do Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 12, p. 325-337, 2009.

MARTINS, A. F.; BEZERRA FILHO, J. G.; SILVA, K. A.; RIBEIRO, M. A.; QUEIROZ, A. C. M. Violência envolvendo crianças e adolescentes: perfil das vítimas, da agressão e dos agressores. **Rev. Enferm. UFPI**, v. 2(4), p. 50-7, Out-Dez. 2013.

MASSONI, A. C. L. T.; FERREIRA, Â. M. B.; ARAGÃO, A. K. R.; MENEZES, V. A.; COLARES, V. Aspectos orofaciais dos maus-tratos infantis e da negligência odontológica. **Cien Saúde Colet.**, v. 15(2), p. 403-10, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde. (2001b). **Violência intrafamiliar: Orientações para prática em serviço**. Brasília, DF: Ministério da Saúde.

NAIDOO, S. A profile of the orofacial injuries in child physical abuse at a children's hospital. **Child abuse & Neglect**, v. 24, p. 521-34, 2000.

NOGUCHI, M. S.; ASSIS, S. G.; SANTOS, N. C. Entre quatro paredes: atendimento fonoaudiológico a crianças e adolescentes vítimas de violência. **Cien Saúde Colet.**, ABRASCO – Associação Brasileira de Saúde Coletiva, v. 9(4), p. 963-73, 2004.

NUNES, A. J.; SALES, M. C. V. Violência contra crianças no cenário brasileiro. **Cien Saúde Colet.**, v. 21(3), p. 871-80, 2016.

OLIVEIRA, R. V.; PAIS, L. G. A origem dos maus-tratos: Revisão sobre a evolução histórica das percepções de criança e maus-tratos. **Psychology, Community & Health**, v. 3(1), p. 36-49, 2014.

PETRUCCI, G. W.; BORSA, J. C.; KOLLER, S. H. A família e a escolar no desenvolvimento socioemocional na infância. **Temas psicol**, v. 24, n. 2, p. 391-402, 2016.

PIRES, A. L. D.; MIYAZAKI, M. C. O. S. Maus-tratos contra crianças e adolescentes: revisão de literatura para profissionais da saúde. **Arquivos de Ciências da Saúde**, v. 12(1), p. 42-49, 2005.

ROTTMANN, R. W.; IMPARATO, J. C. P.; ORTEGA, A. O. L. Introduction of a motivational method to discontinue no nutricional sucking habit. **Journal of Biodentistry and Biomaterials**, v. 1, p. 49-60, 2011.

SABER, M.; JESUS, H. B.; RAITZ, R. Tratamento ortodôntico da mordida aberta anterior causada por hábitos deletérios. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 8(25), p. 48-55, 2010.

SANTORO, M. J. Maus-tratos contra crianças e adolescentes: um fenômeno antigo e sempre atual. **Pediatr Mod**, v. 6(38), p. 279-83, 2002.

SCHERER, E. A.; SCHERER, Z. A. P. A criança maltratada: uma revisão da literatura. **Rev Latinoam Enferm**, v. 8(4), p. 22-9, 2000.

SCOTT, K. M.; SMITH, D. A. R.; ELLIS, P. M. A population study of childhood maltreatment and asthma diagnosis: differential associations between child protection database versus retrospective self-reported data. **Psychosomatic Medicine**, v. 74, 2012.

VASCONCELOS, A. K. B.; SILVA, M. A. A. A caracterização dos atendimentos a crianças e adolescentes na perícia forense do Ceará, núcleo Sobral. **Sanare**, v. 10, n. 2, p. 40-49, Jul/Dez. 2011.

WOON, F. L.; HEDGES, D. W. Hippocampal and amygdala volumes in children and adults with childhood maltreatment-related posttraumatic stress disorder: a meta-analysis. **Hippocampus**, v. 18(8), p. 729-736, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence**. Geneva: WHO, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Child maltreatment**. In: Organization WHO, editor. Geneva: World Health Organization, 2014.

3. ARTIGO

A criança vítima de violência no lar e suas repercussões na Odontopediatria – relato de caso.

Child victim of home violence and its repercussions in pediatric dentistry – case report.

Indira da Nóbrega Machado¹, Maria Carolina Bandeira Macena Guedes², Fátima Roneiva Alves Fonseca², Estefânia Queiroga de Santana e Alencar².

¹ Acadêmica em odontologia da Universidade Federal de Campina Grande. Patos, PB, Brasil.

² Professora Doutora de Clínica Infantil (área ortodontia) da Universidade Federal de Campina Grande. Patos, PB, Brasil.

*Correspondência: Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Saúde e Tecnologia Rural. Avenida dos Universitários, S/N, Rodovia Patos/Teixeira, Km 1, Jatobá, CEP: 58700-970 – Patos – Paraíba – Brasil. Email: lcbandeira@gmail.com

Este artigo foi submetido à Revista Saúde e Transformação Social, cujas normas para publicação estão no anexo C.

RESUMO

Atos de violência contra a criança podem resultar em danos físicos, psicológicos, prejuízos ao desenvolvimento, depressão, ansiedade, dentre outros muitos fatores. A família representa o papel principal no desenvolvimento das crianças e, quando atos de violência contra elas ocorrem no lar, torna-se indispensável a identificação e a busca por uma solução da parte da sociedade. É dever do cirurgião-dentista estar apto a identificar sinais de agressões físicas e psicológicas em crianças, já que grande parte das agressões ocorre na região de face, cabeça e pescoço e pode ser associada a hábitos de sucção não nutritivos, principalmente quando incompatíveis com a idade do paciente. Esse trabalho teve como objetivo relatar um caso clínico de uma criança de 10 anos que havia sido vítima de abuso físico e psicológico por parte da mãe e da avó materna e submetia-se a tratamento ortodôntico interceptativo na Clínica Escola de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande. O estresse, em caso de crianças vítimas de violência, pode levá-las a desenvolver hábitos de sucção não-nutritivos que necessitam ser tratados na esfera multiprofissional. Hábitos de sucção deletérios persistentes podem derivar da presença de violência contra a criança em seu lar, causando diversos prejuízos físicos e/ou psicológicos e podendo causar alterações bucais prejudiciais à criança.

PALAVRAS-CHAVE: Odontopediatria. Maus-Tratos Infantis. Agressão. Má Oclusão. Psicologia da Criança.

ABSTRACT

Acts of violence against children can result in physical, psychological, developmental damage, depression, anxiety, among many other factors. Family represents the main role in the development of children and, when acts of violence against them occurs at home, it is indispensable to identify and search for a solution from the part of society. It is the dentist's responsibility to be able to identify signs of physical and psychological aggressions in children, since a large part of the aggressions occur in the face, head and neck region and may be associated with non-nutritive sucking habits, especially when they are incompatible with the patient's age. This study aimed to report a clinical case of a 10-years-old child who had been victim of physical and psychological abuse by mother and maternal grandmother and underwent interceptive treatment at the Universidade Federal de Campina Grande. Stress, in case of children's victim of violence, may lead them to develop non-nutritive sucking habits that need to be treated in the multiprofessional sphere. Persistent deleterious sucking habits may derive from the presence of violence against children in their homes, causing various physical and/or psychological impairments and may cause harmful oral alterations to the child.

KEYWORDS: Pediatric Dentistry. Child Abuse. Aggression. Malocclusion. Psychology, Child.

1. INTRODUÇÃO

Estão incluídos na categoria de maus tratos todos os tipos de violência de caráter físico ou emocional, abuso sexual, abandono, negligência ou exploração, que podem causar ou potencializar danos na sobrevivência ou nas relações interpessoais.¹

Durante o século XX houve uma maior preocupação quanto aos direitos das crianças, trazendo a tona a problemática da violência.² Esse movimento iniciou em, em 1959, através da "Declaração Universal dos Direitos da Criança", proclamada pela Assembleia Geral das Nações Unidas, que buscou como objetivo ir além da Declaração Universal dos Direitos Humanos, buscando dar espaço de destaque para crianças e adolescentes, ao considerá-los uma população com direitos especiais e próprios, o que necessitaria de uma legislação à parte.³

Atos de abuso na infância podem acarretar em marcas profundas ao indivíduo, podendo leva-lo a desenvolver patologias clínicas e transtornos mentais na vida adulta, além de ser gerador de estresse precoce, sendo bastante prejudiciais à criança tanto de forma física e psicológica quanto social.⁴

Anualmente, cerca de 10 milhões de crianças e adolescentes sofrem maus-tratos em todo o Brasil, independentemente de classe social, religião ou escolaridade familiar. Os cirurgiões dentistas podem ser os primeiros profissionais a atender crianças vítimas de maus-tratos e podem ser capazes de identificar primariamente os sinais, pois a maioria das agressões físicas acontece nas seguintes regiões do corpo: face, cabeça e pescoço.⁵

O desenvolvimento fisiológico e psicológico das crianças está relacionado a os hábitos de sucção nutritivos e não nutritivos, geralmente cronificados na primeira infância e também suas consequências desfavoráveis a saúde bucal, como problemas no desenvolvimento muscular e ósseo da face, além de distúrbios na dentição.⁶

O presente estudo visa relatar o caso de um paciente de 10 anos atendido na Clínica Escola de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande e submetido a tratamento ortodôntico interceptativo, entre os anos 2015 e 2017, onde o mesmo apresentou sinais físicos e comportamentais de abuso físico e psicológico.

2. METODOLOGIA:

Este trabalho de caso clínico teve seus artigos obtidos por meio dos sites de busca Scielo, Pubmed e BVS. Os descritores utilizados foram: Odontopediatria. Maus-Tratos Infantis. Agressão. Psicologia da Criança.

Consideraram-se como critérios de seleção artigos com dados numéricos brasileiros. A fundamentação teórica desse trabalho foi construída por meio da leitura dos artigos e trabalhos encontrados. Também foi consultada a ficha de anamnese e exame físico do paciente, onde puderam ser coletadas as informações necessárias. As fotos foram retiradas de arquivos do setor da clínica infantil da UFCG-patos.

3. RELATO DE CASO

Paciente AFSG, sexo masculino, 10 anos de idade, em fase de dentição mista, compareceu à Clínica Escola de Odontologia da UFCG em Fevereiro de 2015, onde foram realizados procedimentos de rotina, como anamnese e exame clínico, sendo diagnosticada a presença de mordida aberta anterior circunscrita aos incisivos (Figura 1), relacionada à presença persistente de hábito de sucção de chupeta e uso de mamadeira; além de interposição lingual e respiração bucal. Em entrevista com a responsável pelo menor, a avó paterna, foi relatado também que o mesmo havia sofrido abuso físico e psicológico por parte da mãe e da avó materna durante anos.



Figura 1: Exame clínico inicial. Fonte: Arquivos da Clínica Escola de Odontologia da UFCG. Patos – PB. 2019.

A história médica da criança relatou osteoporose na região do calcânhar e tratamento ortopédico, este devido a puxões efetuados pela mãe, segundo

informa a responsável pelo menor. O paciente também estava sob tratamento psiquiátrico por apresentar traumas de infância relacionados aos maus tratos e fazia uso do antidepressivo Amytril (Cloridrato de Amitriplina).

O avô paterno realizou um relato de maus tratos em 11 de Abril de 2016 (Anexo A), onde afirmava que o menor havia sofrido diversas formas de abuso físico, como queimaduras com ferro de passar roupa, ter sua mão colocada no forno aquecido, alimentar-se mesmo quando estava saciado e ajoelhar-se no milho ou no feijão sob exposição solar extrema. O responsável ainda declarou que a avó materna realizava ainda queimaduras na criança com cigarro.

Diante de todos os fatos, os atendimentos do menor foram iniciados com a orientação sobre a necessidade da interrupção do hábito de sucção de chupeta e da mamadeira e muita ação lúdica sobre saúde bucal e autoconfiança com os alunos do Programa de Extensão Heróis do Sorriso, vinculados ao Programa de Extensão (PROPEX – UFCG). Doze meses após sua primeira consulta foi relatado que o paciente havia abandonado o hábito de sucção de chupeta e a substituição da mamadeira pelo copo, sendo iniciado assim, o tratamento ortodôntico interceptativo com uma placa lábio-ativa (Morelli ®), uma placa de Hawley com expansor central (6,5 mm, Morelli ®) e grade palatina. Posteriormente, foram realizadas sessões de raspagem e alisamento coronaradicolar. Durante a realização de todos os procedimentos, a criança apresentou ótima conduta e seus tratamentos ortodôntico e odontopediátrico foram finalizados em 06/02/2017 (Figura 2).



Figura 2: Paciente com tratamento ortodôntico finalizado. Fonte: Arquivos da Clínica Escola de Odontologia da UFCG. Patos - PB. 2017.

4. DISCUSSÃO

É importante que os profissionais da Odontologia identifiquem e notifiquem sinais de maus tratos, uma vez que, além de terem a oportunidade de defender o bem estar físico e psicológico da criança, podem interferir diretamente em sua saúde bucal.

Cabe ao cirurgião-dentista e aos demais profissionais da saúde a notificação de casos de abusos identificados em seu atendimento através da notificação compulsória, podendo ser realizada por telefone ao órgão competente (Conselhos Tutelares, delegacias especializadas) ou para serviços de ajuda, como SOS-Criança ou Disque-denúncia.⁷

As consequências da violência contra a criança podem ser consideradas em curto, médio ou longo prazo. As imediatas são mais facilmente identificadas, já que tendem a deixar marcas visíveis, principalmente na pele ou no sistema ósteo-articular. As consequências traumato-ortopédicas decorrentes de abuso físico, tais como traumatismos cranianos, luxações e fraturas e as lesões de pele como escoriações e hematomas, são os principais exemplos. Também não são raros os cortes, queimaduras e rompimento de órgãos.^{8,9,10}

Observa-se uma grande variação do espectro de gravidade desses agravos, tendo repercussões diretas sobre a notificação e a demanda de atenção médica. Na maioria das circunstâncias as lesões são leves e passam despercebidas; em alguns casos, os traumas são graves, necessitando de internação hospitalar, podendo levar inclusive ao óbito. Em geral, as situações mais graves são decorrentes de múltiplas lesões, habitualmente envolvendo a utilização de objetos, como cintos, pedaços de madeira e barra de ferro, entre outros.^{8,9,10}

Os sinais psicológicos, apesar de mais difíceis de serem identificados, por vezes são os que possuem maior importância para a área odontológica, por sua repercussão no comportamento da criança frente ao cirurgião-dentista e ao tratamento proposto. Os hábitos orais não nutritivos e deletérios são frequentes nessas crianças, e relacionados ao alívio do estresse precoce. A sucção digital, de chupeta ou mamadeira decorrem da necessidade de suprir carência afetiva e geralmente transmitem a sensação de segurança e conforto. Eles estão associados diretamente ao alívio da tensão nos momentos de ansiedade e, quando apresentam-se persistentes por um longo tempo além da primeira infância, necessitam de uma avaliação mais profunda, pois podem estar relacionados a casos de maus tratos.

Em geral, crianças que passam por eventos graves de estresse apresentam as seguintes características comportamentais: tristeza, ansiedade, enfado, mudanças no comportamento e outras dificuldades menores, que perturbam durante um breve período de tempo. Essas características são muito comuns nos menores e sua superação, estabilidade ou agravamento depende, em grande parte, da atitude dos pais ou responsáveis.¹¹ É importante um olhar multiprofissional sobre a criança vítima

de maus tratos, pois trata-se de uma criança vulnerável e indefesa, principalmente quando a violência ocorre no lar.

Por tratar-se de um caso clínico onde a criança havia sido submetida a maus tratos em seu antigo lar pela mãe e avó materna e na época do atendimento a mesma estar aos cuidados da família paterna por decisão judicial, não foi realizada a notificação compulsória de maus tratos. O avô da criança realizou um relato por escrito, onde expôs os fatos acontecidos.

As ações lúdicas e direcionadas a situação do menor acometido a violência doméstica criaram um vínculo de confiança e cooperativismo entre ele e a equipe de ortodontistas e odontopediatras e, desta forma, o seu tratamento integrado obteve êxito na situação de sua saúde bucal e comportamental.

6. CONCLUSÃO

A violência no lar, quando ocorre contra a criança, produz mais do que danos físicos, mas também psicológicos e psicossociais. Muitas vezes esses danos estão relacionados à instalação de maloclusões originadas da persistência dos hábitos de sucção deletérios devido a estresse mediante violência. Desta forma, o olhar e atenção do cirurgião dentista para lesões físicas e mudanças comportamentais nos menores or ele atendidos se faz estritamente necessário, no intuito de favorecer a criança abusada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Organização Mundial da Saúde (OMS). Child maltreatment. In: Organization WHO. Geneva: WHO; 2014.
- 2- Delfino V, Biasoli-Alves ZMM, Sagim MB, Venturini FP. A identificação da violência doméstica e da negligência por pais de camada média e popular. *Texto & contexto enfermagem* 2005; 14(Esp): 38-46.
- 3- Martins CBG, Jorge MHPM. Violência física contra menores de 15 anos: estudo epidemiológico em cidade do sul do Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia* 2009; 12: 325-337.
- 4- Camargo IML, Fernandes MNF, Yakuwa MS, *et al.* Resiliência em crianças e adolescentes vítimas de estresse precoce e maus-tratos na infância. *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. Ribeirão Preto: Ed. port.; 2017.*
- 5- Losso EM. Maus-tratos infantis: o papel dos cirurgiões-dentistas na proteção das crianças e adolescentes. Universidade Positivo; Curitiba, 2015.
- 6- Rottmann, RW, IMPARATO, JCP, ORTEGA, AOL. Introduction of a motivational method to discontinue no nutritional sucking habit. *Journal of Bi dentistry and Biomaterials* 2011; 1:49-60.
- 7- Shaefer LS, Rosseto S, Kristensen CH. Perícia psicológica no abuso sexual de crianças e adolescentes. *Psic Teor Pesq* 2012; 28(2): 227-34.
- 8- Abrapia. Maus Tratos contra Crianças e Adolescentes: Proteção e Prevenção - Guia de Orientação para Profissionais de Saúde. Petrópolis: Abrapia; 1992.
- 9- Hendricks-Matthews MK. Survivors of abuse: health care issues. *Primary Care* 1993.
- 10- Deslandes SF. Prevenir a Violência: um Desafio para Profissionais de Saúde. Fundação Oswaldo Cruz/Escola Nacional de Saúde Pública/Centro Latino-Americano de Estudos Sobre Violência e Saúde Jorge Careli, Rio de Janeiro, 1997.
- 11- Dyregrow A, Yule W. A Review of PTSD in Children. *Child and Adolescent Mental Health* 2006.

ANEXO A – Relato de maus-tratos realizado pelo avô paterno em 11 de Abril de 2016.

Relato de maus-tratos

Eu, Marcos Damascô Oliveira Gomes, RG: 2872031 SSP/PB
responsável pelo menor Adriel Francisco da Silva Gomes,
declaro os seguintes relatos de maus-tratos ocorridos:

- Segundo o responsável, a criança quando estava sob responsabilidade da mãe sofreu os maus-tratos de queimaduras com ferro de passar roupa, colocou a mão da criança no forno enquanto estava aquecido, humilhou a criança a extrema humilhação colocando-a sob milho ou feijões, ajoelhado sob luz solar extrema. O paciente também necessitou de tratamento médico ortopédico devido a punções efetuadas pela mãe. Obrigava de maneira exaustiva a criança a se alimentar mesmo quando este estava doente.

O responsável ainda declara que a avó materna queimava a criança com cigarros.

Todas as informações foram obtidas durante atendimento odontológico realizado na clínica escola da Universidade Federal de Campina Grande.

Marcos Damascô O. Gomes
Assinatura do responsável

Renata A. S. Rocha
Prof.^a Dra. Renata A. S. Rocha
Coordenadora da Clínica Escola
CRO-PB 5945
CSTR - UFCG

Patos, 11 de abril de 2016.

ANEXO B - Termo de Compromisso do Pesquisador Responsável

ANEXO 2 – TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

Termo de Compromisso do Pesquisador Responsável


Pesquisa Envolvendo Seres Humanos

Título da Pesquisa
Título: CONHECIMENTO DOS CIRURGIÕES-DENTISTAS DA REDE PÚBLICA E PRIVADA DE ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO DO MUNICÍPIO DE PATOS ACERCA DA ORTODONTIA PREVENTIVA E INTERCEPTATIVA
Pesquisador Responsável: FÁTIMA RONEIVA ALVES FONSECA
Professor Orientador: MARIA CAROLINA BANDEIRA MACENA
Grupo CONEP: () I (X) II () III

Eu, pesquisador (a) responsável pela pesquisa acima identificada, declaro que conheço e cumprirei as normas vigentes expressas na **Resolução Nº 510/2106 do Conselho Nacional de Saúde / Ministério da Saúde**, e em suas complementares (**Resolução CNS/MS 240/1997, 251/1997, 292/1999, 303/2000, 304/2000, 340/2004, 346/05 e 347/05**) e assumo, neste termo o compromisso de:

1. **Somente iniciar a pesquisa após sua aprovação** junto ao Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Integradas de Patos e, nos casos assim previstos na Resolução CNS/MS 510/2106;
2. Caso a pesquisa seja interrompida, informar tal fato ao CEPFIP/PB, de forma justificada;
3. Na ocorrência de evento adverso grave comunicar imediatamente ao CEP/FIP/PB, bem como prestar todas as informações que me forem solicitadas;

4. Ao utilizar dados e/ou informações coletados no (s) prontuários dos (s) sujeito (s) da pesquisa, ou material biológico estocado, assegurar a confidencialidade e a privacidade dos mesmos;
5. Destinar os dados coletados somente para o projeto ao qual se vinculam. Todo e qualquer outro uso deverá ser objeto de um novo projeto de pesquisa que deverá ser submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa;
6. Apresentar relatório final, sobre o desenvolvimento da pesquisa ao CEP/UFCG/PB

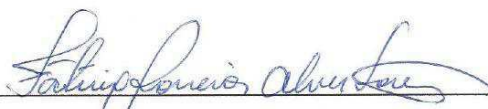


Patos, novembro, 2018

ANEXO C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**ANEXO 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Este projeto, intitulado “A CRIANÇA VÍTIMA DE VIOLÊNCIA NO LAR E SUAS REPERCUSSÕES NA ODONTOPEDIATRIA – RELATO DE CASO”, orientado pela Professora do Departamento de Odontologia da UFCG, Dra. Fátima Roneiva Alves Fonseca (CPF: 510.765.945-49 / Matrícula: 2275844-3), e apresenta como objetivo reconhecer as consequências do estresse causado pela violência no lar a crianças do ponto de vista odontopediátrico. Espera-se que esse estudo beneficie tanto os Cirurgiões Dentistas, despertando-os para buscar reconhecer os sinais físicos e psicológicos da criança vítima de maus tratos no lar e assim poder oferecer tratamento adequado e realizar notificação compulsória, quanto as crianças e suas famílias. A coleta de dados apresenta risco mínimo de desconforto ou constrangimento, uma vez que a pesquisa foi autorizada a ser iniciada pelo Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Integradas de Patos localizado na R. Horácio Nóbrega, s/n Belo Horizonte, Patos-PB, CEP 58.704-000, cujo contato é (83) 3421.7300 – 3421.8100, enquanto está sendo avaliada. As informações fornecidas serão confidenciais e terão o anonimato garantido, assegurando a sua privacidade. Você tem a liberdade de recusar a participação ou de retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem nenhum tipo de penalização ou prejuízo. Compreendo que o pesquisador coletará dados através de minha entrevista e que o mesmo somente utilizará as informações obtidas para os propósitos da pesquisa. Entendo, ainda, que o pesquisador poderá entrar em contato comigo futuramente para mais informações ou para confirmá-las, assim como eu poderei entrar em contato pelo telefone (83) 99946-3840 ou pelo e-mail fatimaroneiva.alvesfonseca@gmail.com para esclarecer qualquer dúvida ou solicitar minha desistência da pesquisa, sem que isto acarrete qualquer efeito negativo à minha pessoa ou à instituição em que trabalho.

Diante do exposto, eu *Patrícia Oliveira Gomes Aguiar*
RG 2.796.919 estou ciente dos termos da pesquisa da qual estou participando, sobre a qual estou informado e dou pleno consentimento de execução.



Assinatura do pesquisador

Fátima Roneiva Alves Fonseca

(Pesquisador responsável)

ANEXO D – Termo de Anuência

Curso de Odontologia - Campus Patos

OFÍCIO S/Nº:

PATOS, 27 de Maio de 2019 .

De: Prof.ª Dr.ª Fátima Roneiva Alves Fonseca (Orientadora do Projeto)

Para: Diretor do CSTR / UFCG

Prezado (a) diretor (a):

Venho através desta solicitar uma autorização institucional para, após aprovação na Plataforma Brasil, realizar pesquisa nesta unidade.

A pesquisa será realizada na cidade de Patos, Paraíba, e terá como objetivo **reconhecer as consequências do estresse causado pela violência no lar a crianças do ponto de vista odontopediátrico**. Será um estudo de caso clínico e fará parte da amostra 01 paciente da Clínica de Ortodontia da Universidade Federal de Campina Grande.

Certos de podermos contar com a vossa colaboração, solicitamos de V.Sa. autorização para realização da pesquisa nesta unidade, certo de que faremos uma utilização do consentimento para os responsáveis do paciente.

Atenciosamente,

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Fátima Roneiva Alves Fonseca', is written over a horizontal line.

Prof.ª Dr.ª Fátima Roneiva Alves Fonseca

Prof.ª Adjunta da disciplina de Clínica Infantil da UFCG

Curso de Odontologia – Orientadora do Projeto

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Sérgio Ricardo Araújo de Melo e Silva', is written over a horizontal line.

Prof. Dr. Sérgio Ricardo Araújo de Melo e Silva

Vice-Diretor
Diretor do CSTR, UFCG

ANEXO E – Normas para o artigo (Revista Saúde & Transformação Social)

Normas gerais

Os artigos para a publicação na **REVISTA SAÚDE E TRANSFORMAÇÃO SOCIAL** deverão ser originais e inéditos, não sendo permitida a submissão simultânea do manuscrito a outro periódico. Os artigos devem ser redigidos em português, inglês, espanhol ou francês. Outra característica importante é que S&TS/H&SC tem como proposta a publicação de artigos que utilizem métodos e técnicas qualitativas. A publicação de artigos que utilizem métodos quantitativos poderá ocorrer nos casos de Estudos de Validação transcultural e métodos mistos (quanti-qualitativos) em que métodos qualitativos sejam utilizados claramente e de maneira importante no cômputo do manuscrito.

Processo de avaliação

Os manuscritos submetidos à Revista somente serão encaminhados ao Editor Chefe para considerações de mérito científico, após avaliação pela Secretária da Editoria sobre o atendimento a todos os aspectos contidos no presente documento. Após aprovação, serão encaminhados a membros do Corpo Editorial e pareceristas "*ad hoc*", sempre preservando o caráter de anonimato durante o processo de avaliação. Os avaliadores têm prazo de 20 dias para exararem seus pareceres.

Os pareceres e considerações dos Editores serão encaminhados aos autores, com a avaliação na íntegra e a decisão final sobre aceitação do manuscrito para publicação como artigo é realizada pelo Conselho Editorial. Os manuscritos que cujas decisões finais forem reformulação/re-submissão ou recusa, se reapresentados, seguirão todo o processo de avaliação, desde seu início.

CATEGORIA DOS ARTIGOS

Ao submeter um manuscrito, os autores deverão observar sua adequação a uma das categorias de artigos publicadas na S&TS/H&SC: pesquisa qualitativa, teoria e

metodologia, artigos originais, meta-síntese e revisões integrativas e experiências transformadoras.

ESTRUTURA E FORMATAÇÃO DO MANUSCRITO PARA SUBMISSÃO

Somente serão aceitos para avaliação manuscritos que se adequarem perfeitamente a todas as normas contidas no presente documento;

Página inicial do manuscrito (página 1)

Página de Título (Português, Espanhol, Francês ou Inglês), negrito, em letras maiúsculas e minúsculas, tamanho 12. Deve ser sintético e conciso, retratando os aspectos mais relevantes do conteúdo do manuscrito; versão do título em inglês centralizado, em itálico, letras maiúsculas e minúsculas, tamanho 11, imediatamente abaixo do título principal; os títulos (no idioma original e inglês) não poderão ultrapassar 200 caracteres com espaços.

Ressalta-se que os manuscritos não devem conter qualquer informações que possibilite a identificação da autoria do manuscrito. As informações sobre autores e instituições deverão preenchidas exclusivamente no sistema de submissão, em campo específico.

Resumo e abstract

Seguida aos títulos, deverão ser apresentados resumo (resumen ou résumé) e abstract, seguidos das palavras-chave (três a cinco palavras-chave, oriundas da base da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), disponíveis em <http://regional.bvsalud.org/php/decsws.php>, no idioma original e em inglês) em cada idioma, conforme normas que se seguem referentes a este item. Os resumos, em ambos idiomas, não poderão ultrapassar 2000 caracteres com espaços.

Os autores deverão consultar profissionais do ramo para realizar as devidas traduções, não sendo aceitas traduções eletrônicas.

Corpo do texto

Em caso de Artigos originais e Artigos de Meta-síntese, sugerem-se estruturá-los em "Introdução", "Objetivos", "Percurso Metodológico", "Resultados", "Discussão", "Limitações do Estudo", "Considerações Finais" e "Referências Bibliográficas".

Os itens principais da estrutura do manuscrito deverão ter seus títulos em caixa altos e numerados na ordem de aparecimento, em negrito. Casos existam itens em cada um deles, deverão seguir sua numeração e identificação numérica. Por exemplo, se os Resultados apresentam a seguinte forma "3. RESULTADOS" e os autores desejarem destacar sub-itens, devem fazê-lo da seguinte forma: "3.1 O homem..."; "3.2 O contexto...". Todos os sub-itens deverão estar formatados em letras maiúsculas e minúsculas, e empregar negrito.

A colaboração individual dos manuscritos com mais de um autor devem ser especificadas já no processo de submissão, obedecendo às deliberações do *International Committee of Medical Journal Editors*, disponíveis em www.icmje.org.

Relembra-se que o texto deve apresentar a característica reflexiva e um potencial para produzir mudanças sociais, não sendo interessantes à S&TS/H&SC manuscritos que apenas apresentem resultados e os confrontem com a literatura científica existente.

Os manuscritos enviados devem ser redigidos obedecendo-se as normas gramaticais e ortográficas do idioma de origem (Português, Inglês, Espanhol ou Francês).

NORMAS PARA SUBMISSÃO

Os manuscritos deverão ser submetidos eletronicamente pelo sistema SEER, na página da revista e deverão constar os dados referentes ao manuscrito: título

completo (em português, espanhol, francês ou inglês); área de concentração; palavras-chave; informações sobre fomento; conflitos de interesses; resumos (em português, espanhol ou francês; e inglês); e agradecimentos.

Todos os autores deverão ser incluídos na submissão, com nomes completos, respectivas instituições por extenso, endereços institucionais, telefone e e-mail, assim como a contribuição individual no manuscrito. A ordem dos autores na submissão será a utilizada para a publicação do artigo, caso seja aprovado.

O autor que realizar a submissão do manuscrito será automaticamente incluído como autor correspondente e seu endereço será apresentado no artigo publicado.

O acompanhamento da avaliação e contato com a Secretaria Editorial deverá ser feito preferencialmente pelo email sts_secretaria@ccs.ufsc.br.

Para contagem de palavras em cada categoria de artigos, deve-se incluir apenas o corpo do texto e as referências bibliográficas.

Caso a pesquisa tenha apoio financeiro de alguma agência de fomento ou iniciativa privada, os autores devem registrar todas as informações (Agência de fomento, Edital e número do processo), que serão divulgadas no cômputo dos artigos publicados.

Havendo investigação que envolva seres humanos, devem ser explicitados claramente os aspectos éticos e a aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa, informando o número do protocolo desta aprovação.

Deve ser inserida cópia digitalizada do parecer ético no sistema, na área para transferência de documentos suplementares durante a submissão dos manuscritos.

É imprescindível que haja declaração de conflito de interesses, seja potencial ou manifesto, incluindo aspectos políticos e/ou financeiros.

NORMAS PARA FORMATAÇÃO DO MANUSCRITO

Somente serão aceitos para avaliação manuscritos que se adequarem perfeitamente a todas as normas.

O arquivo deverá estar em formato '.doc' (Microsoft Word), sem qualquer identificação que remeta a autoria; o texto deverá estar formatado em tamanho A4, com espaçamento de 1,5 cm, fonte Arial, tamanho 12, margens de 2,0 cm; parágrafos em branco não deverão ser utilizados entre os demais do texto e todas as páginas deverão estar numeradas, no canto superior direito.

No caso de manuscritos que apresentem citações literais com mais de três linhas e/ou depoimentos de entrevistados, estas deverão apresentar recuo 2 cm, em letra 8, espaço simples, destacadas do restante do texto que se seguem.

No uso de legitimação de depoimentos, é imprescindível a codificação dos sujeitos e/ou grupos focais dos quais se originaram os dados, excetuando os manuscritos cujos resultados forem oriundos de um sujeito - como no caso de histórias de vida ou estudos de caso - ou apenas um grupo focal, desde que sustentável em termos metodológicos.

Sugere-se que não haja modificações na estrutura original do depoimento, inclusive no que se refere à ortografia, preservando a natureza do dado;

As tabelas, quadros, diagramas e/ou ilustrações (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas) deverão ser inseridas no corpo do texto, numeradas conforme o aparecimento no texto. Deverão ser referidas no corpo do texto.

Imediatamente superior a imagem, deverá ser inserido seu título, numeração seqüencial e descrição. Caso existam legendas ou citação da fonte de dados, deverão aparecer imediatamente abaixo.

Deve-se evitar o uso de ilustrações, quadros ou tabelas muito extensas, que prejudiquem a avaliação e a leitura do manuscrito. As tabelas e quadros terão o limite de 17 cm de largura, em letra Arial, letra tamanho 8, espaçamento simples. Não deverão ser incluídas como figuras no texto, mas sim em formato do Word.

As tabelas, quadros e/ou ilustrações não devem estar fragmentadas entre as páginas do manuscrito e serão aceitas, no máximo, cinco tabelas, quadros e/ou ilustrações por manuscrito. As tabelas e quadros deverão estar em preto e branco, enquanto as ilustrações podem estar nesta formatação ou coloridas.

Gráficos, diagramas e ilustrações deverão apresentar-se por arquivos do tipo jpeg.

Todas as tabelas, quadros e/ou ilustrações deverão apresentar títulos acima e legendas abaixo (quando necessário).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Essa seção será elaborada de acordo com as Normas Vancouver, devendo ser numerada seqüencialmente conforme aparição no texto. E, as abreviações das revistas devem estar em conformidade com o Index Medicus/ MEDLINE.

Exemplos: Normas Vancouver:

Teses, Dissertações ou Monografias

Moretti-Pires RO. (Dissertação). A mercantilização da Saúde: o trabalho dos Cirurgiões Dentistas em um contexto de mudanças. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP, Ribeirão Preto. 2005.

Artigos científicos

Atkson S. Political cultures, health systems and health policy. Soc Scienc Med 2002; 55(2):113-124.

Artigo não publicado (no prelo)

Tian D, Araki H, Stahl E, Bergelson J, Kreitman M. Signature of balancing selection in Arabidopsis. Proc Natl Acad Sci U S A 2002. No prelo.

Livros e publicações

Crotty M. The foundations of Social Research - meaning perspective in the research process. London: Sage Publications; 2003.

Mills MB, Huberman MA. Qualitative data analysis: an expanded sourcebook. Thousand Oaks: Sage Publications; 1994.

Autor(es) do capítulo.

Pessini L. humanização da dor e do sofrimento humano na área da saúde. In: Pessini L, Bertachini L (org.) Humanização e cuidados paliativos. São Paulo: Loyola; 2004. p.12-30.

Documentos oficiais

Brasil. Ministério da Saúde. Equipe de Saúde bucal: projeto, programas e relatórios. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

Documentos online

World Health Organization. Global Status Report on Alcohol. <http://whqlibdoc.who.int/publications/2004>.

Artigo de jornal

Tynan T. Medical improvements lower homicide rate: study sees drop in assault rate. The Washington Post. 2002 Aug 12;Sect. A:2 (col. 4).

NORMAS PARA PESQUISAS ENVOLVENDO COLETA DE INFORMAÇÕES DE SERES HUMANOS (DIRETAMENTE OU POR PRONTUÁRIOS DE PESSOAS VIVAS)

Os autores deverão encaminhar cópia digitalizada do documento legal que autoriza a pesquisa, por algum Comitê ou Órgão responsável por estas questões no país em que foi realizada a pesquisa, incluindo-o nos **documentos suplementares**.

Em pesquisas realizadas no Brasil, será exigida autorização de Comitê de Ética envolvendo pesquisas com Seres Humanos, credenciado junto ao Conselho

Nacional de Pesquisa com Seres Humanos, em conformidade com o que estabelece o Conselho Nacional de Saúde.