

ATENÇÃO CENTRADA NA PESSOA EM SITUAÇÃO DE VIOLENCIA INTERPESSOAL:

ORIENTAÇÕES PARA CIRURGIÕES-DENTISTAS
DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Montes Claros/MG
Abril/2022



AUTORES:

Larissa Souza Santos
Luis Paulo Morais Farias
Simone de Melo Costa

ATENÇÃO CENTRADA NA PESSOA EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA INTERPESSOAL:

ORIENTAÇÕES PARA CIRURGIÕES-DENTISTAS
DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

EDITORA **HD**

Montes Claros/MG
Abril/2022

A864

Atenção centrada na pessoa em situação de violência interpessoal: orientações para cirurgiões - dentistas da atenção primária à saúde / coordenadores Larissa Souza Santos, Luís Paulo Morais Farias, Simone de Melo Costa. Montes Claros: Editora HD, 2022. E-book (115 p.) : il.

E-book, no formato epub.
ISBN 978-85-92830-36-6

1. Cirurgião dentista – Manual de Atendimento. 2. Dentista – Atenção primária à saúde. 3. Dentista – Atendimento – Violência Interpessoal. I. Santos, Larissa Souza. II. Farias, Luís Paulo Morais. III. Costa, Simone de Melo. IV. Título.

22-100642

CDD-614

Catálogo na fonte:

Angélica Renata de Castro – CRB6/2746 Bibliotecária Documentalista

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS - UNIMONTES
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE - CCBS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CUIDADO PRIMÁRIO EM SAÚDE – PPGCPS

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a Fonte.

Grupo de Trabalho Técnico

AUTORES:

COORDENADORES

Larissa Souza Santos
Luis Paulo Morais Farias
Simone de Melo Costa

PROFESSORES

Universidade Estadual de Montes Claros - Unimontes

Daniella Reis Barbosa Martelli
Hercílio Martelli Júnior
Luciana Colares Maia
Mânia de Quadros Coelho Pinto
Marcelo Cavalcanti Gonçalves
Orlene Veloso Dias
Thalita Thyrsa de Almeida Santa Rosa
Verônica Oliveira Dias

Universidade Federal do Amazonas - UFAM

Luis Paulo Souza e Souza

ALUNOS DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA

Allana Evelyn Dias
Chéron Islaine Barbosa de Souza
Esther Évellin Freitas Viana
Felipe Alves Fernandes
Hugo Américo Carvalho
Isabela de Sá Oliveira
Júlia Lika Degawa Yamamoto
Lucas Sales Palma
Maria Thereza Souza Santana
Priscila Aquino da Silva
Raissa Pinto Rocha

LISTA DE SIGLAS

CAT - Comunicação de Acidente do Trabalho

CD - Cirurgião-dentista

CENTRO POP - Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua

CEREST: Centro de Referência em Saúde do Trabalhador

CID-10 - Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde

CLT - Consolidação das Leis do Trabalho

CNS - Conferência Nacional de Saúde

CRAM: Centro de Referência em Atendimento à Mulher

CRAS - Centro de Referência da Assistência Social

CRDH: Centro de Referência em Direitos Humanos

CREAS - Centro de Referência Especializado de Assistência Social

DANT - Doenças e Agravos Não Transmissíveis

DEAM - Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher

DPCA - Delegacia Especializada de Proteção à Criança e ao Adolescente

HPV - Papilomavírus Humano

IST - Infecção Sexualmente Transmissível

LGBTQIA+ - Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transgêneros, Queer, Interssexuais, Assexuais e mais.

MIH - Máxima Intercuspidação Habitual

MS - Ministério da Saúde

NAI: Núcleo de Atendimento ao Idoso

OMS - Organização Mundial da Saúde

PNPS - Política Nacional de Promoção da Saúde

PPGCPS - Pós-Graduação em Cuidado Primário em Saúde

Sinan - Sistema de Informação de Agravos de Notificação

UF - Unidade Federativa

Unimontes - Universidade Estadual de Montes Claros

VIVA - Vigilância de Violências e Acidentes

LISTA DE QUADROS E FIGURAS

Quadro 1: Comparação do Método Centrado na Doença com o Método Centrado na Pessoa.

Quadro 2: Descrição dos 13 blocos da ficha de notificação individual para violência interpessoal/autoprovocada.

Figura 1: Tipologia da Violência.

Figura 2: Traumatismo anterior, dentição decídua, com luxação lateral.

Figura 3: Contenção temporária de coroas combinadas para o tratamento de fraturas coronárias e Luxação dental.

Figura 4: Fratura radicular, com luxação lateralmente do elemento dental.

Figura 5: Luxação dentária extrusiva.

Figura 6: Incisivos permanentes avulsionados.

Figura 7: Perda de tecido gengival pela avulsão dentária.

Figura 8: Lesão penetrante na língua.

Figura 9: Exame radiográfico com fragmentos dentais na língua.

Figura 10: Queimadura de 1º grau, que acomete somente a epiderme, em região de tórax.

Figura 11: Queimadura de 2º grau, em região de tórax, com lesão em derme e alguns dos anexos cutâneos.

Figura 12: Queimadura de 3º grau, em região de antebraço, atingindo todas as camadas da pele.

Figura 13: Queimadura de 3º grau por exposição solar, em idosa diabética.

Figura 14a,b: Laceração extensa e profunda nos dois terços do dorso da língua.

Figura 14c: Sutura imediata do dorso da língua usando Vycril de sutura absorvível 4.0.

Figura 14d: Um ano de pós-operatório com bom reparo tecidual e função preservada.

Figura 15: Pré-operatório de paciente apresentando extensa laceração em tecido mole (envolvendo lábio superior e mucosa vestibular) e fratura dento-alveolar.

Figura 16: Pós-operatório imediato: foi realizada a hemostasia e lavagem da região, reconstrução do lábio (A).

Figura 17: Fotografia com 45 dias de pós-operatório: O paciente retornou para avaliação clínica apresentando discreta cicatriz em região de lábio superior sem intercorrências ou complicações (B).

Figura 18: Exposição de fratura de parassínfise mandibular.

Figura 19: Desvio mandibular para a esquerda, indicando fratura na mandíbula.

Figura 20: Equimose em região infra-orbital.

Figura 21: Marca de mordida humana em cera de modelagem.

Figura 22: Marca de mordida de cachorro em cera de modelagem.

Figura 23: Extensas destruições coronárias e lesões cáries.

Figura 24: Faringite Gonocócica

Figura 25: Necrose, supuração e hemorragia da gengiva inferior anterior.

Figura 26: Manifestações bucais da sífilis

Figura 27: Manifestações bucais da sífilis.

Figura 28: Condiloma Acuminado em cavidade bucal.

Figura 29: Condiloma Acuminado no lábio superior.

Figura 30: Formulário para registro de informações de violência interpessoal relacionadas às manifestações bucais e faciais.

Figura 31: Ficha de notificação individual para violência doméstica/intrafamiliar, auto-provocada. Brasil, Ministério da Saúde.

Figura 32: Fluxograma para atendimento por cirurgiões-dentistas à pessoas vítimas de violência interpessoal.

SUMÁRIO

Apresentação	8
1 VIOLÊNCIA: conceitos, tipologia e atenção centrada na pessoa.....	10
2 NOTIFICAÇÃO: aspectos legais.....	14
3 ACOLHIMENTO À VÍTIMA DE VIOLÊNCIA	16
4 CONDUTA CLÍNICA NO ÂMBITO DA ODONTOLOGIA	19
5 ASPECTOS BUCOFACIAIS DA VIOLÊNCIA FÍSICA, SEXUAL E NEGLIGÊNCIA ODONTOLÓGICA	23
5.1 TRAUMA DENTÁRIO E AVULSÕES	23
5.2 QUEIMADURAS E ARRANHÕES.....	29
5.3 LACERAÇÕES DE LÁBIO, LÍNGUA, MUCOSA BUCAL, PALATO (DURO E MOLE), GENGIVA ALVEOLAR E FREIO LINGUAL E BUCAL.....	32
5.4 FRATURAS ÓSSEAS E DESVIO DA ABERTURA BUCAL	35
5.5 HEMATOMAS EM DIFERENTES ESTÁGIOS E EQUIMOSSES.....	37
5.6 MARCAS DE MORDIDA.....	38
5.7 NEGLIGÊNCIA ODONTOLÓGICA.....	40
5.8 SINAIS DE ABUSO SEXUAL EM CRIANÇAS/ADOLESCENTES:	41
Lesões na Boca por Gonorreia	41
Sífilis.....	43
Condiloma Acuminado	44
6 O QUE FAZER AO CERTIFICAR CASOS DE VIOLÊNCIA INTERPESSOAL OU AO RECONHECER INDÍCIOS DELA?.....	46
6.1 FORMULÁRIO PARA REGISTRO DE INFORMAÇÕES DE VIOLÊNCIA INTERPESSOAL RELACIONADAS ÀS MANIFESTAÇÕES BUCAIS E FACIAIS	47
7 FICHA DE NOTIFICAÇÃO/INVESTIGAÇÃO INDIVIDUAL VIOLÊNCIA DOMÉSTICA/ INTRAFAMILIAR, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS INTERPESSOAIS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE	51
8 REDE DE ATENÇÃO À VÍTIMA DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA EM MONTES CLAROS.....	84
9 PROMOÇÃO À SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA NA FAMÍLIA E COMUNIDADE	86
BIBLIOGRAFIA CONSULTADA.....	92
APÊNDICE A - CONTATOS E ENDEREÇOS EM MONTES CLAROS, MG, BRASIL	100

APRESENTAÇÃO

Aos colegas cirurgiões-dentistas,

Este material destina-se a auxiliar cirurgiões-dentistas (CD) na atenção centrada às pessoas em situação de violência interpessoal e contém orientações para que exerçam seu compromisso ético e legal, diante do atendimento clínico a pacientes vítimas ou com suspeita de violência. O momento de consulta clínica se configura em uma ação fundamental na atenção às pessoas em situação de vulnerabilidade devido à violência.

Nessa perspectiva, o material foi desenvolvido para uso de cirurgiões-dentistas da rede de saúde pública, especificamente os da Atenção Primária à Saúde e para profissionais vinculados às instituições de formação em odontologia. No entanto, ele poderá ser adotado em qualquer nível de atenção no setor público, como também no serviço privado, caso seja de interesse do profissional inserido nesses diferentes contextos de atendimento odontológico.

Aqui vocês encontrarão uma sugestão de formulário para registros de lesões corporais, confirmadas ou suspeitas, provenientes de violência na região de cabeça e pescoço, contribuindo para que as informações sejam devidamente registradas e anexadas junto ao prontuário odontológico. Também, encontrarão orientações quanto ao acolhimento, abordagem no exame odontológico, aspectos orofaciais de violência física, sexual e de negligência odontológica, ficha de notificação compulsória e fluxo na rede de atenção. Os conceitos básicos de violência e prevenção da violência e promoção da saúde também foram temáticas exploradas.

O presente material consiste em um produto técnico, resultado de um estudo científico sobre violência doméstica em diferentes ciclos de vida. Foi desenvolvido por estudantes de mestrado vinculados ao Programa de Pós-Graduação em Cuidado Primário em Saúde – PPGCPS

da Universidade Estadual de Montes Claros – Unimontes. Contou com a participação de professores do ensino superior e alunos de iniciação científica, aos quais agradecemos os esforços em equipe na construção e consolidação deste trabalho.

Desejamos que esse compilado de informações seja útil no cotidiano dos colegas.

Larissa Souza Santos e Luis Paulo Morais Farias
(estudantes de mestrado do PPGCPS - Unimontes)

Simone de Melo Costa
(professora do PPGCPS - orientadora do trabalho)

1 VIOLÊNCIA: CONCEITOS, TIPOLOGIA E ATENÇÃO CENTRADA NA PESSOA

A violência é compreendida como um problema de saúde pública, extraclassista e de caráter universal (COELHO; SILVA; LINDNER, 2014). Pode ser definida como: qualquer ação intencional, perpetrada por indivíduo, grupo, instituição, classes ou nações dirigidas a outrem, que cause prejuízos, danos físicos, sociais, psicológicos e/ou espirituais (MINAYO; SOUZA, 1997). Envolve o uso intencional da força ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação. A tipologia proposta pela Organização Mundial da Saúde - OMS indica três grandes categorias de violência, que correspondem às características daquele que comete o ato violento: violência coletiva, violência autoinfligida e violência interpessoal (KRUG et al., 2002).

A **violência coletiva**, inclui os atos violentos que acontecem nos âmbitos macrosociais, políticos e econômicos e caracteriza-se pela dominação de grupos e do Estado. Nesta categoria, estão os crimes cometidos por grupos organizados, os atos terroristas, os crimes de multidões, as guerras e os processos de aniquilamento de determinados povos e nações (KRUG et al., 2002).

A **violência autoinfligida**, que é subdividida em comportamentos suicidas, e os auto-abusos. No primeiro caso, a tipologia contempla suicídio, ideação suicida e tentativas de suicídio. O conceito de auto-abuso nomeia as agressões a si próprio e as automutilações (KRUG et al., 2002).

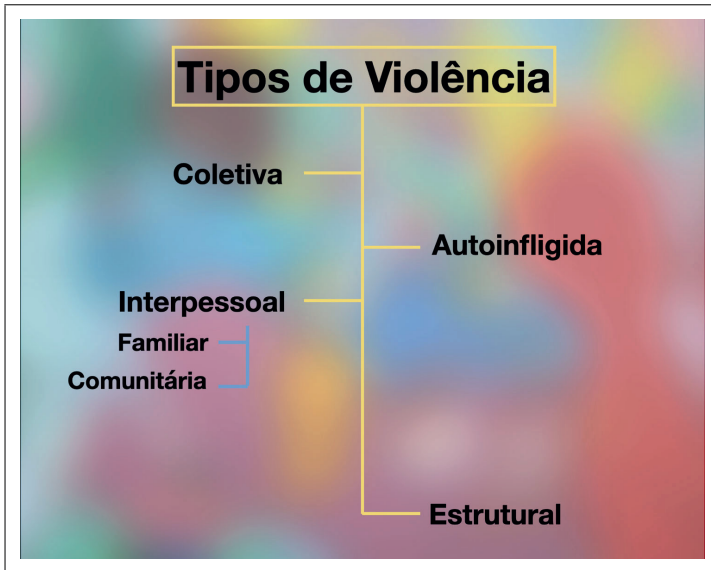
A **violência interpessoal**, subdivide-se em **violência familiar** e **violência comunitária**. Na **violência familiar** incluem-se a violência infligida pelo parceiro íntimo, o abuso infantil, a violência juvenil e o abuso contra os idosos. Na **violência comunitária**, incluem-se os atos aleatórios de violência, o estupro e o ataque sexual por estranhos, bem como a

violência em grupos institucionais, como escolas, locais de trabalho, prisões e asilos (KRUG et al., 2002).

A essa classificação, Minayo (2006) acrescenta a **violência estrutural**, que se refere aos processos sociais, políticos e econômicos que reproduzem a fome, a miséria e as desigualdades sociais, de gênero e etnia. Em princípio, essa violência ocorre sem a consciência explícita dos sujeitos, perpetua-se nos processos sócio-históricos, naturaliza-se na cultura e gera privilégios e formas de dominação.

A Figura 1 apresenta um consolidado da tipologia de violência exposta no texto acima.

Figura 1: Tipologia da Violência



Fonte: Produto técnico desenvolvido por Larissa Souza Santos, Luis Paulo Morais Farias e Simone de Melo Costa, 2022. Mestrado em Cuidado Primário em Saúde da Unimontes

No que diz respeito à abordagem das pessoas vítimas de violência, os profissionais que trabalham na Atenção Primária à Saúde (APS), comumente, são os primeiros a realizar o atendimento a esse público, que muitas das vezes ainda não foram atendidos em serviços de outros setores. Portanto, as pessoas vítimas de violência podem estar ainda

insuficientemente caracterizadas como tal, quando chegam aos serviços da APS (LEITE; FONTANELLA, 2019).

Quando a vítima de violência interpessoal chegar ao serviço de saúde, sugere-se que a abordagem do profissional seja com base na atenção centrada na pessoa. Para melhor entendimento dessa modalidade de atenção, seguem características do método centrado na pessoa comparado ao método centrado na doença (Quadro 1).

Quadro 1: Comparação do Método Centrado na Doença com o Método Centrado na Pessoa.

	MÉTODO CENTRADO NA DOENÇA	MÉTODO CENTRADO NA PESSOA
Objeto	Doença	Problema
Agentes	Profissional de Saúde	Pessoa e equipe profissional da Saúde.
Meios	• Meio materiais: salas, equipamentos, insumos, etc; • Conhecimento da clínica, como conhecimento - técnico - científico.	• Conhecer a pessoa e seus problemas; • Tratamento enfermidade • Conhecimento clínico ampliado, agregando outros conhecimentos importantes e necessários; transferência; vínculo; escuta qualificada; acolhimento; humanização; empatia, etc.
Produtos	• Realizar o diagnóstico, procedimentos propedêuticos (exames para serem feitos), orientações, encaminhamentos e prescrições de medicamentos, tratamento da doença.	• Conhecimento da pessoa, seus problemas e sua experiência com a doença; • Tratamento da enfermidade; • Projeto Terapêutico Singular.
Resultados	Paciente realiza adequadamente os procedimentos e segue as prescrições para chegar ao controle/cura da doença.	O projeto deverá ser capaz de levar a pessoa a fazer aquilo que for necessário ou possível para agregar valor na sua vida ou no modo de andar a vida. Sempre tomando como referência a autonomia do sujeito.
Finalidade		Autonomia no modo de andar a vida/ Empoderamento da Pessoa sobre sua vida (cuidar de si).

Fonte: Adaptado por Santos; Oliveira (2013) a partir de Balint (1957).

Nessa perspectiva, o encontro terapêutico entre as pessoas usuárias dos serviços de saúde e profissional prevê relação que demonstre interesse e empatia, em uma interação com o propósito de aliviar sofrimento ou alcançar o bem-estar (VILELA et al., 2014). Portanto, a relação deverá ser mediada por adoção de tecnologias leves de cuidado (relacionais), estabelecidas com interlocução, que possibilita falar, escutar e interpretar (MERHY; FRANCO, 2003).

2 NOTIFICAÇÃO:

ASPECTOS LEGAIS

É preciso ficar claro que a notificação compulsória de violência no âmbito da saúde **não é denúncia**. Trata-se de instrumento de garantia de direitos às pessoas em situação de violência. Após acolher o paciente/vítima e prestar o atendimento necessário, deve-se efetuar a notificação em ficha apropriada, disponibilizada pelo Ministério da Saúde (MS) e orienta-se para o seguimento na rede de proteção social (BRASIL, 2016).

A ficha de notificação faz parte da linha de cuidado às pessoas pacientes/vítimas e em situação de violência. A seguir, apresentamos orientações do MS brasileiro para notificação e atendimento aos casos de violência, conforme o público-alvo:

Notificação de violência contra crianças e adolescentes: os casos suspeitos ou confirmados deverão ser notificados no setor de saúde, pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). O caso obrigatoriamente será comunicado ao Conselho Tutelar (artigo 13 da Lei 8.069/1990), e este terá a atribuição de averiguar a situação de violência e acionar o Ministério Público, a autoridade policial e/ou a Justiça, quando houver necessidade.

Notificação de violência contra mulher: a Lei 13.931 de 2019 altera a Lei 10.778 de 2003, obriga profissionais de saúde a registrar no prontuário de saúde da paciente os casos de violência e comunicar a polícia, em 24 horas, os indícios de violência contra a mulher. A obrigatoriedade vale para serviços de saúde públicos e privados:

“Art. 1º. Constituem objeto de notificação compulsória, em todo o território nacional, os casos em que houver indícios ou confirmação de violência contra a mulher atendida em serviços de saúde públicos e privados.

§ 4º Os casos em que houver indícios ou confirmação de violência contra a mulher referidos no caput deste artigo serão obrigatoriamente comunicados à autoridade policial no prazo de 24 (vinte e quatro) horas, para as providências cabíveis e para fins estatísticos.” (Lei 13.931/2019).

Notificação de violência contra idosos: o Estatuto da Pessoa Idosa (Lei nº 10.741 de 01/10/2003) estabelece que casos de suspeita ou confirmados de violência contra idosos são de notificação compulsória, tanto pelos serviços de saúde públicos como nos serviços privados à autoridade sanitária e deverão ser obrigatoriamente comunicados pela autoridade sanitária à autoridade policial, ao Ministério Público e/ou Conselho da Pessoa Idosa (artigo 19 da Lei nº 10.741/2003).

Notificação de violência contra pessoas com deficiência: a Lei nº 13.146 de 2015 determina no artigo 26:

“Art. 26. Os casos de suspeita ou de confirmação de violência praticada contra a pessoa com deficiência serão objeto de notificação compulsória pelos serviços de saúde públicos e privados, à autoridade policial e ao Ministério Público, além dos Conselhos dos Direitos da Pessoa com Deficiência.”

Recomendações importantes: Para comunicar às instâncias de proteção e responsabilização, previstas legalmente, recomenda-se não enviar a cópia da ficha de notificação do Sinan, usada para informe no âmbito do setor saúde, vigilância epidemiológica do município. Isto porque, essa ficha contém informações para além do necessário do acompanhamento dos casos pelo Conselho Tutelar ou Ministério Público, conforme suas áreas de competência legal. Portanto, recomenda-se fazer um informe sucinto a esses setores, com informações mínimas necessárias para averiguar os fatos e tomar as medidas necessárias (BRASIL, 2016).

Nesta perspectiva, as fichas apresentadas neste manual se referem à notificação compulsória no setor saúde – ficha de notificação do Sinan (seção 7) e a ficha elaborada para informações adicionais ao prontuário odontológico da pessoa paciente/vítima de violência, com lesões/traumas na área de cabeça e pescoço (seção 6).

Cabe salientar que a linha de cuidado para a atenção integral à saúde desse público alvo inicia-se pelo acolhimento, seguido do atendimento clínico, notificação e orientações para seguimento na rede de cuidado e de proteção social.

3 ACOLHIMENTO À VÍTIMA DE VIOLÊNCIA

O acolhimento visa proporcionar um elo de confiança e compromisso entre os usuários, a equipe e os serviços de saúde. O efeito da acolhida é ação fundamental para a humanização em saúde e depende especialmente de atitudes dos profissionais (BRASIL, 2010).

O processo do acolher envolve a identificação da vítima, a abordagem multiprofissional, o registro e a notificação, bem como a escuta qualificada pelos profissionais da equipe, com as devidas orientações capazes de romper o ciclo de violência. Dessa forma, os trabalhadores da saúde estarão aptos a ouvir e compreender as necessidades da vítima (BRASIL, 2010).

Para mais, o acolhimento não é um espaço ou um local, mas uma postura ética. Não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo, implica compartilhamento de saberes, angústias, tomando para si a responsabilidade de “abrigar e agasalhar” outrem em suas demandas. Nesse contexto, o acolhimento exige a responsabilidade e a resolutividade sinalizadas por cada caso em questão. Inclusive durante um atendimento odontológico é possível acolher uma vítima de violência. Não se constitui como uma etapa do processo, mas como ação que deve ocorrer em todos os locais e momentos de cada serviço de saúde. Assim, colocar em ação o acolhimento, como diretriz operacional, determina mudanças no fazer em saúde e expande o olhar do cuidado, que implica ações como:

- Protagonismo de sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde;
- Valorização e abertura para o encontro entre os profissionais da equipe de saúde, o usuário e sua rede social, como meta fundamental das demandas de saúde;
- Reorganização dos serviços de saúde a partir de problematização dos processos de trabalho, planejando a intervenção em cada equipe multiprofissional encarregada de escuta e resolução de problemas do usuário em todos os níveis de atenção à saúde (BRASIL, 2010).

Vale ressaltar, que a **violência interpessoal** possui causas multifatoriais e necessita de uma intervenção interdisciplinar para um atendimento resolutivo, e o CD tem papel e importância crucial no acolhimento, na identificação, notificação e intervenção das situações de violência, pois comumente a vítima pode apresentar traumas na região da face, como ao redor dos olhos, seios da face, lábios, dentição e cavidade bucal. Exige-se habilidade no manejo dessas situações, posicionando o CD como aliado no cuidado integrado da saúde bucal da vítima em questão (BRASIL, 2010).

Nesse cenário, o CD depara-se com a missão de evitar “as formas traumáticas de intervenção”, e precisa estar sensibilizado, bem como capacitado para identificar e tratar os pacientes que apresentem sinais relacionados ao abuso e à agressão, possibilitando, dessa forma, um atendimento integrado e de qualidade aos envolvidos, particularmente no que se refere à reabilitação bucal.

Seguem abaixo pontos que todo CD deve levar em consideração:

- Ser solidário, não ignorar prováveis condições de vulnerabilidade;
- Disponibilizar tempo para uma conversa tranquila;
- Manter sigilo das informações e postura ética mediante os fatos;
- Notificar o caso;
- Colocar-se no lugar do(a) paciente;
- Evitar a revitimização;
- Não emitir juízo de valor;
- Afastar e evitar culpas;
- Validar o sofrimento.
- Ter conduta profissional frente à demanda do usuário, correspondendo às expectativas e necessidades individualizadas;
- Não fazer perguntas indiscretas e desnecessárias (evitar pressionar a vítima ou familiar para obtenção de informações, não perguntando de forma direta os detalhes da violência) (LONDRINA, 2016);
- Analisar em equipe soluções possíveis para cada situação de violência,

confirmadas ou suspeitas. As medidas protetivas e tomadas de decisão devem ser em conjunto, a partir de evidências científicas, e sempre após prestar o acolhimento e o atendimento clínico (LONDRINA, 2016).

Reitera-se que o atendimento acolhedor, receptivo e, acima de tudo, humano pode ajudar vítimas de violência interpessoal a superar o transcurso dessa situação. Portanto, é desafiante para os CD proporcionarem o cuidado integrado e de qualidade à saúde bucal de cada usuário, como também notificar os casos de violência por eles reconhecidos e atendidos. No entanto, é preciso que em toda essa trajetória o profissional esteja sensibilizado, igualmente respeitar e refletir de forma singular, mas sempre com abordagem multiprofissional.

A complexidade da problemática violência exige o cuidado multiprofissional, envolvendo além da vítima, família e comunidade. A atuação da área de saúde mental é fundamental, e pode se fazer necessária, desde o acolhimento, ou durante a avaliação e o tratamento. No âmbito da saúde pública, pode-se contar com as equipes multiprofissionais, especialmente compartilhando os casos nas reuniões de apoio matricial aos profissionais das equipes de Saúde da Família (LONDRINA, 2016).

4 CONDOTA CLÍNICA NO ÂMBITO DA ODONTOLOGIA

Conforme o Capítulo I, Art.3º do Código de Ética da Odontologia (CFO 118/2012), a odontologia é tida como serviço público, sendo assim é responsável pela saúde e bem estar social de todos os indivíduos. Na rotina odontológica, o CD pode encontrar-se, profissionalmente, envolvido em uma situação de violência, como identificação dos sinais de violência ou tratamento das lesões decorrentes das agressões sofridas pela vítima. Em ambos os casos, existem normas e leis que explicitam a conduta profissional a ser adequadamente tomada, cabendo até mesmo punição para aquele que se posicionar de forma omissa (SILVA et al., 2010).

A violência física, de modo geral, é a modalidade que pode ser mais frequentemente diagnosticada na prática clínica odontológica (SILVA et al., 2010). A predominância de lesões de cabeça e pescoço em casos de agressão torna evidente a importância da atuação do CD frente aos atendimentos às vítimas de violência (GARBIN et al., 2006). Sendo a face uma região de fácil acesso, e também vulnerável, pois dela demandam funções essenciais para o corpo humano, a própria acaba tornando-se alvo fácil de agressões durante brigas e conflitos corporais (CASTRO, 2011).

Cabe ao CD a identificação e o diagnóstico dos casos de alterações nas estruturas bucais e anexas. Para isso, torna-se imprescindível um exame clínico detalhado, ordenado e completo, composto por anamnese e exame físico intrabucal e extrabucal (MARSI et al., 2009; MARTELLI; MARTELLI, 2020). Quando o CD identificar uma situação desse tipo, ele deve proceder ao registro das lesões presentes nos tecidos moles e mineralizados do complexo bucomaxilofacial. As lesões devem ser identificadas quanto à natureza, à localização, à extensão, à coloração, aos dentes e às faces dentárias envolvidas, à época em que foram produzidas, bem como outras informações que forem passíveis de descrições (SIMÕES, 2001; SILVA et al., 2010). Todos esses dados devem ser anotados no prontuário do paciente, não podendo ser suprimidas outras informações necessárias para o delineamento e a execução do plano de tratamento, como a anamnese e o inventário de saúde.

Há diferentes propostas para se identificar pessoas em situação de violência, tais como:

- a. Acolher o relato espontâneo;
- b. Perguntar em casos de suspeitas.

Nos casos suspeitos o questionamento pode ser direto ou indireto, dependendo do contexto de cada caso:

Exemplos de perguntas diretas sugeridas na literatura (LONDRINA, 2016):

- “Como você deve saber, hoje sabemos que muitas pessoas são agredidas física, psicológica ou sexualmente, e sabemos que isto pode afetar a saúde mesmo anos mais tarde. Isto aconteceu alguma vez com você?”
- “Já vi problemas como o seu em pessoas que são fisicamente agredidas. Isto aconteceu com você?”
- “Alguém lhe bate?”
- “Você já foi forçada a ter relações sexuais com alguém?”

Exemplos de perguntas indiretas (LONDRINA, 2016):

- “Está tudo bem em sua casa, com seu companheiro (a)?”
- “Você está com problemas no relacionamento familiar?”
- “Você se sente humilhada(o) ou agredida(o)?”
- “Você acha que os problemas em casa estão afetando sua saúde?”
- “Você e seu marido (ou filho, ou pai, ou familiar) brigam muito?”
- “Quando vocês discutem, ele fica agressivo?”

Com relação à **violência física**, conforme o instrumento utilizado no ato de violência, a intensidade do uso, a localização do trauma e a distribuição da lesão, pode-se identificar os sinais dos traumas oriundos da violência. No caso de crianças ou adolescentes, deve-se suspeitar de violência, diante dos sinais gerais físicos, observados durante o atendimento clínico:

- **Lesões colocadas como “acidentais”, mas que não são compatíveis com a idade ou com o desenvolvimento psicomotor da criança/adolescente:** como exemplo, fraturas de crânio em bebês abaixo de quatro meses, ainda sem capacidade de rolar ou se arrastar, com relatos de queda acidental a partir do trocador ou do berço.
- **Lesões em vários estágios de cicatrização ou cura:** casos de traumas sucessivos, como hematomas em diversas regiões do corpo e com diferentes colorações. Também, achados de fraturas recentes e antigas.
- **Lesões bilaterais ou simétricas:** indicam traumas sucessivos ou que houve planejamento para lesionar a vítima, como as lesões bioculares, as fraturas de crânio bilaterais, as fraturas simétricas de costelas, e que não estão relacionadas a ocorrência de grandes traumatismos, por exemplo, acidentes de trânsito.
- **Lesões em áreas cobertas ou que habitualmente ficam protegidas:** lesões em regiões laterais de tronco, interna de braços ou coxas, região perineal ou genital, pescoço e axilas (PFEIFFER; WAKSMAN, 2004).

Faz-se importante, quando a violência não é relatada/confirmada, descartar outras possíveis causas para as lesões, antes de afirmar com convicção que a criança/adolescente está sofrendo violência.

Exames de laboratório podem ser necessários para sanar dúvidas sobre causas de sinais e sintomas clínicos identificados em paciente criança ou adolescente que não sejam resultados de violência física. Por exemplo, os hematomas decorrentes de problemas de coagulação sanguínea. Nessa perspectiva, exames de sangue seriam importantes no diagnóstico diferencial (BRASIL, 2010).

Reforça-se que a conduta clínica deve ser sempre singularizada. Deve-se considerar alguns aspectos, como idade da vítima de violência, situação familiar, proximidade do agressor, existência de uma rede de apoio às pessoas vítimas de violência, caso de violência suspeito ou confirmado, informações como risco de revitimização ou até mesmo de óbito (BRASIL, 2010), na perspectiva da atenção centrada na pessoa.

O atendimento clínico odontológico pressupõe também identificar e diagnosticar doenças sexualmente transmissíveis. De uma forma geral, elas se manifestam mais tardiamente na cavidade bucal, e podem

se relacionar a episódios passados de violência, nem sempre relatados. Inclui-se a averiguação de presença de infecções oportunistas fúngicas (candidíases em suas diversas formas), infecções bacterianas (tais como, eritemas e gengivites ou as periodontites ulcerativas necrosantes), infecções virais (como exemplos, herpes simples, HPV e leucoplasias) e também lesões neoplásicas comuns em pessoas infectadas pelo HIV (COLOMBO-PR, 2012).

Os exames de imagem odontológica e demais documentos produzidos em decorrência do atendimento clínico da vítima devem ficar arquivados junto com o prontuário do paciente, com o intuito de cumprir a orientação contida no Código de Ética Odontológica (BRASIL, 2012), que é a de “elaborar e manter atualizados os prontuários de pacientes, conservando-os em arquivo próprio”.

Após o atendimento clínico, deve-se garantir ao paciente o acompanhamento pelo pré-agendamento para o seguimento na Unidade de saúde, e encaminhar aos serviços de referência, de acordo com as demandas de cada caso (COLOMBO-PR, 2012).

Caso um procedimento policial seja instaurado, a autoridade poderá requisitar as informações relacionadas ao atendimento clínico efetuado (BRASIL, 2006), e o paciente tem direito ao acesso de dados contidos em seu prontuário (BRASIL, 2012). São essas informações clínicas que propiciarão ao perito estabelecer o nexo de causalidade entre as lesões identificadas e/ou tratadas pelo CD e os fatos de agressão alegados em juízo (SILVA et al., 2009), incluindo a negligência odontológica.

5 ASPECTOS BUCOFACIAIS DA VIOLÊNCIA FÍSICA, SEXUAL E NEGLIGÊNCIA ODONTOLÓGICA

O CD é o profissional na área da saúde com maiores chances de detecção de lesões provenientes de violência interpessoal. Também, é o profissional de extrema importância na atuação da reabilitação física das vítimas de violência, sendo obrigatória a notificação dos casos em que são observadas lesões de natureza física (SILVA et al., 2010).

Algumas das lesões provocadas por atos de violência são classificadas penalmente como graves ou gravíssimas. Essas são: as fraturas na maxila e na mandíbula que resultam em incapacidades ou limitações, como falar e comer, por mais de 30 dias; as fraturas dentárias com a perda da coroa, perdas dentárias decorrentes de fratura radicular ou coronoradicular, avulsão dentária e outras situações que prejudiquem permanentemente as funções mastigatória e/ou fonética ou comprometam de forma definitiva a estética dentária durante o sorriso ou a conversação; lesões nos tecidos moles da face e que comprometam significativamente a estética facial, tanto pela presença de cicatrizes como por paralisia dos músculos da expressão facial (deformidade permanente), como também lacerações de lábios e da língua, palato duro e palato mole, gengiva alveolar, contusões, presença de queimaduras, machucados na comissura labial, acompanhadas ou não de hematomas e perdas dentárias (SILVA et al. 2010).

A seguir serão descritas as lesões mais comumente observadas, durante o atendimento clínico odontológico, em pessoas vítimas de violência interpessoal:

5.1 TRAUMA DENTÁRIO E AVULSÕES

O trauma dentário e as avulsões são comuns, principalmente durante a infância, sendo ainda consideradas situações de urgência odontológica, pois impactam nas estruturas pulpares e periodontais. Podem ocasionar danos irreversíveis, podendo levar à perda do elemento dental, dor,

danos estéticos, funcionais e psicológicos, de forma que as consequências do trauma podem variar desde uma simples fratura até o deslocamento total do elemento dentário do alvéolo (COSTA et al., 2014).

Os tipos de trauma dentário podem acontecer em tecidos duros do dente e polpa, onde se enquadram as trincas de esmalte, fratura de esmalte, fratura de esmalte e dentina, fratura de esmalte e dentina com exposição pulpar, fratura coronoradicular com ou sem exposição da polpa e fratura radicular. Também pode acontecer em tecidos moles, sendo os tecidos de suporte ou periodontal, como a concussão, subluxação, luxação lateral (com e sem deslocamento, com ou sem mobilidade), luxação extrusiva, luxação intrusiva e avulsão (ANDREASEN; ANDREASEN, 2001).

A etiologia dos traumatismos dentais pode variar, sendo os principais fatores: quedas, colisões contra pessoas ou objetos, violência, maus-tratos, prática de esportes e acidentes automobilísticos. Em relação à violência e maus-tratos, como fatores etiológicos, a agressão física é uma causa frequente dos traumatismos dentários. Identifica-se que 50% das lesões por agressão encontram-se na face e envolvem a cavidade bucal. Além disso, esse tipo de traumatismo geralmente resulta em um padrão de trauma peculiar caracterizado por luxação e avulsão dos dentes, bem como fraturas das raízes e/ou do osso alveolar. Podem estar associados ou não com lesões em outros lugares do corpo (GALVÃO, 2021).

Os traumatismos dentais podem ser classificados de acordo com diversos fatores, tais como etiologia, anatomia, patologia ou prognóstico. As características econômicas, educacionais ou sociais não podem prenunciar a agressão. Em geral, a suspeita de agressão poderia ser levantada quando há um atraso considerável entre o momento do trauma e a apresentação para o tratamento, evidência de traumas repetidos na face e pescoço, ou ainda um histórico anterior de agressão, de forma que traumas de épocas diferentes indicam mais de um episódio de agressão. Ademais, o CD deve observar se as explicações para o traumatismo vão ou não de encontro com os achados clínicos, além disso, se a explicação possui mudanças nas versões cada vez em que é contada (ANDREASEN; ANDREASEN, 2001; COSTA, 2014).

A intervenção emergencial para traumatismos dentais e avulsões é fundamental para o sucesso do tratamento e deve iniciar imediata-

mente após o trauma (Figura 2 e Figura 3). Em casos de avulsão, o paciente deve manter a calma, morder uma gaze ou um pano limpo para controlar o sangramento. Em seguida, procurar o dente; achando-o, segurá-lo pela coroa sem encostar-se na raiz, lavando-o cuidadosamente em água corrente, sem esfregar. Logo depois, colocar o dente no lugar, comprimi-lo por 15 minutos e procurar um CD imediatamente. Caso não consiga colocar o dente no lugar, mantê-lo hidratado em soro fisiológico, saliva, leite ou, em última hipótese, em água. No caso de dente de leite avulsionado, este não deve ser reimplantado (ISHIDA et al, 2014).

Figura 2: Traumatismo anterior, dentição decídua, com luxação lateral



Fonte: Andreasen; Andreasen, 2001.

Figura 3: Contenção temporária de coroas combinadas para o tratamento de fraturas coronárias e Luxação dental



Fonte: Andreasen; Andreasen, 2001.

Na Figura 4, observa-se lesão dentária do tipo fratura radicular luxada lateralmente.

Figura 4: Fratura radicular, com luxação lateralmente do elemento dental



Fonte: Andreasen; Andreasen, 2001.

Há situações em que ocorre a luxação extrusiva do dente, conforme demonstrado na Figura 5, ou a avulsão de elemento(s) dentário(s).

Figura 5: Luxação dentária extrusiva



Fonte: Andreasen; Andreasen, 2001.

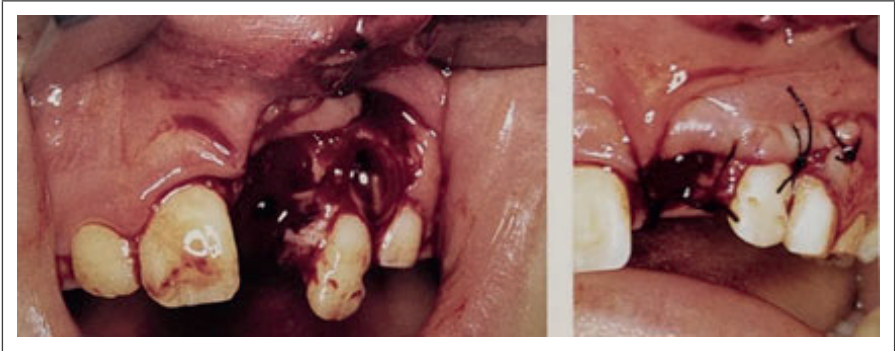
Figura 6: Incisivos permanentes avulsionados



Fonte: Andreasen; Andreasen, 2001.

Em consequência de violência física, a lesão dentária pode provocar a perda de tecidos moles, tal como gengival devido à avulsão dentária (Figura 6).

Figura 7: Perda de tecido gengival pela avulsão dentária



Fonte: Andreasen; Andreasen, 2001.

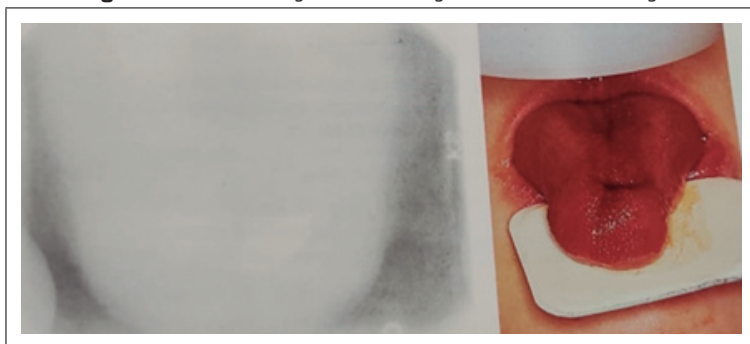
A língua também é uma parte da cavidade bucal exposta a lesões decorrentes de violência física, como lesão penetrante (Figura 8) com fragmentos dentais no interior da língua (Figura 9).

Figura 8: Lesão penetrante na língua



Fonte: Andreasen; Andreasen, 2001.

Figura 9: Exame radiográfico com fragmentos dentais na língua



Fonte: Andreasen; Andreasen, 2001.

A abordagem terapêutica do CD está diretamente relacionada ao tipo de trauma ocorrido, sendo o tratamento diferente para cada situação, a depender do grau de envolvimento. Para mais, a experiência do profissional é essencial para o bom andamento do tratamento após o traumatismo, sendo necessário, inicialmente, acalmar o paciente e ou responsáveis, para que se consiga obter informações precisas durante a anamnese, a fim de se estabelecer um diagnóstico correto e confiável, por meio de perguntas simples sobre onde, como e quando ocorreu o trauma, fornecendo o tratamento odontológico e reconhecendo a possibilidade de violência, encaminhando o paciente para um exame médico e se necessário, informar as autoridades adequadas sobre sua suspeita (GALVÃO, 2021; MASSONI, 2010).

5.2 QUEIMADURAS E ARRANHÕES

As queimaduras são lesões que acometem tecidos orgânicos e são originadas de estímulos dos tipos térmicos, químicos, elétricos, radioativos e congeladuras. Essas lesões podem ser causadas principalmente por contato direto com o fogo, escaldamento, toque em superfície aquecida, exposição à fumaça e corrente elétrica. Quanto ao acometimento, as queimaduras geram destruição parcial ou total da pele e seus anexos, como tecido celular subcutâneo, músculos, tendões e ossos. Sendo que a profundidade da lesão é utilizada para classificação em grau: primeiro, segundo e terceiro (DALLA-CORTE et al., 2019).

Queimaduras consideradas de 1º grau são mais superficiais e acometem somente a epiderme (Figura 10), as de 2º grau possuem uma profundidade um pouco mais extensa lesando também a derme e alguns dos anexos cutâneos (Figura 11). As de 3º grau atingem todas as camadas da pele, podendo afetar músculos, ossos, ligamentos, entre outras estruturas, de acordo com o local da lesão (Figura 12) (SOUZA et al., 2019). Além disso, existem variações quanto aos sinais e sintomas de cada grau de queimadura. As lesões de primeiro grau apresentam dor, edema, vermelhidão, com descamação de 4 a 6 dias da área afetada. Nas de segundo grau, ocorrem formações bolhosas e podem durar de 6 a 17 dias. As de terceiro grau são mais graves, e apresentam lesões com aspecto seco e branco/acinzentado, indolores e geram deformidades (CARNEIRO et al., 2021). Outro exemplo de queimadura, é a lesão por exposição solar, como apresentado na Figura 13, em que idosa hipertensa e diabética sofreu queda acidental da própria altura, ficando impossibilitada de se levantar pela idade avançada e doença de Parkinson, e teve ambas as pernas expostas ao sol das 8 às 13 h. (ZANASI-JR et al., 2007).

Figura 10: Queimadura de 1º grau, que acomete somente a epiderme, em região de tórax.



Fonte: Douglas; Dunne; Rawlins, 2017.

Figura 11: Queimadura de 2º grau, em região de tórax, com lesão em derme e alguns dos anexos cutâneos.



Fonte: Douglas; Dunne; Rawlins, 2017.

Figura 12: Queimadura de 3º grau, em região de antebraço, atingindo todas as camadas da pele.



Fonte: Douglas; Dunne; Rawlins, 2017.

Figura 13: Queimadura de 3º grau por exposição solar em idosa diabética.

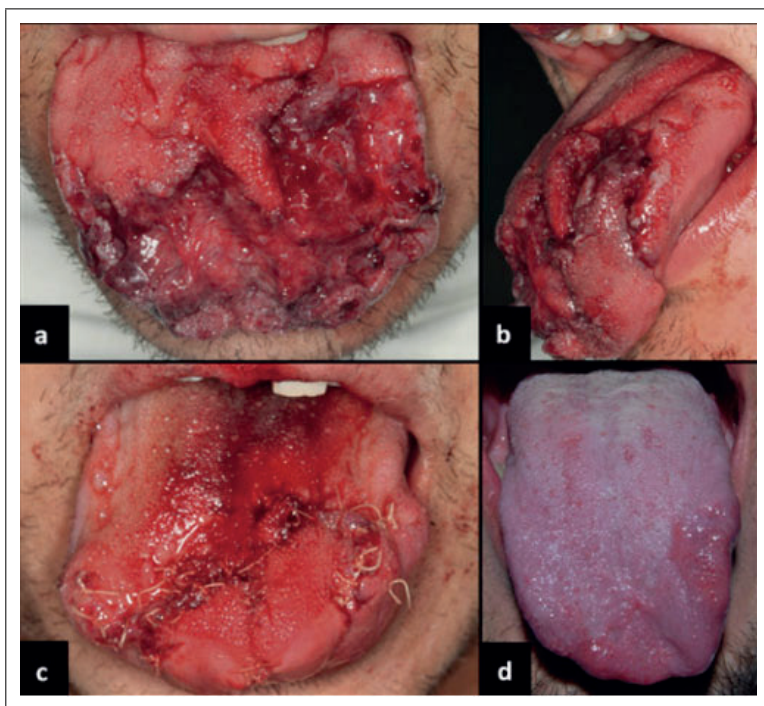


Fonte: Zanasi-Jr et al., 2007.

5.3 LACERAÇÕES DE LÁBIO, LÍNGUA, MUCOSA BUCAL, PALATO (DURO E MOLE), GENGIVA ALVEOLAR E FREIO LINGUAL E BUCAL

Laceração, o rompimento da pele ou outras estruturas, corresponde a danos talhantes ou terebrantes da estrutura epitelial, geralmente com profunda extensão, levando a dificuldade de fala e mastigação (KRAMER; FELDENS, 2013). A Figura 14 demonstra uma laceração extensa e profunda nos dois terços do dorso da língua (a e b). Sutura imediata do dorso da língua usando Vycril de sutura absorvível 4.0 (c). Um ano de pós-operatório com bom reparo tecidual e função preservada (d).

Figura 14: Laceração extensa e profunda nos dois terços do dorso da língua (a e b). Sutura imediata do dorso da língua usando Vycril de sutura absorvível 4.0 (c). Um ano de pós-operatório com bom reparo tecidual e função preservada (d).



Fonte: Machado et al., 2021.

A parte lacerada deve ser recolocada em sua posição original com o menor número de suturas internas e externas para favorecer uma melhor cicatrização, além de ser realizada uma boa limpeza da área, para obtenção da recuperação de forma breve (KRAMER; FELDENS, 2013).

O tratamento de lacerações orofaciais é complexo, devido a dificuldade de devolver a funcionalidade juntamente com a estética. Quando se refere a boca, tem-se o papel fundamental na mastigação, fala e sorriso, estando literalmente relacionada com a qualidade de vida e bem-estar. O CD deve estar apto para tratar esses casos, sabendo analisar bem a cor, textura, e sentido das fibras da região alvo, agindo de forma rápida para alcançar o resultado mais próximo do natural (DE AGUIAR et al., 2020).

A Figura 15 apresenta o pré-operatório de um paciente com extensa laceração em tecido mole (envolvendo lábio superior e mucosa vestibular) e fratura dento-alveolar. As etapas do pós-operatório foram apresentadas nas Figuras 16 e Figura 17.

Figura 15: Pré-operatório de paciente apresentando extensa laceração em tecido mole (envolvendo lábio superior e mucosa vestibular) e fratura dento-alveolar.



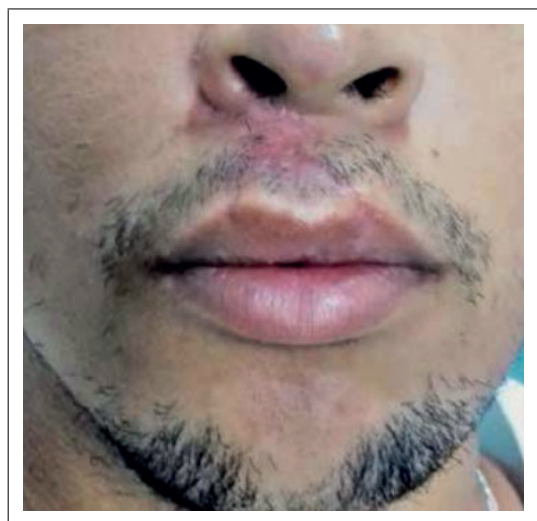
Fonte: De Aguiar et al., 2020.

Figura 16: Pós-operatório imediato: foi realizada a hemostasia e lavagem da região, reconstrução do lábio (A).



Fonte: De Aguiar et al., 2020.

Figura 17: Fotografia com 45 dias de pós-operatório: O paciente retornou para avaliação clínica apresentando discreta cicatriz em região de lábio superior sem intercorrências ou complicações (B).



Fonte: De Aguiar et al., 2020.

5.4 FRATURAS ÓSSEAS E DESVIO DA ABERTURA BUCAL

O profissional CD deve estar atento à história clínica e efetuar sempre um exame clínico minucioso. Deve identificar manifestações bucais de violência. Entre as lesões que podem acometer a boca e dentes, podem ocorrer lesões na articulação têmporo mandibular (ATM) e fraturas nos ossos da face (COLOMBO-PR, 2012).

De acordo com estudo realizado por Zamboni et al. (2017), das 153 fraturas faciais, atendidas na Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, de janeiro de 2004 à dezembro de 2008, 68 (44,5%) ocorreram no complexo zigomático, 65 (42,5%) osso mandibular; oito (5,2%) no osso maxilar; sete (4,5%) nos ossos próprios nasais e no arco zigomático. As fraturas podem ocorrer de forma isolada ou concomitante a outras lesões. O trauma de face frequentemente resulta em danos ao tecido ósseo, tecido mole e elementos dentários, causando prejuízo na função e estética do paciente (MACEDO, 2021).

Os acidentes automobilísticos são uma das causas mais significativas de traumas faciais (MACEDO, 2021), mas podem ser causadas também por quedas, força moderada repetida (também chamadas de fraturas por estresse), prática de certos esportes e distúrbios que podem enfraquecer os ossos, como alguns tipos de infecções, tumores ósseos e osteoporose. Além disso, as fraturas podem gerar ou vir acompanhadas de outras complicações, como danos em vasos sanguíneos e nervos, síndrome compartimental, embolia gordurosa e infecções, que surgem durante as primeiras horas ou dias após a lesão e problemas com articulações e cicatrização, que se desenvolvem com o passar do tempo (POZZI et al., 2011).

Um desvio é qualquer mudança da linha média mandibular durante a abertura, a qual desaparece durante o curso da abertura (retorno para a linha média), que pode ser causado por um desarranjo do disco em uma ou nas duas articulações e é o resultado do movimento condilar necessário para ultrapassar o disco durante a translação. Uma vez que o côndilo tenha ultrapassado esta interferência, retorna-se à linha média correta. Os desvios podem também ocorrer devido à subluxação na posição de abertura máxima, essa é uma desordem intracapsular, mas não necessariamente uma condição patológica (OKESON, 2008).

Um portador de fratura condilar também pode apresentar desvio mandibular em direção ao lado fraturado e desvio ao abrir a boca em direção ao lado fraturado, além de edema e dor localizada na região de articulação temporomandibular (ATM), limitação da abertura bucal, mudança da oclusão, entre outras condições (GOTO, 2007).

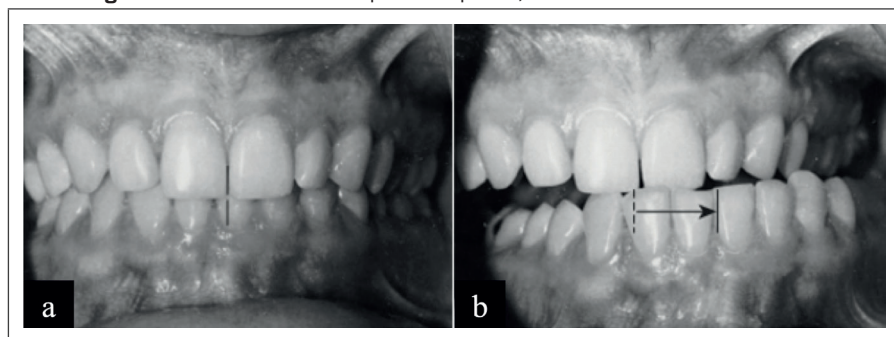
A Figura 18 apresenta exposição cirúrgica a uma fratura de parassínfise mandibular e a Figura 19 um desvio mandibular para a esquerda, indicativo de fratura mandibular, tanto na posição de máxima intercuspidação habitual (MIH) (a), quanto no movimento de protrusão mandibular (b).

Figura 18: Exposição de fratura de parassínfise mandibular



Fonte: Oliveira, 2021.

Figura 19: Desvio mandibular para a esquerda, indicando fratura na mandíbula



Fonte: Okeson, 2008.

5.5 HEMATOMAS EM DIFERENTES ESTÁGIOS E EQUIMOSES

O hematoma pode ser conceituado como acúmulo de sangue fora dos vasos sanguíneos, e surge como consequência de uma lesão ou trauma sofrido na parede celular da região (KUMAR; ABBAS; FAUSTO, 2010). Dessa forma, os hematomas podem estar presentes em diversas partes do corpo, como no fígado, crânio e na pele, especialmente nas coxas, nas nádegas e na parte superior dos braços (MOAKE, 2020). O surgimento do hematoma pode ser listado pelas seguintes causas: após procedimento cirúrgico, traumas (KUMAR; ABBAS; FAUSTO, 2010), doenças hepáticas (MOAKE, 2020) e superdosagens de fármacos anticoagulantes. Na região em que o hematoma se forma, ocorre um aumento de pressão e, consequentemente, surgem inchaço, dor e alterações na coloração da pele (KUMAR; ABBAS; FAUSTO, 2010). O hematoma apresenta diferentes estágios, variando a coloração da pele entre vermelho, roxo-azulado, verde, amarelo e castanho, respectivamente, de acordo com a evolução. O primeiro estágio, ocorre devido a degradação dos glóbulos vermelhos. Em até 48 horas, há a presença de hemoglobinas sem oxigênio, resultando na segunda coloração, roxo azulado. Entre 3 a 6 dias, a hemoglobina é degradada e forma-se a biliverdina, promovendo, assim, uma coloração esverdeada. Essa, por sua vez, é convertida em bilirrubina entre o 7º e o 10º dia, amarelando o local da lesão. Por fim, até 15 dias depois do trauma, a pele pode aparentar-se acastanhada, devido à hemossiderina, até desaparecer (KUMAR; ABBAS; FAUSTO, 2010).

Assim como o hematoma, a equimose está associada às mesmas causas, como traumas e uso de fármacos, e é conceituada como o extravasamento de sangue dos vasos sanguíneos que se rompem e geram infiltração nos tecidos da pele. Com isso, forma-se uma lesão de coloração roxa que se altera para amarela esverdeada entre uma e três semanas. Mesmo que apresente as mesmas causas e características que o hematoma, a equimose se diferencia, pois ocorre quando há o rompimento de vasos sanguíneos de menor calibre, mais superficiais e com menor quantidade de sangue (KUMAR; ABBAS; FAUSTO, 2010), como visto na Figura 20.

Figura 20: Equimose em região infra-orbital.



Fonte: Brasil, 2013.

5.6 MARCAS DE MORDIDA

As marcas geradas por mordida humana fornecem evidências que auxiliam na descoberta de possíveis agressões. O reconhecimento e a notificação de tais ferimentos podem interromper um ciclo de violência vivenciado por muitas vítimas (HINCHLIFFE, 2011).

Nesse contexto, é fundamental que os CD estejam familiarizados com as características clínicas de tais lesões, uma vez que podem ser facilmente observadas no consultório durante os atendimentos rotineiros (SWEET; PRETTY. 2001).

As marcas de mordidas humanas formam lesões em forma elíptica ou circular que registram as características específicas de cada dente. Podem estar presentes as formas dos dois arcos dentários, separados na base por um espaço aberto, ou pela marca de apenas um arco (HINCHLIFFE, 2011). Além das impressões dentais, hematomas também podem ser observados entre as marcas dos dentes em decorrência da pressão exercida sobre o tecido afetado (ROTHER; TSOKOS; HANDRICK. 2015).

No entanto, para que se possa estabelecer uma avaliação precisa, é fundamental que se tenha um diagnóstico diferencial entre mordida humana (adultos e crianças) e mordida animal. A mordida gerada por um

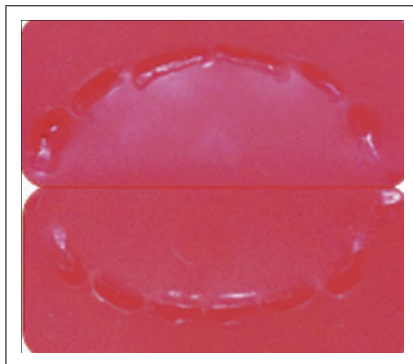
adulto pode ser distinguida com segurança de uma mordida gerada por uma criança, uma vez que em crianças o raio do arco é menor, ocorrem impressões de dentes individuais e da dentição decídua (ROTHER; TSOKOS; HANDRICK. 2015). Em humanos o tamanho do arco dentário varia de 25 a 45 mm e a forma pode ser oval, elíptica ou circular (KASHYAP et al. 2015).

Em animais, o formato de arco apresenta-se de circular a oval, e o tamanho varia conforme espécie e raça. A morfologia dos incisivos em humanos apresenta formas retangulares e a de caninos, por exemplo, apresentam formato triangular ou trapezoidal (Figura 1). Em cães, a morfologia dos incisivos varia de oval a retangular, enquanto a morfologia dos caninos apresenta formato oval ou arredondado (Figura 22) (KASHYAP et al. 2015).

Um parâmetro útil para diferenciar a mordida humana da mordida animal é a distância entre as marcas de dentes caninos, sendo esta menor em humanos se comparado aos cães. A distância entre os caninos superiores em um adulto pode variar de 25 a 45 mm, sendo em média 30 mm (TEDESCHI-OLIVEIRA et al. 2011).

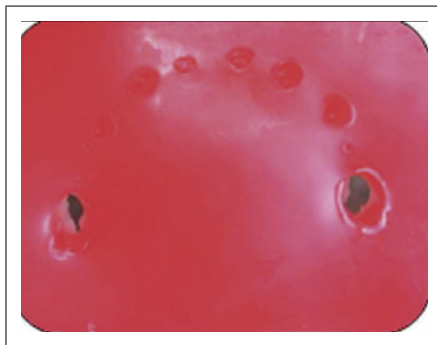
As marcas de mordidas cometidas por humanos incluem lesões por contusões, escoriações, lacerações e avulsão ocasional do tecido. Já as mordidas produzidas por cães e outros animais podem causar muitos danos com laceração e avulsão do tecido (TEDESCHI-OLIVEIRA et al. 2011). As Figuras 21 e 22 apresentam modelagem de mordidas em cera, sendo respectivamente mordida humana e mordida de cachorro.

Figura 21: Marca de mordida humana em cera de modelagem



Fonte: KASHYAP et. al. (2015).

Figura 22: Marca de mordida de cachorro em cera de modelagem



Fonte: Kashyap et al., 2015.

5.7 NEGLIGÊNCIA ODONTOLÓGICA

A negligência refere-se a omissão do responsável na garantia dos cuidados básicos do indivíduo, seja ele criança, adolescente, deficiente ou idoso. Na área odontológica, a negligência pode ser observada, por exemplo, na recusa do responsável em buscar tratamento para lesão de cárie visualmente não-tratada, infecções bucais, dor, sangramento ou trauma, que afetem a região orofacial. Além disso, implica em negligência quando o responsável demonstra desinteresse em dar prosseguimento ao tratamento sem justificativa, após realizado o diagnóstico e inteirado da condição bucal da criança (MASSONI et al. 2010). A Figura 23 demonstra extensas destruições coronárias causadas por não tratamento de lesões cariosas, em dentição decídua.

Figura 23: Extensas destruições coronárias e lesões cariosas



Fonte: Dainezi et al., 2015.

Vale ressaltar, que as situações encontradas na cavidade bucal precisam ser analisadas juntamente com as questões socioeconômicas e culturais, visto que dificuldades financeiras e geográficas constituem impedimentos na obtenção do acesso ao serviço de saúde, assim como a falta de informações, uma vez que há ainda a ideia de que a cárie e outros acometimentos da cavidade bucal são situações inerentes à vida do indivíduo (SOUZA et al., 2017).

O cuidado odontológico negligente geralmente tem como resultados a cárie dentária e infecções que quando não tratadas podem ocasionar complicações a longo prazo, como perda dentária, dificuldades na fala e mastigação, infecções generalizadas ou abscessos intra orais. Essas complicações podem interferir no aprendizado, comunicação e na alimentação, entre outras atividades importantes no crescimento e desenvolvimento da criança (HARTUNG et al., 2019).

De acordo com o código de ética odontológica é dever do CD zelar pela saúde e dignidade do paciente (BRASIL, 2012). Dessa forma, deve-se orientar pais ou responsáveis e notificar o caso suspeito. Em casos graves, a comunicação também necessita ser estendida à delegacia de polícia (BRASIL, 2016).

5.8 SINAIS DE ABUSO SEXUAL EM CRIANÇAS/ ADOLESCENTES:

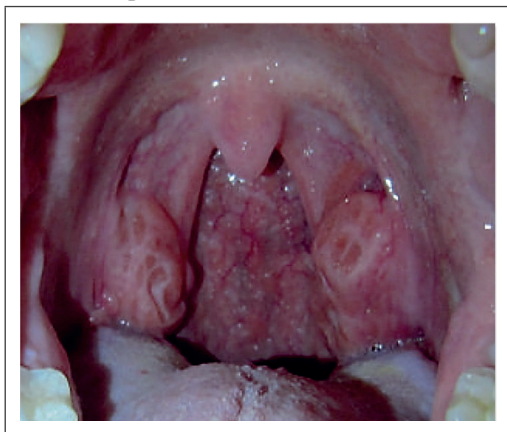
Lesões na Boca por Gonorreia

A gonorreia é uma doença infectocontagiosa causada pela bactéria *Neisseria gonorrhoeae*, um diplococo gram-negativo, cuja transmissão ocorre geralmente por contato sexual ou perinatal. Trata-se da Infecção Sexualmente Transmissível (IST) mais comum entre as crianças vítimas de abuso sexual (MASSONI et al, 2010; PENNA et al, 2000).

Quanto à cavidade bucal, a infecção gonocócica pode ser assintomática ou apresentar a formação de inflamações ulcerativas agudas e dolorosas. As múltiplas ulcerações geralmente são acompanhadas por manchas avermelhadas e sangramento da mucosa. Também pode haver a descamação do epitélio e a formação de pseudomembranas nas cores branca, amarela ou cinza (QUEIRÓS; COSTA, 2019).

A manifestação mais comum consiste na faringite gonocócica, sendo geralmente acompanhada por relatos de dores de garganta, de intensidade leve a moderada, e por eritema orofaríngeo (Figura 24).

Figura 24: Faringite Gonocócica



Fonte: Yanes et al., 2013.

O aparecimento de lesões na porção anterior da cavidade bucal é menos comum e pode se apresentar por meio de eritemas, pústulas, erosões ou ulcerações (NEVILLE et al, 2016), como apresentado na Figura 25.

Figura 25: Necrose, supuração e hemorragia da gengiva inferior anterior.



Fonte: Neville et al., 2016.

Além disso, são sinais comuns da infecção a sensação de ardência e secura na boca e a dilatação adenomatosa do ducto da glândula parótida. Porém, os sítios mais suscetíveis às lesões e que merecem especial atenção por parte do CD são a faringe, a úvula e as tonsilas palatinas, as quais podem apresentar edemas, eritemas e pústulas puntiformes (CARVALHO; FERREIRA, 2019; YANES et al, 2013).

Sífilis

A sífilis é uma doença infecciosa causada pela bactéria *Treponema pallidum*. A infecção pode ser adquirida por meio do contato direto com lesões altamente infectantes, na maioria dos casos durante o contato sexual. Clinicamente, a sífilis é caracterizada por vários estágios e envolvimento simultâneo de diferentes órgãos e tecidos, incluindo a mucosa bucal, sendo que a cavidade bucal é o local mais frequente da manifestação extragenital da sífilis (SANTOS; SÁ; LAMARCK, 2019).

A maioria dos indivíduos com sífilis é assintomática e, quando apresenta sinais e sintomas, estes podem não ser percebidos e valorizados, por isso, toda erupção cutânea sem causa determinada deve ser investigada com testes para sífilis. Quando não tratada, pode evoluir para formas mais graves, comprometendo especialmente os sistemas nervoso e cardiovascular (SANTOS; SÁ; LAMARCK, 2019).

As manifestações bucais da sífilis ocorrem especialmente no estágio secundário da doença e o aspecto clínico das lesões pode ser bastante heterogêneo, incluindo manchas mucosas esbranquiçadas ou avermelhadas, principalmente na face, onde as pápulas tendem a agrupar-se em volta do nariz e da boca, simulando dermatite seborreica. As manifestações bucais mais comuns associadas à sífilis secundária são manchas mucosas esbranquiçadas ou avermelhadas, cobertas por uma pseudomembrana fibrinosa (Figuras 26 e 27) (KOJIMA; KLAUSNER, 2018). Nesse estágio a doença é altamente contagiosa e a sintomatologia desaparece em algumas semanas, independentemente de tratamento, trazendo a falsa impressão de cura (MATIAS et al., 2020).

Figura 26: Manifestações bucais da sífilis



Fonte: MATIAS, et al. (2020).

Figura 27: Manifestações bucais da sífilis.



Fonte: Matias et al., 2020.

Condiloma Acuminado

O condiloma acuminado é uma infecção sexualmente transmissível causada pelo papilomavírus humano (HPV) (NEVILLE et al., 2016). O condiloma acuminado se apresenta como múltiplos nódulos com contorno da superfície normalmente do tipo couve-flor. Essas lesões podem ser rosadas ou esbranquiçadas, pedunculadas ou sésseis (CASTRO et al., 2004). A ocorrência dessa lesão na cavidade bucal se dá, principalmente, pela prática de sexo oral com parceiro portador do vírus (FERNANDEZ; PÉREZ, 2017), conforme apresentado na Figura 28 e Figura 29.

Figura 28: Condiloma Acuminado em cavidade bucal



Fonte: CANGUSSU et al. (2020).

Figura 29: Condiloma Acuminado no lábio superior



Fonte: Neville et al., 2016.

O condiloma acuminado pode ser um indicativo de abuso sexual, se detectada em crianças. Entretanto, além do ato sexual ou trauma. Essa lesão pode ser transmitida verticalmente, da mãe para o bebê, durante o parto ou mesmo durante a gestação. É comum a presença desses condilomas nas regiões bucais e anogenitais simultaneamente (NEVILLE et al., 2016). Comumente, os condilomas acuminados bucais ocorrem no assoalho da boca, língua, mucosa bucal e palato mole (SEN et al., 2018).

6 O QUE FAZER AO CERTIFICAR CASOS DE VIOLÊNCIA INTERPESSOAL OU AO RECONHECER INDÍCIOS DELA?

É recomendável que o serviço de saúde estabeleça um plano de atenção, em uma linha de cuidado, com indicação do correto preenchimento de um modelo de prontuário único, a ser utilizado pelos diferentes profissionais. Todas as informações colhidas durante a consulta devem ser registradas, identificando se a fala foi da criança/adolescente, da família ou de uma outra pessoa acompanhante (BRASIL, 2010).

O preenchimento da documentação do prontuário deve ter clareza, com letra legível caso não informatizado, ser assinado e carimbado ao final. Deve conter registro completo de dados de exame físico (detalhamento das lesões, como região acometida, formato e dimensões), informações individuais e de familiares, uso de medicação, exames solicitados, procedimentos executados, tomada de decisão e encaminhamentos após o atendimento clínico, além de apresentar toda a cronologia dos atendimentos (BRASIL, 2010).

Diante deste contexto, desenvolveu-se um produto técnico no mestrado profissional em Cuidado Primário em Saúde, da Unimontes, que trata do formulário apresentado a seguir. O formulário para registro de **informações de violência interpeSSoal relacionadas às manifestações bucais e faciais** foi elaborado a partir da revisão de literatura pertinente ao tema violência interpeSSoal, com adaptações dos coordenadores do atual manual.

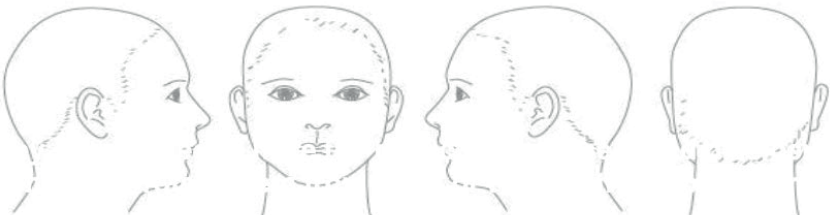
6.1 FORMULÁRIO PARA REGISTRO DE INFORMAÇÕES DE VIOLÊNCIA INTERPESSOAL RELACIONADAS ÀS MANIFESTAÇÕES BUCAIS E FACIAIS

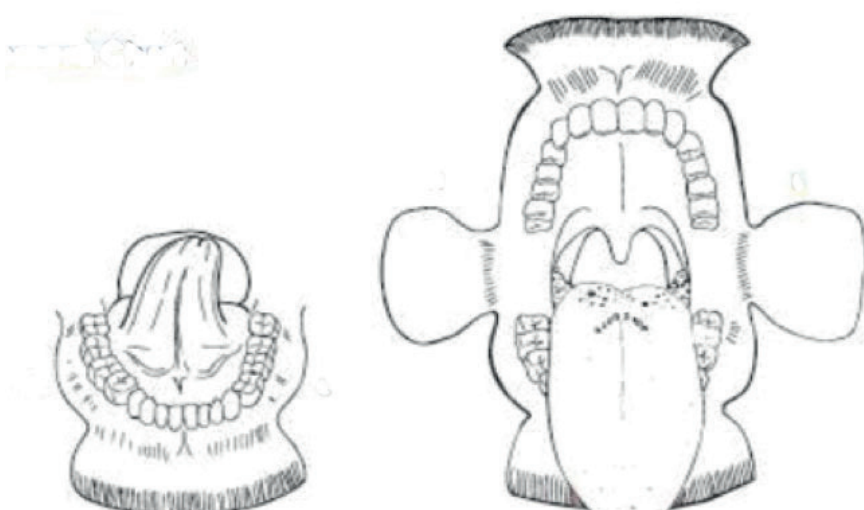
Sugere-se que para todo paciente considerado vítima de violência ou com suspeita de violência, que ao procurar o serviço odontológico, seja preenchido o formulário que apresentamos abaixo (Figura 28), para que seja anexado ao prontuário odontológico do paciente.

O formulário destina-se aos cirurgiões-dentistas. Ressalta-se, que ele não dispensa a obrigatoriedade de se realizar a notificação do caso de violência, por meio da ficha do Sinan, exposta na seção 7 do presente manual (Figura 30).

Figura 30: Formulário para registro de informações de violência interpeessoal relacionadas às manifestações bucais e faciais

FORMULÁRIO PARA REGISTRO DE INFORMAÇÕES DE VIOLÊNCIA INTERPESSOAL RELACIONADAS ÀS MANIFESTAÇÕES BUCAIS E FACIAIS			
Nome:			
Acompanhante e grau de parentesco (se vítima criança/adolescente):			
Data de nascimento:	___/___/___	Idade na data da consulta:	
Sexo:	() Feminino () Masculino		
Data da injúria:	___/___/___		
Hora da injúria:	___ : ___		
Data do atendimento:	___/___/___		
Hora do atendimento:	___ : ___		

Quem perpetrrou e que mecanismo utilizou para cometer a injúria (se relatou, quem relatou):		
Local da injúria:	Face () Cabeça () Intrabucal () Dentes ()	
Sinais de agressão na região extrabucal?	Lesão no olho Hematoma Abrasões Lacerações Queimaduras Mordidas Fraturas	() Sim () Não () Sim () Não () Sim () Não () Sim () Não () Sim () Não () Sim () Não () Sim () Não
	Outros sinais:	
Localização:		
		
Sinais de agressão na região intrabucal?	Hematoma Abrasões Lacerações Queimaduras Fraturas ósseas Laceração no freio labial Laceração no freio lingual Trauma no palato Trauma dental	() Sim () Não () Sim () Não () Sim () Não () Sim () Não () Sim () Não () Sim () Não () Sim () Não () Sim () Não () Sim () Não
Outros sinais:		

Localização:	
	
Alguma manifestação bucal que suspeita de abuso sexual? Qual?	
Impressões quanto a negligência odontológica (não-oferecimento de necessidades básicas da criança, com prejuízo ou risco como resultado de formas inadequadas de nutrição, higiene e supervisão):	
Registro/impressão da história relatada pelo responsável:	
Registro/impressão da história relatada pela criança:	

Detalhes e outras observações:	
Tomada de decisão clínica/ Procedimentos clínicos executados:	
Orientações/ Encaminhamentos	☐ Rede de assistência social (Cras; Creas) ☐ Rede de atendimento à mulher (Delegacia de Atendimento à Mulher) ☐ Conselho Tutelar ☐ Conselho do Idoso - delegacia de atendimento ao idoso ☐ Ministério Público ☐ Outras delegacias Outros: _____
Nome e assinatura do profissional que fez o atendimento	
Nome e assinatura do técnico em saúde bucal ou auxiliar de saúde bucal que acompanhou o atendimento	

Fonte: Produto técnico desenvolvido por Larissa Souza Santos, Luis Paulo Morais Farias e Simone de Melo Costa. Foi adaptado de Cairns; Mok; Welbury, 2005; Durkan; Murphy, 2019; Massoni et al., 2010.

7 FICHA DE NOTIFICAÇÃO/ INVESTIGAÇÃO INDIVIDUAL VIOLÊNCIA DOMÉSTICA/ INTRAFAMILIAR, SEXUAL E/ OU OUTRAS VIOLÊNCIAS INTERPESSOAIS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

A Portaria nº 420 de 02 de março de 2022, do Ministério da Saúde (MS) brasileiro, regulamenta a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública, incluindo: **violência doméstica e/ou outras violências, violência sexual e tentativa de suicídio.**

A notificação deve ser **preenchida em duas vias**: uma fica na unidade de saúde notificadora, enquanto a outra deve ser encaminhada ao setor municipal responsável pela Vigilância Epidemiológica ou Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT) para digitação e consolidação dos dados.

Os fluxos de referência e contrarreferência devem estar configurados em rede, envolvendo os serviços de saúde, assistência social, educação, conselhos tutelares, conselhos de direitos, de proteção, de justiça, além de organizações governamentais, não governamentais e setor privado. Propõe-se que a notificação represente um instrumento chave para a organização da gestão e dos serviços de atendimento e proteção integral destinado às pessoas em situação de violência.

Caso um evento violento envolver mais de uma vítima, para cada uma das vítimas deverá ser preenchida uma ficha de notificação individual. Deve-se realizar notificação de casos suspeitos ou confirmados de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades (Figura 31).

A referida ficha não se aplica à violência extrafamiliar com vítimas adultos (20 a 59 anos) do sexo masculino como, por exemplo, brigas

entre gangues, brigas nos estádios de futebol e outras. Esta modalidade de violência pode ser monitorada por meio de outros sistemas de informação e do componente do VIVA Sentinela (inquérito).

Figura 31: Ficha de notificação individual para violência doméstica/intrafamiliar, autoprovocada. Brasil, Ministério da Saúde.

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL		Nº
Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoa com deficiência, indígenas e população LGBT.				
Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual
	2	Agravado/doença		VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA
	3	Código (CID10)		Y09
	4	Data da notificação		
Dados de Residência	4 UF	5	Município de notificação	Código (IBGE)
	6	Unidade Notificadora		1- Unidade de Saúde 2- Unidade de Assistência Social 3- Estabelecimento de Ensino 4- Conselho Tutelar 5- Unidade de Saúde Indígena 6- Centro Especializado de Atendimento à Mulher 7- Outros
	7	Nome da Unidade Notificadora		Código Unidade
	8	Unidade de Saúde		Código (CNES)
Notificação Individual	10	Nome do paciente		11
	12	(ou) Idade		13
	13	Sexo		14
	15	Raça/Cor		16
Dados de Residência	17	Número do Cartão SUS		18
	19	UF		20
	21	Município de Residência		22
	23	Bairro		24
Dados Complementares	25	Logradouro (rua, avenida,...)		26
	27	Número		28
	29	Complemento (apto., casa, ...)		30
	31	Geo campo 1		32
Dados da Pessoa Atendida	33	Nome Social		34
	35	Situação conjugal / Estado civil		36
	37	Orientação Sexual		38
	39	Identidade de gênero:		40
Dados da Ocorrência	41	Possui algum tipo de deficiência/transorno?		42
	43	UF		44
	45	Município de ocorrência		46
	47	Bairro		48
Dados da Ocorrência	49	Logradouro (rua, avenida,...)		50
	51	Número		52
	53	Complemento (apto., casa, ...)		54
	55	Geo campo 3		56
Dados da Ocorrência	57	Ponto de Referência		58
	59	Zona		60
	61	Local de ocorrência		62
	63	Hora da ocorrência		64
Dados da Ocorrência	65	Local de ocorrência		66
	67	Local de ocorrência		68
	69	Local de ocorrência		70
	71	Local de ocorrência		72

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

Fonte: Brasil, 2016.

Orientações quanto ao preenchimento da ficha de notificação individual, apresentada na Figura 31:

Todas as orientações quanto ao preenchimento dos campos da ficha de notificação, descritas a seguir, foram retiradas do Manual do Ministério da Saúde, VIVA: Instrutivo - Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada, desenvolvido pela Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde, em 2016. Sendo que alguns trechos foram resumidos e outros foram retirados na íntegra (BRASIL, 2016).

As orientações do preenchimento foram descritas em 13 blocos, observando a sequência apresentada na própria ficha de notificação individual (Quadro 1).

Quadro 2: Descrição dos 13 blocos da ficha de notificação individual para violência interpessoal/autoprovocada

Bloco 1	Dados gerais
Bloco 2	Notificação individual
Bloco 3	Dados de residência
Bloco 4	Dados complementares
Bloco 5	Dados da ocorrência
Bloco 6	Violência
Bloco 7	Violência sexual
Bloco 8	Dados do(a) provável autor(a) da violência
Bloco 9	Encaminhamento
Bloco 10	Dados finais
Bloco 11	Informações complementares e observações
Bloco 12	Telefones úteis
Bloco 13	Notificador

Considera-se **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO** aquele cuja ausência de dados impossibilita a inclusão da notificação no Sinan (**DESTAQUE EM VERMELHO**); **CAMPO ESSENCIAL** aquele que, apesar de

não ser obrigatório, registra dados necessários à investigação do caso ou ao cálculo de indicador epidemiológico ou operacional (**DESTAQUE EM AZUL**) e **CAMPO CHAVE** aquele que identifica o registro no sistema (**DESTAQUE EM VERDE**), conforme apresentado no quadro 2.

Quadro 2: Destaque em cor conforme orientação para o preenchimento da ficha do Sinan.

	Campo obrigatório	A ausência de dados impossibilita a inclusão da notificação no Sinan
	Campo essencial	Apesar de não ser obrigatório, registra dados necessários à investigação do caso ou ao cálculo de indicador epidemiológico ou operacional
	Campo chave	Identifica o registro no sistema

A seguir consta a descrição dos 13 blocos de preenchimento da Ficha do Sinan, com respectivas orientações para o correto preenchimento pelo profissional de saúde, com destaques em cores conforme ser campo obrigatório, essencial ou chave:

BLOCO 1 – Dados gerais

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação		2 - Individual			
	2 Agravo/doença		VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA		Código (CID10) Y09	
	3 Data da notificação				Código (IBGE)	
	4 UF	5 Município de notificação				
	6 Unidade Notificadora		☐ 1- Unidade de Saúde ☐ 2- Unidade de Assistência Social ☐ 3- Estabelecimento de Ensino ☐ 4- Conselho Tutelar ☐ 5- Unidade de Saúde Indígena ☐ 6- Centro Especializado de Atendimento à Mulher ☐ 7- Outros			
	7 Nome da Unidade Notificadora		Código Unidade		9 Data da ocorrência da violência	
	8 Unidade de Saúde		Código (CNES)			

- Data da notificação:** preencher dia, mês e ano da notificação.
- Unidade Federativa:** sigla da unidade federativa (UF), local da notificação.
- Município de notificação:** onde está localizada a unidade de saúde e Código da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

6. **Unidade notificadora:** preencher o quadrículo com o código da unidade notificadora, dentre as opções da ficha.
7. **Nome da unidade notificadora:** nome completo ou o seu código.
8. **Unidade de saúde:** anotar o nome completo ou o seu código no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES).
9. **Data da ocorrência da violência:** Em caso de violência crônica ou de repetição, preencher a data da última ocorrência. Caso não consiga precisar a data, informar uma data aproximada.

BLOCO 2 – Notificação individual

Notificação Individual	10 Nome do paciente			11 Data de nascimento		
	12 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano		13 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	14 Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9- Ignorado		15 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado
	16 Escolaridade 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-E ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-E ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-E ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica					
	17 Número do Cartão SUS			18 Nome da mãe		

10. **Nome do paciente:** pessoa atendida/vítima de violência, conforme documento de identificação e não “nome social”. Caso não tenha o documento, anotar o nome informado. Não abreviar o nome. Quando não se sabe ou não se tem o nome do paciente, registrar nesse campo: “Nome Ignorado”.

OBS: Quando a pessoa atendida/vítima for travesti ou transexual, registrar o “nome social” no campo 33.

11. **Data de nascimento:** da pessoa atendida/vítima (dia/mês/ano). **Campo de preenchimento obrigatório, caso a idade não seja preenchida.**
12. **Idade:** se a data de nascimento for desconhecida, registrar a idade que a pessoa atendida/vítima tinha na ocasião da ocorrência da violência. Especificar, no quadrículo, o código

referente: se a idade informada é em horas, preencher com “1”; se for idade em dias, preencher com “2”; se for idade em meses, com “3”; se for idade em anos, com “4”. **Campo de preenchimento obrigatório, caso a idade não seja preenchida.**

Atenção! Caso não seja possível obter informação da idade, preencher os campos com a idade aparente. Quando esse for o caso, anotar no campo Observações Complementares: “idade estimada”.

- 13. Sexo:** da pessoa atendida/vítima (M – Masculino; F – Feminino; e I – Ignorado).

OBS: Quando a pessoa atendida/vítima for transexual, registrar essa informação no **campo 37**.

- 14. Gestante:** se for o caso, preencher o quadrículo com o código correspondente à idade gestacional, por trimestre.

Atenção: caso a vítima seja mulher não gestante preencher o quadrículo com o código “5 – não”. Caso seja homem ou possua idade incompatível com gravidez use o código “6 – não se aplica”. Se não dispuser de informações sobre esta condição, preencher com o código “9 – Ignorado”.

- 15. Raça/Cor:** preencher o quadrículo com o código correspondente à cor da pele, à raça ou à etnia declarada pela pessoa atendida/vítima.

Atenção: utilize o código 9 – Ignorado (ex.: pessoa/vítima inconsciente ou se a pessoa não souber informar).

- 16. Escolaridade:** preencher com o código correspondente à escolaridade declarada pela pessoa atendida/vítima. Considere a última série concluída com aprovação. Diante das modificações na nomenclatura dos níveis de ensino, sugere-se consultar o “Quadro de Equivalências entre Nomenclaturas de Ensino”. Cada série concluída corresponde a um ano de estudo (ex.: pessoa atendida/ vítima cursou quatro anos, porém não concluiu o último ano: a mesma deverá ser incluída na categoria 1ª a 4ª série incompleta do ensino fundamental (EF), que equivale a 1 a 3 anos de estudos concluídos).

Atenção: utilize o código 9 – Ignorado para pessoa atendida/vítima que não sabe ou não pode informar (ex.: pessoa/vítima inconsciente) e o código 10 – Não se aplica, para pessoa com idade inferior a 6 anos e pessoa com comprometimento mental. Ex.: paralisia cerebral moderada ou grave.

- 17. Número do Cartão SUS:** Cartão Nacional de Saúde do SUS.

- 18. Nome da mãe:** anotar o nome completo da mãe conforme documento de identificação (não abreviar o nome). Caso não tenha o documento, anotar o nome informado.

BLOCO 3 – Dados de residência

Dados de Residência	19 UF	20 Município de Residência	Código (IBGE)	21 Distrito
	22 Bairro	23 Logradouro (rua, avenida,...)	Código	
	24 Número	25 Complemento (apto., casa, ...)	26 Geo campo 1	
	27 Geo campo 2	28 Ponto de Referência	29 CEP	
	30 (DDD) Telefone	31 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	32 País (se residente fora do Brasil)	

19. UF: sigla da unidade federativa de residência da pessoa atendida/vítima. Campo de preenchimento obrigatório, se for residente no Brasil.

Atenção: para pessoas em situação de rua, adotar o endereço da Unidade Socioassistencial do território ou, quando não for possível adotar o endereço do local de maior permanência da pessoa. Registrar que trata-se de pessoa em situação de rua no campo das informações complementares e observações.

- 20. Município de residência:** da pessoa atendida/vítima, se for residente no Brasil. Informar o código do IBGE referente ao município. Campo de preenchimento obrigatório quando a UF é informada.
- 21. Distrito:** anotar o nome do distrito de residência da pessoa atendida/vítima (Distrito Administrativo ou Sanitário e outros, de acordo com critério local).
- 22. Bairro:** ou do setor de residência da pessoa atendida/vítima (ou o código correspondente ao bairro, segundo cadastro do Sinan estadual).
- 23. Logradouro (rua, avenida etc.):** anotar o tipo (avenida, rua, travessa etc.) e nome completo ou código (quando houver) correspondente ao logradouro da residência da pessoa atendida/vítima. Se residir em aldeia ou quilombo, anotar o nome deles.
- 24. Número:** da residência da pessoa atendida/vítima.

- 25. **Complemento (apartamento, casa, etc.):** anotar o complemento do logradouro da residência da pessoa atendida/vítima (Ex.: bloco B, apto. 402 etc.).
- 26. **Geocampo 1:** exigido apenas para os municípios que realizam georreferenciamento. Anotar latitude (em graus).
- 27. **Geocampo 2:** exigido apenas para os municípios que realizam georreferenciamento. Anotar longitude (em graus).
- 28. **Ponto de referência:** para localização da residência da pessoa atendida/vítima (ex.: próximo da padaria do Manoel, etc.).
- 29. **CEP:** código de endereçamento postal (CEP) do logradouro (avenida, rua, travessa etc.) da residência da pessoa atendida/vítima.
- 30. **DDD e telefone:** números do código de área (o DDD) e do telefone da pessoa atendida/vítima.

Atenção: Caso a pessoa atendida/vítima não tenha telefone, preencher com o número de um parente, vizinho ou amigo e, nas observações, obter o máximo de referências possíveis. É importante lembrar que a vítima poderá mudar de endereço dependendo da situação de violência/ risco de morte.

- 31. **Zona:** preencher com o código correspondente à zona de residência da pessoa atendida/vítima. Preencher com código 9 – Ignorado para pessoa atendida/vítima que não sabe ou não pode informar (ex.: pessoa/vítima inconsciente, viajante ou migrante recém-chegado).

Atenção: Apesar de a maioria dos quilombos se localizarem em área rural, também podem estar em zona urbana.

- 32. **País:** de residência, quando não residir no Brasil.

Dados complementares

BLOCO 4 – Dados da pessoa atendida

Dados Complementares	
33 Nome Social	34 Ocupação
35 Situação conjugal / Estado civil 1 - Solteiro 2 - Casado/união consensual 3 - Viúvo 4 - Separado 8 - Não se aplica 9 - Ignorado	
36 Orientação Sexual 1-Heterossexual 2-Homossexual (gay/lésbica)	37 Identidade de gênero: 1-Travesti 2-Mulher Transexual 3-Homem Transexual 8-Não se aplica 9-Ignorado
38 Possui algum tipo de deficiência/ transtorno? 1- Sim 2- Não 9- Ignorado	39 Se sim, qual tipo de deficiência /transtorno? 1- Sim 2- Não 8-Não se aplica 9- Ignorado Deficiência Física Deficiência visual Deficiência Intelectual Deficiência auditiva Transtorno mental Transtorno de comportamento

33. Nome social: anotar o nome social quando informado.

Atenção: Nome social é aquele pelo qual travestis e transexuais se reconhecem, bem como são identificados(as) por sua comunidade e em seu meio social.

Atenção: O uso do nome social em prontuários e atendimentos é uma das estratégias de humanização preconizadas pela Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT), aprovada pelo Conselho nacional de Saúde em 2009; é também um direito dos(as) usuários(as) dos serviços de saúde (conforme Portaria MS/GM no 1.820, de 13 de agosto de 2009, art. 4, I). Não considerar e respeitar o nome social de travestis ou transexuais constitui uma forma de violência institucional contra essas pessoas.

Atenção: É permitido o nome social aos transexuais e, em alguns casos, na vida escolar, quando um aluno não quer ser chamado por seu nome civil. Desse modo difere-se nome social de apelido, sendo a distinção máxima a falta de aderência do nome civil à personalidade da pessoa natural – exemplo mais aceito: transexual em que o fato de ser chamado por seu nome civil causa constrangimento e exposição notoriamente constante ao ridículo, dado que o nome civil não representa a pessoa natural (BALLEN, 2013 apud BRASIL, 2016).

34. Ocupação: função exercida, de acordo com a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), não a profissão. Nos casos sem especificação, colocar a ocupação mais aproximada. Em caso de menores de 16 anos, escrever “não se aplica”, salvo a partir de 14 anos, se estiver na condição de aprendiz. Nos casos de trabalho infantil, preencher o campo 56 com essa informação e registrar informações adicionais no campo INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES E OBSERVAÇÕES, no final da ficha de notificação individual.

35. Situação conjugal/estado civil: da pessoa atendida/vítima no momento da violência. Nos casos de crianças < 10 anos, preencher com a opção “8 – Não se aplica”.

Atenção: adotou-se a referência de idade para crianças padronizada pela Organização Mundial de Saúde - OMS. De acordo com o Estatuto da criança e do adolescente - ECA, a equipe deve se responsabilizar por investigar situações conjugais envolvendo crianças com menos de 12 anos.

36. Orientação sexual: preencher com o código correspondente à orientação sexual declarada pela pessoa atendida. Desde a 12ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em 2003, o tema dos direitos LGBT vem sendo pautado pelo

SUS. Em 2007, na 13ª CNS, a orientação sexual e a identidade de gênero e suas repercussões na saúde dos indivíduos são incluídos na análise da determinação social da saúde. Nessa Conferência, como estratégia para o debate permanente, entre outras, foi recomendada a inclusão dos quesitos de identidade de gênero e de orientação sexual nos formulários, nos prontuários e nos sistemas de informação em saúde.

- 1 – **Heterossexual:** pessoa que se atrai afetivo-sexualmente por pessoas de gênero diferente daquele com o qual se identifica.
- 2 – **Homossexual (gays/lésbicas):** pessoa que se atrai afetivo-sexualmente por pessoas de gênero igual àquele com o qual se identifica.
- 3 – **Bissexual:** pessoa que se atrai afetivo-sexualmente por pessoas de qualquer gênero.
- 8 – **Não se aplica:** para crianças de zero a 9 anos.
- 9 – **Ignorado:** quando não houver informação disponível sobre a orientação sexual da pessoa atendida.

Atenção: os itens 36 e 37 exigem cuidado especial com vítimas criança ou adolescente, pois são fases de processo de desenvolvimento da orientação sexual e da identidade de gênero. Nesse sentido, não cabe exigir deles(as) uma definição quanto a esses temas. Esses são campos de preenchimento obrigatório, se a vítima for maior ou igual a 10 anos.

Atenção: não é raro o sentimento de inibição ou constrangimento ao se tentar preencher este quesito. Perguntar se a pessoa deseja informar a sua orientação sexual. Sugestão de abordagem: “Reconhecendo que a orientação sexual diz respeito à atração afetivo-sexual que a pessoa sente em relação à outra pessoa; no seu caso, qual a sua orientação sexual?”.

- 37.** Identidade de gênero: preencher com o código correspondente à identidade de gênero declarada pela pessoa atendida. A identidade de gênero refere-se ao gênero (masculino e feminino) com o qual a pessoa se identifica. O conceito de gênero remete aos significados sociais, culturais e históricos associados aos sexos feminino e masculino.
- 1 – Travesti:** pessoa do sexo masculino que deseja ser reconhecida socialmente como mulher, mas não apresenta conflito com seu sexo biológico e sua genitália. A travesti busca transformar o corpo em um corpo feminino por meio de hormônios e/ou cirurgias e, pelo menos em princípio, não deseja realizar cirurgia de redesignação de sexo.
- 2 – Mulher transexual (de homem para mulher):** pessoa que nasceu com sexo masculino, mas identifica-se social, corporal e psicologicamente com o gênero feminino. A mulher transexual deseja modificar seu corpo a fim de torná-lo feminino e, na maior parte das vezes, busca a hormonioterapia e intervenções cirúrgicas para redesignação do sexo.
- 3 – Homem transexual (de mulher para homem):** pessoa que nasceu com sexo feminino, mas identifica-se social, corporal e psicologicamente com o gênero masculino. O homem transexual deseja modificar seu corpo a fim de torná-lo masculino e pode buscar a hormonioterapia e/ou intervenções cirúrgicas para redesignação do sexo. São exemplos de intervenções cirúrgicas a mastectomia (retirada das mamas) e a histerectomia (retirada do útero).
- 8 – Não se aplica:** preencher quando a identidade de gênero corresponder ao sexo biológico (campo 13). Exemplo: sexo biológico feminino e identidade de gênero feminina (mulher), ou seja, a pessoa apresenta a identidade de gênero igual ao sexo biológico.
- 9 – Ignorado:** quando não houver informação disponível sobre a identidade de gênero.

Campos de preenchimento obrigatório, se a vítima for maior ou igual a 10 anos.

Atenção: Identidade de gênero refere-se a como a pessoa se identifica. Orientação sexual está ligada a como a pessoa se relaciona sexual e afetivamente. Travestis, mulheres transexuais e homens transexuais podem ser heterossexuais, homossexuais ou bissexuais.

- 38.** Possui algum tipo de deficiência/transtorno?: Informar se a pessoa atendida/vítima tem alguma deficiência/transtorno mental ou comportamental - 1 – Sim; 2 – Não; 9 – Ignorado (quando não for possível obter tal informação).

Atenção: Caso se assinale o código “2 – não” ou “9 – Ignorado”, todos os quadrículos do item 39 deverão ser preenchidos com “8 – não se aplica”.

- 39.** Se sim, qual tipo de deficiência e/ou transtorno? Caso o item 38 seja preenchido com “1 – Sim”, preencher o(s) tipo(s) de deficiência(s)/transtorno(s) mental(is) ou comportamental(ais) que a pessoa atendida/vítima apresenta, com o código: 1 – Sim; 2 – Não; 8 – Não se aplica; 9 – Ignorado. Em um mesmo caso, pode haver mais de um tipo de deficiência/transtorno.

Atenção: Para registrar este dado, é preciso que haja informação sobre diagnóstico clínico emitido por profissional de saúde habilitado (sem exigência de prova documental). Não registrar suposições ou hipóteses pessoais ou dos familiares.

Definições e conceitos orientadores

De acordo com a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (promulgada pelo Decreto no 6.949, de 2009): Pessoas com deficiência são aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas. A deficiência enquadra-se nas seguintes categorias: deficiência física, deficiência intelectual, deficiência mental, deficiência auditiva, deficiência visual, deficiências múltiplas, pessoas com mobilidade reduzida e ostomia.

Atenção: A dependência de álcool e outras drogas é considerada como transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substância psicoativa.

BLOCO 5 – Dados da ocorrência

Dados da Ocorrência	40 UF	41 Município de ocorrência	Código (IBGE)	42 Distrito
	43 Bairro	44 Logradouro (rua, avenida,...)	Código	
	45 Número	46 Complemento (apto., casa, ...)	47 Geo campo 3	48 Geo campo 4
	49 Ponto de Referência	50 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	51 Hora da ocorrência (00:00 - 23:59 horas)	
	52 Local de ocorrência 01 - Residência 04 - Local de prática esportiva 07 - Comércio/serviços 02 - Habitação coletiva 05 - Bar ou similar 08 - Indústrias/construção 03 - Escola 06 - Via pública 09 - Outro 99 - Ignorado		53 Ocorreu outras vezes? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
		54 A lesão foi autoprovocada? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		

40. UF: unidade federativa (UF) da ocorrência do evento.

41. Município de ocorrência: município onde ocorreu o evento.
Informar o código do IBGE referente ao município.

42. Distrito: da ocorrência do evento (Distrito Administrativo ou Sanitário e outros, de acordo com critério local).

43. Bairro: ou do setor (ou o código do cadastro do

Sinan, quando houver) onde ocorreu o evento.

44. **Logradouro:** anotar tipo (avenida, rua, travessa etc.) e nome completo ou código correspondente ao logradouro onde ocorreu o evento. Se o evento ocorreu em uma aldeia ou quilombo, anotar o nome.
45. **Número:** do logradouro onde ocorreu o evento.
46. **Complemento (apto., casa etc.):** do logradouro onde ocorreu o evento (ex.: Edifício Jangadeiro, bloco B, apto. 402, lote 25, casa 14, etc.).
47. **Geocampo 3:** exigida apenas para os municípios que realizam georreferenciamento. Anotar o código de latitude (em graus).
48. **Geocampo 4:** exigida apenas para os municípios que realizam georreferenciamento. Anotar o código de longitude (em graus).
49. **Ponto de referência:** para identificar o local de ocorrência do evento (ex.: perto da lagoa tal etc.).
50. **Zona:** preencher com o código correspondente à zona de ocorrência do evento. Utilize o código 9 – Ignorado para pessoa atendida/vítima que não sabe ou não pode informar (ex.: pessoa/vítima inconsciente, viajante ou migrante recém-chegado).
51. **Hora da ocorrência:** hora aproximada do evento, declarada ou provável, abrangendo o período de 00h00 (zero hora) até 23h59 (vinte e três horas e cinquenta e nove minutos). CAMPO ESSENCIAL.
52. **Local de ocorrência:** preencher com o código correspondente ao local de ocorrência do evento, de acordo com as categorias da CID-10.
53. **Ocorreu outras vezes?** Informar se o mesmo tipo de evento que está sendo notificado ocorreu outras vezes. Preencher com o código: 1 – Sim; 2 – Não; e 9 – Ignorado.
54. **A lesão foi autoprovocada?** Preencher com o código correspondente, se a lesão foi autoprovocada, em que a pessoa atendida/vítima provocou agressão contra si mesma ou tentou o suicídio (ato de tentar cessar a própria vida, porém, sem consumação).

Quando esta variável for preenchida com “1 – Sim”, preencher o campo 56 com “1 – Sim”, no quadrículo “Outros”, e especificar se foi autoagressão ou tentativa de suicídio. Preencher o campo 57 com o meio utilizado para realizar a lesão autoprovocada. A versão do Sinan 5.1 possibilita a notificação de casos de lesão autoprovocada em crianças.

BLOCO 6 - Violência

Violência	55 Essa violência foi motivada por: 01-Sexismo 02-Homofobia/Lesbofobia/Bifobia/Transfobia 03-Racismo 04-Intolerância religiosa 05-Xenofobia 06-Conflito geracional 07-Situação de rua 08-Deficiência 09-Outros 88-Não se aplica 99-Ignorado	
	56 Tipo de violência 1- Sim 2- Não 9- Ignorado ☐ Física ☐ Tráfico de seres humanos ☐ Psicológica/Moral ☐ Financeira/Econômica ☐ Intervenção legal ☐ Tortura ☐ Negligência/Abandono ☐ Outros ☐ Sexual ☐ Trabalho infantil	57 Meio de agressão 1- Sim 2- Não 9- Ignorado ☐ Força corporal/ espancamento ☐ Obj. perfuro-cortante ☐ Arma de fogo ☐ Enforcamento ☐ Substância/ Obj. quente ☐ Ameaça ☐ Obj. contundente ☐ Envenenamento, Intoxicação ☐ Outro

55. Essa violência foi motivada por: preencher com o código correspondente à motivação da violência segundo a relação a seguir. Caso tenha mais de uma motivação, registrar a motivação que mais contribuiu para a ocorrência da violência.

- **01 – Sexismo:** ideologia que se pauta no suposto prestígio e poder masculinos sobre as mulheres. Reflete-se em conjunto de condutas construídas, aprendidas e reforçadas culturalmente – cujo exercício está na tentativa e no controle da moral e da conduta femininas. Reflete-se na violência contra as mulheres em suas diversas formas. Pode aparecer por meio de xingamentos, atos, chantagens, exposição pública etc.
- **02 – Homofobia/lesbofobia/bifobia/transfobia:** violência motivada e praticada em razão da orientação sexual ou da identidade de gênero presumida da vítima, podendo esta ser membro da população LGBT ou não. A homofobia pode ser definida como a aversão irracional aos homossexuais e a todos que manifestem orientação sexual ou identidade de gênero diferente dos padrões heteronormativos. A violência contra gays é denominada homofobia; enquanto a discriminação, aversão e ódio contra as mulheres que têm orientação sexual diferente da heterossexual e que se relacionam homoafetivamente com outras

mulheres é conhecida como lesbofobia. É importante ressaltar que a lesbofobia é uma violência resultante de dupla discriminação porque associa também a violência contra as mulheres, além da discriminação contra a homossexualidade. Bifobia é a discriminação, aversão ou ódio às pessoas bissexuais. Transfobia é a discriminação, aversão, ódio contra pessoas transexuais ou travestis. Entre as variadas formas de manifestação dessas violências estão também a violência psicológica (insulto, constrangimento, ameaça) e os obstáculos ao acesso aos serviços, ao trabalho, e outras.

- **03 – Racismo:** a crença de que é justa a divisão da sociedade em grupos definidos pela cor da pele, traços físicos e aspectos culturais, de forma a hierarquizá-la. O racismo é utilizado como justificativa para a discriminação contra determinados grupos. A discriminação racial ou étnico-racial é toda distinção, exclusão, restrição ou preferência baseada em raça, cor, descendência ou origem nacional ou étnica que tenha por objeto anular ou restringir o reconhecimento, o gozo ou o exercício, em igualdade de condições, de direitos e liberdades fundamentais, em quaisquer campos da vida pública ou privada, conforme Lei no 12.288/2010. No Brasil, o racismo e a discriminação racial são dirigidos principalmente contra as populações negra, indígena e quilombola.
- **04 – Intolerância religiosa:** conjunto de ideologias e atitudes ofensivas a crenças e práticas religiosas ou a quem não segue uma religião. É um crime de ódio que fere a liberdade e a dignidade humana.
- **05 – Xenofobia:** é uma forma de discriminação social que consiste na aversão a pessoas de diferentes culturas e nacionalidades. Considerada como crime de ódio, a xenofobia mostra-se por meio da humilhação, do constrangimento, das agressões física e moral àquele(a) que não é natural do lugar do(a) agressor(a). Teoricamente, xenofobia é a aversão apenas a estrangeiros(as); contudo, não está estabelecido um termo técnico que designe a agressão e o desrespeito a pessoas de diferentes regiões do mesmo país e que também são considerados crimes de ódio. Portanto, a ocorrência de violência motivada por aversão a pessoas do próprio país – provindas de diferentes regiões geográficas ou localidades – deve ser registrada nesta categoria.

- **06 – Conflito geracional:** descreve discrepâncias culturais, sociais ou econômicas entre duas gerações, que pode ser causada por trocas de valores ou conflitos de interesse entre gerações mais jovens e gerações mais idosas.
- **07 – Situação de rua:** grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória (Decreto no 7.053/2009).
- **08 – Deficiência:** quando a violência é motivada por preconceito, desrespeito ou por qualquer tipo de discriminação à condição das pessoas com deficiência.
- **09 – Outros:** qualquer outro tipo de motivação à violência que não as contempladas nas categorias anteriores. Especificar a motivação.
- **88 – Não se aplica:** permanece na ficha de notificação individual para efeitos do sistema, mas deve-se evitar a utilização deste campo.
- **99 – Ignorado:** quando a pessoa atendida não identificar uma motivação para a violência sofrida ou não puder informar sobre a motivação da violência.

56. Tipo de violência: preencher de acordo com os códigos: 1 – Sim; 2 – não; 9 – Ignorado. Em um mesmo caso, pode haver mais de um tipo de violência. Entretanto, para fins de registro no Sinan, deverá ser assinalado somente o principal tipo de violência. Os demais quadrículos não devem ser preenchidos e, caso haja alguma violência secundária perpetrada pelo mesmo(a) autor(a), registrar essa informação no campo de observações adicionais.

Atenção: Quando ocorrerem dois casos distintos de violência com a mesma vítima envolvendo autores diferentes, registrar em duas fichas de notificação.

Considerar os seguintes conceitos:

- **Violência física** (também denominada sevícia física, maus-tratos físicos ou abuso físico): são atos violentos, nos quais se fez uso da força física de forma intencional, não acidental, com o objetivo de ferir, lesar, provocar dor e sofrimento ou destruir a pessoa, deixando ou não marcas evidentes no seu corpo. Ela pode manifestar-se de várias formas, como tapas, beliscões, chutes, torções, empurrões, arremesso de objetos, estrangulamentos, queimaduras, perfurações, mutilações, entre outras. A violência física também ocorre no caso de ferimentos por arma de fogo (incluindo as situações de bala perdida) ou ferimentos por arma branca.

Atenção: nos casos declarados como “bala perdida”, anotar essa informação em “informações complementares e observações”.

- **Violência psicológica/moral:** é toda forma de rejeição, depreciação, discriminação, desrespeito, cobrança exagerada, punições humilhantes e utilização da pessoa para atender às necessidades psíquicas de outrem. É toda ação que coloque em risco ou cause dano à autoestima, à identidade ou ao desenvolvimento da pessoa. Esse tipo de violência também pode ser chamado de violência moral. No assédio moral, a violência ocorre no ambiente de trabalho a partir de relações de poder entre patrão e empregado ou empregado e empregado. Define-se como conduta abusiva, exercida por meio de gestos, atitudes ou outras manifestações, repetidas, sistemáticas, que atentem contra a dignidade ou a integridade psíquica ou física de uma pessoa, que ameace seu emprego ou degrade o clima de trabalho. Portanto, a violência moral é toda ação destinada a caluniar, difamar ou injuriar a honra ou a reputação da pessoa. O bullying é outro exemplo de

violência psicológica, que se manifesta em ambientes escolares ou outros meios, como o cyberbullying.

- **Tortura:** é o ato de constranger alguém com emprego de força ou grave ameaça, causando-lhe sofrimento físico ou mental com fins de:

Obter informação, declaração ou confissão da vítima ou de terceira pessoa.

Provocar ação ou omissão de natureza criminosa.

Em razão de discriminação racial ou religiosa. (Lei no 9.455/1997).

Atenção: Também pode ser o ato de submeter alguém, sob sua guarda, poder ou autoridade, com emprego de força ou grave ameaça, provocando intenso sofrimento físico ou mental, como forma de aplicar castigo pessoal ou medida de caráter preventivo.

- **Violência sexual:** é qualquer ação na qual uma pessoa, valendo-se de sua posição de poder e fazendo uso de força física, coerção, intimidação ou influência psicológica, com uso ou não de armas ou drogas, obriga outra pessoa, de qualquer sexo e idade, a ter, presenciar ou participar de alguma maneira de interações sexuais, ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, com fins de lucro, vingança ou outra intenção. Incluem-se como violência sexual situações de estupro, abuso incestuoso, assédio sexual, sexo forçado no casamento, jogos sexuais e práticas eróticas não consentidas, impostas, pornografia infantil, pedofilia, voyeurismo; manuseio, penetração oral, anal ou genital, com pênis ou objetos, de forma forçada. Inclui, também, exposição coercitiva/constrangedora a atos libidinosos, exibicionismo, masturbação, linguagem erótica, interações sexuais de qualquer tipo e material pornográfico. Igualmente, caracterizam a violência sexual os atos que, mediante coerção, chantagem, suborno ou aliciamento, impeçam o uso de qualquer método contraceptivo ou forcem ao matrimônio, à gravidez, ao aborto, à prostituição; ou que limitem ou anulem em qualquer pessoa a autonomia e o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos. A violência sexual é crime, mesmo se exercida por um familiar, seja ele pai, mãe, padrasto, madrastra, companheiro(a), esposo(a).

- **Tráfico de seres humanos:** inclui o recrutamento, o transporte, a transferência, o alojamento de pessoas, recorrendo à ameaça, ao rapto, à fraude, ao engano, ao abuso de autoridade, ao uso da força ou de outras formas de coação, ou à situação de vulnerabilidade, para exercer a prostituição ou o trabalho sem remuneração, incluindo o doméstico, escravo ou de servidão, casamento servil ou para a remoção e comercialização de seus órgãos, com emprego ou não de força física. O tráfico de pessoas pode ocorrer dentro de um mesmo país, entre países fronteiriços ou entre diferentes continentes. Toda vez que houver movimento de pessoas por meio de engano ou coerção, com o fim último de explorá-las, estaremos diante de uma situação de tráfico de pessoas.
- **Violência financeira/econômica:** é o ato de violência que implica dano, perda, subtração, destruição ou retenção de objetos, documentos pessoais, instrumentos de trabalho, bens e valores da pessoa atendida/vítima. Consiste na exploração imprópria ou ilegal, ou no uso não consentido de seus recursos financeiros e patrimoniais. Ocorre, sobretudo, no âmbito familiar, sendo mais frequente contra pessoas idosas, mulheres e deficientes. Esse tipo de violência é também conhecido como violência patrimonial.
- **Negligência/abandono:** é a omissão pela qual se deixou de prover as necessidades e os cuidados básicos para o desenvolvimento físico, emocional e social da pessoa atendida/vítima. Ex.: privação de medicamentos; falta de cuidados necessários com a saúde; descuido com a higiene; ausência de proteção contra as inclemências do meio, como o frio e o calor; ausência de estímulo e de condições para a frequência à escola. O abandono é uma forma extrema de negligência.
- **Trabalho infantil:** é o conjunto de ações e atividades desempenhadas por crianças (com valor econômico direto ou indireto), inibindo-as de viver plenamente sua condição de infância e adolescência. Refere-se a qualquer tipo de atividade efetuada por crianças e adolescentes de modo obrigatório, regular, rotineiro, remunerado ou não, em condições, por vezes, desqualificadas e que põem em risco o seu bem-estar físico, psíquico, social e moral, limitando suas condições para um crescimento e desenvolvimento saudáveis e seguros.

- **Violência por intervenção legal:** trata-se da intervenção por agente legal público, isto é, representante do Estado, polícia ou de outro agente da lei no exercício da sua função. Segundo a CID-10, pode ocorrer com o uso de armas de fogo, explosivos, uso de gás, objetos contundentes, empurrão, golpe, murro, podendo resultar em ferimento, agressão, constrangimento e morte. A Lei no 4.898/1965 define o crime de abuso de autoridade e estabelece as punições para esta prática. A CID-10 adota o termo “intervenção legal e operações de guerra” e lhe atribui os códigos de Y35 a Y36.
- **Outros:** qualquer outro tipo de violência não contemplado nas categorias anteriormente citadas. Importante: Nos casos de tentativa de suicídio e autoagressão, especificá-los nesse campo.

57. Meio de agressão: preencher o meio de agressão relacionado com o tipo de violência registrado no campo 56. Lembre-se de que, em um mesmo caso, pode haver mais de um meio de agressão e que todos os quadrículos devem ser preenchidos. Considerar os seguintes conceitos e exemplos de meios de agressão:

- **Força corporal/espandamento:** inclui murro, tapa, soco, empurrão e outros.
- **Enforcamento:** inclui estrangulamento, esganadura, “gravata” e outros.
- **Objeto contundente:** inclui pau, cassetete, barra de ferro e outros.
- **Objeto perfurocortante:** inclui arma branca (faca, canivete, peixeira, facão, navalha, estilete, lâmina), caco de vidro, chave de fenda, prego e outros.
- **Substância/objeto quente (queimadura):** inclui queimaduras por fogo, água quente, vapor-d’água, substância química e outras.
- **Envenenamento, intoxicação:** inclui exposição/ingestão/inalação de produtos químicos, plantas tóxicas, medicamentos etc.
- **Arma de fogo:** inclui revólver, espingarda, carabina, metralhadora e outros.

- **Ameaça:** inclui gritos, palavrões, xingamentos, pressão psicológica e outras formas, em interlocução direta, por telefone, cartas, internet etc.
- **Outro:** qualquer outro meio de agressão não contemplado nas categorias anteriormente citadas.

É **OBRIGATÓRIO ESPECIFICAR**. Ex.: asfixia por ficar preso em ambiente fechado, exposição a ruídos de altíssima intensidade, indução, omissão (em caso de negligência), entre outros. Especificar ainda outros meios utilizados nos casos de tentativa de suicídio ou autoagressão: precipitação de lugar elevado, autoimolação, jogar-se na frente de veículos, entre outros.

BLOCO 7 – Violência sexual

Violência Sexual	58 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo?		1- Sim 2 - Não 8 - Não se aplica 9- Ignorado			
	☐ Assédio sexual	☐ Estupro	☐ Pornografia infantil	☐ Exploração sexual	☐ Outros _____	
Violência Sexual	59 Procedimento realizado		1- Sim 2 - Não 8 - Não se aplica 9- Ignorado			
	☐ Profilaxia DST	☐ Profilaxia Hepatite B	☐ Coleta de sêmen	☐ Contracepção de emergência		
	☐ Profilaxia HIV	☐ Coleta de sangue	☐ Coleta de secreção vaginal	☐ Aborto previsto em lei		

58. Caso tenha ocorrido violência sexual, qual o tipo? Preencher com o código correspondente: 1 – Sim; 2 – Não; 8 – Não se aplica; 9 – Ignorado. Pode haver mais de um tipo de violência sexual.

Atenção: Caso o quadrículo “Sexual” do item 56 (Tipo de violência) seja preenchido com os códigos “2 – Não” ou “9 – Ignorado”, preencher todos os quadrículos dos itens 58 e 59 com o código “8 – Não se aplica”.

Considerar os seguintes conceitos e exemplos:

- **Assédio sexual:** é a insistência inoportuna, independentemente do sexo ou da orientação sexual, com perguntas, propostas, pretensões, ou outra forma de abordagem forçada de natureza sexual. É o ato de constranger alguém com gestos, palavras ou com o emprego de

violência, prevalecendo-se de relações de confiança, de ascendência, de superioridade hierárquica, de autoridade ou de relação de emprego ou serviço, com o objetivo de obter vantagem sexual.

- **Estupro:** “constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso” (BRASIL, 2009b, art. 213). Dentro desse conceito, está incluída a conjunção carnal (penetração peniana ou de outro objeto no ânus, vagina ou boca), independentemente da orientação sexual ou do sexo da pessoa/vítima.
- **Pornografia infantil:** é a apresentação, a produção, a venda, o fornecimento, a divulgação e/ou a publicação de fotografias ou imagens com pornografia ou cenas de sexo explícito (exposição de imagens) envolvendo crianças ou adolescentes, utilizando qualquer meio de comunicação.
- **Exploração sexual:** caracteriza-se pela utilização de pessoas, independentemente da idade, do sexo ou da identidade de gênero, com fins comerciais e de lucro, seja para a prática de atos sexuais (prostituição); a exposição do corpo nu e de relações sexuais ao vivo (striptease, shows eróticos), ou mediante imagens publicadas em revistas, filmes, fotos, vídeos ou sítios na internet. No caso de pessoas adultas, considera-se exploração sexual quando, nessas situações, não há o consentimento da vítima ou este é obtido com base na força, no engano, na intimidação ou em qualquer outra forma de coerção. É considerado explorador sexual, portanto, qualquer um que obtenha, mediante qualquer forma de pagamento ou recompensa, serviços sexuais, de forma direta ou com recurso de intermediários (agenciamento direto, indução, facilitação).
- **Outros:** qualquer outro tipo de violência sexual não contemplado nas categorias anteriormente citadas. Caso assinale “Outros”, É OBRIGATÓRIO ESPECIFICAR.

59. Procedimento realizado: preencher o(s) quadrículo(s) do(s) procedimento(s) realizado(s) no atendimento da pessoa atendida/vítima de violência de acordo com os seguintes códigos: 1 – Sim; 2 – Não; 8 – Não se aplica; 9 – Ignorado. Se a pessoa atendida/

vítima for do sexo masculino, preencher os quadrículos referentes à “Coleta de secreção vaginal”, “Contracepção de emergência” e “Aborto previsto em lei” com a opção “8 – Não se aplica”.

Atenção: Pode haver mais de um procedimento realizado para a mesma pessoa atendida/vítima, nesse caso, preencher os quadrículos correspondentes.

BLOCO 8 – Dados do(a) provável autor(a) da violência

Dados do provável autor da violência	60 Número de envolvidos 1 - Um ☐ 2 - Dois ou mais ☐ 9 - Ignorado ☐	61 Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida 1-Sim 2-Não 9-Ignorado Pai ☐ Ex-Cônjuge ☐ Amigos/conhecidos ☐ Policial/agente da lei ☐ Mãe ☐ Namorado(a) ☐ Desconhecido(a) ☐ Própria pessoa ☐ Padrasto ☐ Ex-Namorado(a) ☐ Cuidador(a) ☐ Outros ☐ Madrasta ☐ Filho(a) ☐ Patrão/chefe ☐ Cônjuge ☐ Irmão(ã) ☐ Pessoa com relação institucional ☐	62 Sexo do provável autor da violência 1 - Masculino ☐ 2 - Feminino ☐ 3 - Ambos os sexos ☐ 9 - Ignorado ☐	63 Suspeita de uso de álcool 1- Sim ☐ 2 - Não ☐ 9- Ignorado ☐
	64 Ciclo de vida do provável autor da violência: ☐ 1-Criança (0 a 9 anos) 3-Jovem (20 a 24 anos) 5-Pessoa idosa (60 anos ou mais) 2-Adolescente (10 a 19 anos) 4-Pessoa adulta (25 a 59 anos) 9-Ignorado			

60. Número de envolvidos: preencher com o código correspondente ao número de pessoas envolvidas como prováveis autores(as) da violência: 1 – Um; 2 – Dois ou mais; 9 – Ignorado.

61. Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida: preencher o(s) quadrículo(s) do vínculo entre o(s) provável(is) autor(es) da agressão e a pessoa atendida/vítima, de acordo com os seguintes códigos: 1 – Sim; 2 – Não; 9 – Ignorado.

- Considera-se Cuidador(a): pessoa sem vínculo familiar, que exerça a função de auxiliar outrem em suas necessidades e atividades da vida diária. Essa função pode ou não ser remunerada, como também pode ou não ter vínculo institucional. Ex.: babá, secretária, empregada doméstica, cuidador(a) de Instituição de Longa Permanência para Idosos (Ilpi), outros.

- Pessoa com relação institucional: pessoa que pratica violência no exercício de função ou atividade institucional. Ex.: profissional de saúde, professor(a), padre, pastor(a), outros.

Atenção: Pode haver mais de um(a) provável autor(a) de agressão para a mesma pessoa atendida/vítima. nesse caso, preencher os quadrículos correspondentes.

- 62. Sexo do provável autor da violência:** preencher com os códigos: 1 – Masculino; 2 – Feminino; 3 – Ambos os sexos; 9 – Ignorado. Quando houver a participação de mais de um(a) provável autor(a) de agressão de sexos diferentes, preencher com “3- Ambos os sexos”.
- 63. Suspeita de uso de álcool:** pelo(a) provável autor(a) da violência no momento da ocorrência. A pergunta deverá ser direcionada à pessoa atendida/vítima ou ao acompanhante.
- 64. Ciclo de vida do provável autor da violência:** Procurar obter a idade aproximada. Inserir a informação do(a) principal autor(a) da violência.

Embora o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) defina criança na faixa etária de zero a 11 anos e adolescente na faixa etária de 12 a 18 anos, o Ministério da Saúde adota a faixa etária definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS), na qual se considera criança de zero a 9 anos e adolescente de 10 a 19 anos de idade.

BLOCO 9 - Encaminhamento

Encaminhamento	65 Encaminhamento: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	☐ Conselho do Idoso	☐ Delegacia de Atendimento à Mulher
	☐ Rede da Saúde (Unidade Básica de Saúde, hospital, outras)	☐ Delegacia de Atendimento ao Idoso	☐ Outras delegacias
	☐ Rede da Assistência Social (CRAS, CREAS, outras)	☐ Centro de Referência dos Direitos Humanos	☐ Justiça da Infância e da Juventude
	☐ Rede da Educação (Creche, escola, outras)	☐ Ministério Público	☐ Defensoria Pública
	☐ Rede de Atendimento à Mulher (Centro Especializado de Atendimento à Mulher, Casa da Mulher Brasileira, outras)	☐ Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente	
	☐ Conselho Tutelar		

65. Encaminhamento: preencher com o tipo de encaminhamento realizado ou orientação.

Considerar os seguintes serviços/instituições:

- **Rede da Saúde:** Unidade Básica de Saúde, Equipe de Saúde da Família, Centro de Apoio Psicossocial, ambulatórios especializados, centros de referência, Unidade de Pronto Atendimento, hospital, entre outros.
- **Rede da Assistência Social:** Centro de Referência da Assistência Social (Cras), Centro de Referência Especializado de Assistência Social (Creas), Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro POP), Centros-Dia de Referência para Pessoas com Deficiência, Unidades de Acolhimento (abrigos, albergues, casas-lares, casas de passagem, residências inclusivas, repúblicas), entre outros.

O Cras é um serviço localizado em áreas com maiores índices de vulnerabilidade e risco social. Destina-se à prestação de serviços socioassistenciais da Proteção Social Básica às famílias e aos indivíduos.

O Creas é um serviço no qual são atendidas famílias e pessoas que estão em situação de risco social ou tiveram seus direitos violados e pessoas em situação de violência.

- Rede de Educação (creche, escola, outros).
- Rede de atendimento à Mulher (Centro Especializado de Atendimento da Mulher, Casa da Mulher Brasileira, outros).
- Conselho Tutelar (criança/adolescente).
- Conselho do Idoso.
- Delegacia de Atendimento ao Idoso.
- Centro de Referência dos Direitos Humanos.
- Ministério Público.
- Delegacia Especializada de Proteção à Criança e ao Adolescente (DPCA).
- Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher (Deam).

- Outras delegacias.
- Justiça/Vara da Infância e da Juventude.
- Defensoria Pública.

Atenção: Em caso de encaminhamento para mais de um setor, preencher os quadrículos correspondentes. Além dos casos encaminhados formalmente, registrar nesse campo os casos que receberam orientação de encaminhamento.

BLOCO 10 – Dados finais

Dados finais	66 Violência Relacionada ao Trabalho ☐ 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	67 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) ☐ 1 - Sim 2 - Não 8 - Não se aplica 9 - Ignorado	68 Circunstância da lesão CID 10 - Cap XX
	69 Data de encerramento		

66. Violência relacionada ao trabalho: preencher com os códigos: 1 – Sim; 2 – Não; 9 – Ignorado.

Atenção: Considera-se violência relacionada ao trabalho (assédio moral e outras violências) aquela que ocorre tanto no local de trabalho como no trajeto para ele (ida e volta).

67. Caso seja sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT)? Caso o item 66 seja preenchido com “1- Sim”, preencher o quadrículo da emissão da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) com os códigos: 1 – Sim; 2 – Não; 9 – Ignorado. Quando o item 66 for preenchido com “2 – Não” ou “9 – Ignorado”, preencher o quadrículo com o código “8 – Não se aplica”.

Atenção: A CAT também deve ser preenchida no caso de violência relacionada ao trabalho e no caso de trabalhadores(as) regidos(as) pela consolidação das leis do trabalho (CLT).

- 68. Circunstância da lesão:** se refere à classificação da causa e da circunstância da violência sofrida pela pessoa atendida/vítima e não à natureza da lesão. Utilizar os códigos do Capítulo XX, “Causas Externas de Morbidade e Mortalidade” (V01-Y98), da Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10).
- 69. Data do encerramento:** preencher com a data da notificação.

Atenção: Todo caso notificado é encerrado no momento da notificação. No entanto, como o registro não é automático, é preciso escrever/digitar a sua data.

BLOCO 11- Informações complementares e observações

Informações complementares e observações		
Nome do acompanhante	Vínculo/grau de parentesco	(DDD) Telefone
Observações Adicionais:		

- 70. Nome do acompanhante:** Anotar nome do(a) acompanhante por extenso.
- 71. Vínculo ou grau de parentesco:** anotar o grau de parentesco/ relação do(a) acompanhante com a pessoa atendida/

vítima. Ex.: avó, tia, cunhado, vizinho, entre outros.

72. Telefone do(a) acompanhante: anotar o telefone do(a) acompanhante com DDD.

73. Observações adicionais: descrever aspectos importantes e observações que julgar relevantes não contempladas nos campos anteriores. Ex.: o local em que a pessoa atendida/vítima foi abordada; idade do(a) provável autor(a) da agressão, informações sobre o uso de drogas por ele; uso de álcool por parte da pessoa atendida/vítima, visando a uma futura avaliação da importância desse dado e possíveis ações preventivas.

BLOCO 12 – Telefones úteis

Disque Saúde - Ouvidoria Geral do SUS 136	TELEFONES ÚTEIS Central de Atendimento à Mulher 180	Disque Direitos Humanos 100
--	--	--------------------------------

Na ficha de notificação individual, foi feita a inclusão de telefones nacionais úteis para as ações de vigilância, prevenção, garantia de direitos e responsabilização nos casos de violências:

- Disque-Saúde – Ouvidoria-Geral do SUS: 136.
- Central de Atendimento à Mulher: 180.
- Disque-Direitos Humanos: 100.

Atenção: O estado ou o município, quando oportuno, ao imprimir esta ficha de notificação individual, poderá acrescentar outros números de telefones locais, como os de centros de valorização ou SOS voltados para pessoas idosas, os de centros de referência em direitos humanos, de prevenção e combate à homofobia e núcleos de pesquisa de promoção da cidadania LGBTQIA+, entre outros.

BLOCO 13 – Notificador

Notificador	Município/Unidade de Saúde	Cód. da Unid. de Saúde/CNES	
	Nome	Função	Assinatura
	Violência interpessoal/autoprovocada	Sinan	SVS 15.06.2015

74. Município/Unidade de Saúde: município que realizou a notificação e o nome da unidade notificadora. Informar o código do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES) da Unidade de Saúde, ou outra Fonte notificadora que realizou a notificação.

Atenção: O preenchimento dos campos a seguir ou a definição de procedimento alternativo (por exemplo, o uso de um carimbo institucional exclusivo) ficará a critério da gestão local.

75. Nome: informar o nome do(a) notificador(a).

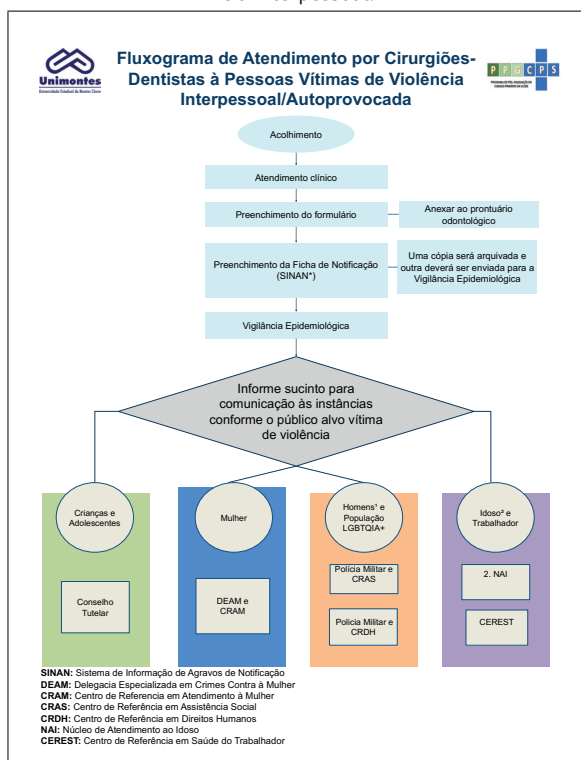
76. Função: informar a função do(a) notificador(a). Ex.: assistente social, enfermeiro(a), dentista, médico(a), psicólogo(a) ou outro(a) profissional.

77. Assinatura: a pessoa que preencheu a ficha de notificação individual deve assiná-la.

8 REDE DE ATENÇÃO À VÍTIMA DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA EM MONTES CLAROS

Para facilitar a visualização, de forma gráfica, do fluxo de atendimento a pessoas vítimas de violência interpessoal, os coordenadores deste manual desenvolveram um produto técnico, no âmbito do Programa de Pós-graduação Cuidado Primário à Saúde (PPGCPS) da Unimontes, incorporado a este manual na Figura 32.

Figura 32: Fluxograma para atendimento por cirurgiões-dentistas à pessoas vítimas de violência interpessoal.



Fonte: Produto técnico desenvolvido por Larissa Souza Santos, Luis Paulo Moraes Farias e Simone de Melo Costa, 2022. Mestrado em Cuidado Primário em Saúde da Unimontes.

As fichas de notificação (Figura 31), são preenchidas nas unidades de saúde de forma contínua e encaminhadas à Secretaria Municipal de Saúde, onde é feita a digitação, a consolidação e a análise de dados para a implantação e o aperfeiçoamento das políticas de enfrentamento. Em seguida, as informações são encaminhadas, de forma ascendente, para as Regionais de Saúde que, por sua vez, são enviadas às Secretarias Estaduais de Saúde, e finalmente são concentradas no Ministério da Saúde (BRASIL, 2016).

Os fluxos de referência e contrarreferência devem estar configurados em rede, envolvendo os serviços de saúde, assistência social, educação, conselhos tutelares, conselhos de direitos, de proteção, de justiça, além de organizações governamentais, não governamentais e setor privado. Propõe-se que a notificação represente um instrumento chave para a organização da gestão e dos serviços de atendimento e proteção integral destinada às pessoas em situação de violência, embasando medidas de promoção e prevenção às vítimas (BRASIL, 2016).

Todos os serviços de saúde devem estar equipados com informações, locais e telefones que as vítimas e familiares possam recorrer. As instruções devem ficar ao alcance de todas as pessoas, da recepção aos profissionais de saúde e pessoas vítimas de violência. Os profissionais da equipe de saúde devem trabalhar em conjunto, em caso de suspeita ou de confirmação de violência. Eles devem acionar a rede de cuidado e de proteção social no território, para que suas tomadas de decisão sejam apoiadas (BRASIL, 2010). Nessa perspectiva, a saber, os contatos e os endereços das respectivas redes foram disponibilizados como apêndice A, ao final deste manual.

9 PROMOÇÃO À SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA NA FAMÍLIA E COMUNIDADE

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) enfatiza a construção de um modelo de atenção que prioriza a qualidade de vida, com ações preventivas de violências e incentivo à cultura da paz. A PNPS tem como proposta atuar sobre determinantes das doenças e dos agravos, com investimento em políticas indutoras de estilos de vida que promovam saúde e ambientes saudáveis (BRASIL, 2006).

Nessa perspectiva, discutir a prevenção da violência na família e comunidade junto aos profissionais de saúde, como CD e profissionais técnicos e auxiliares da classe odontológica, é importante por contribuir no combate desse problema de saúde pública.

O momento do atendimento clínico é oportuno para observar a existência de lesões oriundas de atos de violência. O atendimento clínico possibilita, também, promover cuidados para proteção e bem-estar da pessoa vítima de violência e orientar famílias para prevenir e superar a violência (BRASIL, 2010).

Trabalhar situações de violência exige ações clínicas, ações educativas para o indivíduo, para a família e comunidade, a fim de romper o ciclo da violência. Algumas ações podem ser planejadas pelos profissionais de saúde (BRASIL, 2010):

Orientar famílias, buscando ressignificação das relações entre as pessoas para atingir tolerância e vínculos de proteção.

Efetuar acompanhamento e apoio às famílias na construção de novos modos de agir e de educar crianças/adolescentes.

Procurar, sempre que pertinente, o apoio de outros profissionais, articulando ações no serviço de saúde junto com a rede de oferta de cuidados e de proteção social no território.

Reduzir efeitos deletérios e consequências da violência que já aconteceu. Fato que pode contribuir na prevenção de novas ocorrências de violência. Profissionais de saúde devem desenvolver habilidades para efetuar uma análise de cada caso e construir com participação da família e da equipe de saúde um projeto terapêutico voltado às pessoas em situação de violência, como também para os agressores.

Prevenir recidiva, evitando recorrências de violências nas relações familiares atuais ou nas gerações futuras, conhecida como violência intergeracional. Profissionais de saúde devem se posicionar com firmeza sobre direitos que todas as pessoas possuem, independente da idade, orientação sexual, ou de qualquer outro grupo e que os direitos reconhecidos socialmente não podem ser alvo de violações.

Articular redes de atenção e mobilizar a comunidade para prevenção da violência e promoção de saúde com a principal meta de fortalecer a comunidade.

Propor estratégias de atividades recreativas e ações intersetoriais nos espaços comunitários.

Propor ações que promovam redução do acesso às drogas ilícitas, às bebidas alcoólicas e às armas.

Identificar situações familiares que geram maior vulnerabilidade às práticas violentas: perda de emprego, uso abusivo de bebida alcoólica e outras drogas, separação de casais e, morte de um membro da família.

Propiciar discussões sobre a temática violência nos espaços escolares, nos domicílios junto às famílias ou em grupos com público alvo específico, tais como adolescentes, mulheres e pais. Utilizar linguagem adequada a cada grupo e faixa etária. Temas de sexualidade, como toques no corpo de crianças, socialmente adequados e não adequados, devem ser amplamente debatidos.

Atentar, durante o atendimento, aos sinais e sintomas que possam ser resultado de violência. O momento do atendimento clínico é oportuno para observar a existência de lesões oriundas de atos de violência; promover cuidados para proteção e bem-estar da vítima e, orientar famílias para prevenir e superar violência.

Proteção da Violência

Determinados atributos pessoais, familiares ou sociais são fatores de proteção da violência, podendo reduzir ou neutralizar o risco de violência (ASSIS; AVANCI, 2009; BRASIL, 2010).

São fatores de proteção da violência:



Criar vínculos seguros: os profissionais de saúde devem facilitar o desenvolvimento da autoestima, da resiliência e de uma visão positiva de mundo junto às pessoas, em todo seu ciclo de vida. Vínculo seguro está relacionado ao amor, que é fundamental para reconstruir rupturas nas

relações interpessoais, negociar possibilidades para atravessar adversidades e superar dificuldades e obstáculos.

Receber cuidado caloroso: o cuidado afetuoso e respeitoso junto à criança ou a qualquer pessoa é fator protetor para desenvolver potencialidades, tais como autoestima, autoconfiança e confiança no mundo.

Sexo da criança: meninos correm maior risco de sofrerem violência física e as meninas mais risco de serem vítimas de violência sexual.

Ter um projeto de vida: fundamentado em sonhos e metas a serem alcançadas.

Atividades comunitárias: envolver em atividades comunitárias, sociais, religiosas, tais como de lazer, esportivas e educativas, em grupo de pares.

Relações interpessoais saudáveis: estabelecer relações interpessoais de afeto e seguras.

Ter supervisão: para crianças e adolescentes, ter supervisão no âmbito familiar com limites definidos e amorosos é de fundamental importância para promoção da saúde e prevenção da violência.

Religiosidade: um fator importante de proteção da violência doméstica. Referência de um adulto: para crianças e adolescentes, ter referência de um adulto contribui para contrabalançar conflitos familiares, frequentes nessa etapa da vida (ASSIS; AVANCI, 2009).

Fortalecer a resiliência: os profissionais de saúde podem ter atitudes junto às pessoas para fortalecer a resiliência, que é a capacidade de superar adversidades e lidar de forma positiva com situações difíceis, como violência. Assim, as situações difíceis e os obstáculos vivenciados poderão fortalecer, em vez de fragilizar ou fragmentar a pessoa (BRASIL, 2010). **São atitudes dos profissionais de saúde para fortalecer a resiliência:**

Escutar o que a vítima de violência sente diante de situações difíceis

Permitir a expressão dos sentimentos de tristeza, raiva e medo

Oferecer apoio necessário para que a vítima se sinta segura

Incentivar iniciativas para criar saídas e soluções para os problemas

Estabelecer vínculo com a vítima e suas famílias

Promover uma cultura de paz na família e na comunidade

Profissionais de saúde costumam ficar perplexos diante de situações desafiadoras. Nesses casos, perguntas norteadoras são sugeridas para lidar com as famílias e tantos problemas que ocorrerem no âmbito dela ou da comunidade (BRASIL, 2010):

- Onde estão os recursos que possam melhorar a situação de violência?
- Quais as prioridades e as possibilidades do caso?

As respostas podem estar nos recursos da própria comunidade, dos seus projetos sociais, de pessoas da família da vítima ou de não familiar. Ações dos profissionais sensíveis e dedicados ajudam a família a identificar os recursos, muitas vezes desconhecidos.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

ANDREASEN, J. O.; ANDREASEN, F. M. Texto e atlas colorido de traumatismo dental. In: Texto e atlas colorido de traumatismo dental. 3ª ed., **Artmed**, 2001. 778 p.

ASSIS, S. G.; AVANCI, J. Q. É possível prevenir a violência? refletindo sobre risco, proteção, prevenção e promoção da saúde. In: NJAINE, K.; ASSIS, S. G.; CONSTANTINO, P. (Org.). **Impactos da violência na saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009. 380 p.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 8.069**, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, 1990.

BRASIL. Conselho Federal de Odontologia. **Resolução n.º 42**, de 20 de maio de 2003. Aprova o Código de Ética Odontológica. Rio de Janeiro; 2003.

BRASIL. **Lei nº 10.741**, de 1º de out. de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília, 2003.

BRASIL. **Lei n.º 11.340**, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher e dá outras providências. Brasília; 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização (PNH): HumanizaSUS - Documento-Base**. 3. ed. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 60 p.

BRASIL. Presidência da República. Decreto nº **6.949** de 25 de agosto de 2009: Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. 5. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 44 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências:** orientação para gestores e profissionais de saúde. Brasília, 2010. 104 p.

BRASIL. Código de Ética Odontológica. Conselho Federal de Odontologia. **Código de Ética Odontológica Resolução nº. 118 de 11 maio de 2012.** Rio de Janeiro, CFO, 2012.

BRASIL. **Lei nº 13.146**, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Brasília, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **VIVA:** instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovocada [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. 2. ed. Brasília. **Ministério da Saúde**, 2016. 92 p.

BRASIL. **Lei nº 13.931**, de 10 de dezembro de 2019. Dispõe sobre a notificação compulsória dos casos de suspeita de violência contra a mulher. Brasília, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 420** de 02 de março de 2022. Altera o Anexo 1 do Anexo V à Portaria de Consolidação GM/MS nº 4, de 28 de setembro de 2017, para incluir a síndrome congênita associada à infecção pelo vírus Zika na Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional. Brasília. 2022.

CANGUSSU, A. C. et al. Papiloma Oral Escamoso Em Criança De 4 Anos – Relato De Caso. **Revista Científica ITPAC**, Araguaína, v. 13, n. 2, 2020.

CARNEIRO, J. G. et al. Perfil epidemiológico de vítimas de queimaduras internadas no Hospital de Emergência da Região Agreste de Alagoas. **Revista de Saúde Coletiva da UEFS**, v. 11, n. 1, p. 28-33, 2021.

CARVALHO, A. de B., FERREIRA, R. B. **Principais manifestações das doenças sexualmente transmissíveis acometidas na cavidade oral.** Orientador: Renan

Bezerra Ferreira. 2019. 9f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Odontologia) - Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos, 2019.

CASTRO, T. L. Lesões craniofaciais em mulheres vítimas de violência doméstica e familiar: registros do Departamento Médico Legal de Vitória(ES), entre 2004 e 2008. 2011. 139 f. Dissertação (Mestrado) – Curso de Biologia Buco-Dental, Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Piracicaba, 2011.

CASTRO, T. M. P. G. et al. Manifestações orais associada ao papilomavírus humano (hvp) conceitos atuais: revisão bibliográfica. **Brazilian Journal of Otorhinolaryngology**, Rio de Janeiro, v. 70, n..4, p.546-550, 2004.

COELHO, E. B. S.; SILVA, A. C. L. G. DA; LINDNER S. R. Violência: definições e tipologias. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014. 32 p.

COLOMBO-PR. Protocolo de atendimento à mulher em situação de violência: PROGRAMA MULHER CIDADÃ. **Prefeitura de Colombo**. Secretaria Municipal de Saúde. PR. 2012.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. **Resolução nº 118**, de 11 de maio de 2012. Dispõe sobre o Código de ética Odontológica.

COSTA, L. E. D. et al. Trauma dentário na infância: avaliação da conduta dos educadores de creches públicas de Patos-PB. **Revista de Odontologia da UNESP**, v. 43, n. 6, p. 402-408, 2014.

DAINEZI, V. B. et al. Reabilitação estética e funcional na primeira infância: relato de caso. **Revista da Associação Paulista de Cirurgiões-dentistas**, v. 69, n. 4, p. 387-393, 2015.

DALLA-CORTE, L. de M. et al. Perfil epidemiológico de vítimas de queimaduras internadas em uma unidade no Distrito Federal do Brasil. **Revista brasileira de queimaduras**, v. 18, n. 1, p. 10-15, 2019.

DE AGUIAR, J. F. et al. Manejo bucomaxilofacial de tecidos moles e duros após queda de bicicleta: relato de caso. **Brazilian Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, v. 20, n. 3, p. 34-38, 2020.

DOUGLAS, H. E.; DUNNE, J. A.; RAWLINS, J. M. Management of burns. **Surgery**, v. 35, n.9, p. 511–518, set. 2017.

FERNÁNDEZ, T. F.; PÉREZ, L. A. Condiloma acuminado de localización inusual. **Folia Dermatológica Cubana**, Havana, v. 11, n. 2, p.1-6, 2017.

GALVÃO, S. R. **Traumatismo Dentário** [Trabalho de Conclusão de Curso]. Graduação em Odontologia. Guarapuava: Centro Universitário Uniguairacá; 2021.

GARBIN, C. A. S; GARBIN, A. J. I; DOSSI, A. P.; DOSSI, M. O. Violência doméstica: análise das lesões em mulheres. **Caderno de Saúde Pública**, v. 22, n. 12, p. 2.567-2.573, 2006.

GOTO, A. A. de A. et al. Tratamento cirúrgico das fraturas subcondilares: avaliação da abordagem retromandibular de hinds. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgia**, São Paulo, v. 34, n. 5, 2007.

HARTUNG, B. et al. Care for children with dental neglect: identification of problems and approaches to solving them. **International Journal of Legal Medicine**, v. 133, n. 2, p. 641–650, 2019.

HINCHLIFFE, J. Forensic odontology, part 4. Human bite marks. **British Dental Journal**. v. 210, n.8, p. 363-368, 2011.

ISHIDA, A. L. et al. Avulsão dentária e fatores relacionados ao prognóstico: estudo retrospectivo de 13 anos. **Arquivos do MUDI**, v. 18, n. 3, p. 17-28, 2014.

KASHYAP, B. et al Comparison of the bite mark pattern and intercanine distance between humans and dogs. **Journal of Forensic Dental Sciences**. v.7, n.3, p. 175-179, 2015.

KOJIMA N, KLAUSNER J. D. An update on the global epidemiology of syphilis. **Current Epidemiology Reports**, v. 5, n. 1, p. 24-38, 2018.

KRAMER, P. F.; FELDENS, C. A. Traumatismo na dentição decídua - prevenção, diagnóstico e tratamento. 2. ed. São Paulo: Santos, 2013. 336p.

KRUG, E. G. et al. World report on violence and health. **World Health Organization**, Geneva, 2002. 346p.

KUMAR, V.; ABBAS, A.; FAUSTO, N. Robbins e Cotran – Patologia – Bases Patológicas das Doenças. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

LEITE, A.C.; FONTANELLA, B.J.B. Violência doméstica contra a mulher e os profissionais da APS: predisposição para abordagem e dificuldades com a notificação. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. Rio de Janeiro, v.14, n.41, p.2059, Jan-Dez. 2019.

LONDRINA. Prefeitura do Município. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo**

de atendimento às pessoas em situação de violência interpessoal, provocada/ Eni do Carmo de Souza, Jaqueline Dario Copobianco (col.)...[et al.] – Londrina: SMS. 2016. 177 p. il. color

MACEDO, Débora Serrano de; BORGES, Stephanie Anasenko Correa; JUNIOR, Walter Paulesini. Fratura do complexo zigomático orbitário: relato de caso. **Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac.**, Camaragibe, v. 21, n. 1, p. 27-31, jan./mar. 2021.

MACHADO, A. A. F. de et al. Aspectos importantes para o manejo das lacerações complexas da língua: relato de 2 casos. **RGO - Revista Gaúcha de Odontologia** [online]. v. 69, p. 1-5, 2021.

MARSI, G. et al. Avaliação da importância do exame clínico para os alunos do curso de graduação da Faculdade de Odontologia de São José dos Campos – UNESP. **Revista Abeno**, v. 20, n.1, p. 5-10, jan-jun 2009.

MARTELLI, D.R, MARTELLI-JÚNIOR H. Undiagnosed and rare diseases: current challenges, perspectives and contribution of oral cavity examination. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology and Endodontics**, v. 130, n. 2, p. 227-228, 2020.

MASSONI, A. C. D. L. T. et al. Aspectos orofaciais dos maus-tratos infantis e da negligência odontológica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Pernambuco, v. 15, n. 2, p. 403-410, mar. 2010.

MATIAS, M.D.P. et al. Diagnosticando sífilis adquirida através de lesões orais: a experiência de 12 anos de um Centro de Medicina Oral. **Brazilian Journal of Otorhinolaryngology**, v. 86, p. 358-363, 2020.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma composição técnica do trabalho centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. **Saúde em debate**. Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 316-323, 2003.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. **História Ciência Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 4, n.3, p. 513-531, nov. 1997.

MINAYO, M. C. S. Violência e saúde. **Fiocruz**, Rio de Janeiro, 2006. 128 p.

MOAKE, J. L. Formação de hematomas e hemorragia. **Manual MSD**. Baylor College of Medicine, 2020.

MONTES CLAROS. **Protocolo Municipal de Atuação da Rede de**

Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres de Montes Claros. Montes Claros-MG. Maio de 2021. Disponível em <<https://docs.google.com/document/d/18Nwx-0VWP6wdhgGpbKBbAyd8oqtXhjr6T-mcRJodOfc/edit>>

NEVILLE, B.W. et al. **Patologia Oral e Maxilofacial.** Trad. 3a Ed., Rio de Janeiro: Elsevier, 2016, 972 p.

OKESON, J. P. **Tratamento das desordens temporomandibulares e oclusão.** 6 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.

OLIVEIRA, M. M. M. et al. Tratamento cirúrgico de fratura bilateral de mandíbula em paciente pediátrico: relato de caso. **Reserach, Society and Development**, Uberlândia, v. 10, n.6, p. 1-9, 2021.

PENNA, G. O.; HAJJAR, L. A.; BRAZ, T. M. Gonorréia. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Brasília, v. 33, n. 5, p. 451-464, 2000.

PFEIFFER, L.; WAKSMAN R.D. I. Violência na infância e adolescência. In: Campos, J. A. (ed). **Manual de segurança da criança e do adolescente.** Belo Horizonte: Sociedade Brasileira de Pediatria, p. 95-278, 2004.

POZZI, I et al. Manual de trauma ortopédico / SBOT - Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia. **SBOT - Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia**, São Paulo, 2011. 377p.

QUEIRÓS, C.; COSTA, J. B. da. Oral Transmission of Sexually Transmissible Infections: A Narrative Review. **Revista Científica da Ordem dos Médicos**, Lisboa, v. 32, n. 12, p. 776-781, jun. 2019.

ROTHER, K; TSOKOS, M, HANDRICK, W. Animal and Human Bite Wounds. **Dtsch Arztebl Int.** v. 112, n. 25, p. 433-443.2015.

SANTOS, E. S.; SÁ, J. DE O.; LAMARCK, R. Manifestações orais da sífilis: revisão sistematizada de literatura. **Archives of Health Investigation**, v. 8, n. 8, p. 413-416, 2019.

SANTOS, L. S.; FARIAS, L. P. M.; COSTA, S. M. **Fluxograma para atendimento por cirurgiões-dentistas às pessoas vítimas de violência interpessoal.** Produto técnico desenvolvido no Mestrado em Cuidado Primário em Saúde da Universidade Estadual de Montes Claros – Unimontes, 2022.

SANTOS, L. S.; FARIAS, L. P. M.; COSTA, S. M. **Formulário para registro de informações de violência interpessoal relacionadas às manifestações bucais e faciais.** Produto técnico desenvolvido no Mestrado em Cuidado Primário em

Saúde da Universidade Estadual de Montes Claros – Unimontes, 2022.

SANTOS, M.A.; OLIVEIRA, A.C.D. **Ação centrada na pessoa**. Belo Horizonte: Mimeo, 2013. 7p.

SEN, R. Oral condyloma acuminatum in a 75-year-old geriatric patient. **BMJ case reports**, 2018. doi: 10.1136/bcr-2017-222905.

SILVA, R. F. et al. Responsabilidade profissional no atendimento de pacientes com traumatismo dentário. **Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial**, v. 9, n. 1, p. 53-58, 2009.

SILVA, R. F. et al. Atuação profissional do cirurgião-dentista diante da Lei Maria da Penha. **Revista Sul-Brasileira de Odontologia**, v. 7, n. 1, p. 110-116, 2010.

SIMÕES, M. P.; POSSAMAL, P. Documentação de lesões buco-maxilo-faciais: implicações legais. **Revista Brasileira de Odontologia**, v. 58, n. 6, p. 393-395, 2001.

SOUZA C.E. et al. Violência infantil e a responsabilidade profissional do cirurgião-dentista – revisão de literatura. **Revista Brasileira de Odontologia Legal**. v. 4, n. 1, p. 53-63, 2017.

SOUZA, D. F. M. Epidemiologia das fraturas em crianças num pronto socorro de uma metrópole tropical. **Acta Ortopédica Brasileira**, v. 18, n. 6, p. 335-338, 2010.

SOUZA, G. L. et al. Estudo epidemiológico dos indivíduos vítimas de queimaduras no brasil: revisão de literatura. **Anais da Mostra Acadêmica do Curso de Fisioterapia**, v. 7, n. 1, p. 153-160, 2019.

SWEET, D.; PRETTY, I. A look at forensic dentistry – Part 2: Teeth as weapons of violence – identification of bitemark perpetrators. **Brazilian Dental Journal**, v. 190, n. 8, p. 415-418, 2001.

TEDESCHI-OLIVEIRA, S. V. et al. Inter canine Distance In The Analysis Of Bite Marks: A Comparison Of Human And Domestic Dog Dental Arches. **Journal of Forensic Odonto-Stomatology**, v. 29, n. 1, p. 39-36, 2011.

VILELA, S. C.; CARVALHO, A. M. P.; PEDRÃO, L. J. Relação interpessoal como forma de cuidado em enfermagem nas estratégias de saúde da família. **Rev. enferm. UERJ**. Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 96-102, 2014.

YANES, P. et al. Enfermedades de transmisión sexual. Manifestaciones orales. **Scandinavian Journal of Infectious Diseases**, Barcelona, v. 10, n. 3, p. 173-183, dez. 2013.

ZAMBONI, R. A. et al. Levantamento epidemiológico das fraturas de face do Serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre – RS. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 44, n. 5, p. 491-497, 2017.

ZANASI-JR, S. et al. Queimadura solar de terceiro grau no idoso. **Arquivos Médicos do ABC**, v. 1, n. 32, p. 34-37, 2007.

APÊNDICE A - CONTATOS E ENDEREÇOS EM MONTES CLAROS, MG, BRASIL

POLÍCIA MILITAR DE MINAS GERAIS/PATRULHA DE PREVENÇÃO À VIOLÊNCIA DOMÉSTICA (PMMG)

Endereço: Av. Major Alexandre Rodrigues, 301, Bairro Ibituruna

Telefone: (38) 3201-0200 (geral) /3201-0217 (P3 11 RPM - expediente administrativo) e 190 (todo o tempo)

E-mail: ppvdmoc@pmmg.gov.br

Responsável: Coronel PM Wanderlúcio Ferraz dos Santos, Comandante da 11a RPM

DELEGACIA ESPECIALIZADA DE ATENDIMENTO ÀS MULHERES (DEAM)

Endereço: Rua Enor de Brito, nº. 222. Bairro Morada do Sol

Telefone: (38) 3216-7909

E-mail: delegaciamulheres@yahoo.com.br

Responsável: Dra. Karine Maia Costa (Delegada da Mulher)

Horário de funcionamento: 8h às 12h e 14h às 17h (dias úteis). Não abre aos sábados, domingos, feriados. Sendo necessário, a vítima deve procurar a Polícia Militar para fazer a ocorrência policial na Delegacia de Plantão.

1ª PROMOTORIA DE JUSTIÇA DA COMARCA DE MONTES CLAROS/ MG (MPMG)

Endereço: Av. Cula Mangabeira, nº. 345. Bairro Centro

Telefone: (38) 3221-2901.

E-mail: violenciadomesticamc@mpmg.mp.br

Responsável: Dr. André Tanure Domingues Figueiredo (Promotor de Justiça)

Horário de funcionamento: 12h às 18h (dias úteis)

VARA DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E FAMILIAR CONTRA A MULHER DA COMARCA DE MONTES CLAROS/MG (TJMG)

Endereço: Rua Raimundo Penalva, nº. 70. Bairro Vila Guilhermina

Telefone: (38) 3229-1320

E-mail: mclvid@tjmg.jus.br

Responsável: Dr. Geraldo Andersen de Quadros Fernandes (Juiz)

DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE MINAS GERAIS/NÚCLEO ESPECIALIZADO EM DEFESA DO DIREITO DA MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA (NUDEM)

Endereço: Av. Dr. João Luís de Almeida, nº. 454. Bairro Vila Guilhermina

Telefone: 3222-1361

E-mail: unidade.montesclaros@defensoria.mg.def.br

Horário de atendimento: 8h às 18h

Responsável: Wesley Soares Caldeira

CENTRAL DE ACOMPANHAMENTO DE PENAS ALTERNATIVAS – CEAPA

Endereço: Rua Tiradentes, 422. 2º piso. Bairro Centro

Telefone: (38)3222-9680

E-mail: montesclarosceapa@gmail.com

Responsável: Vanessa Alves Silva

Horário de funcionamento: 12h às 17h30

PROGRAMA DE MEDIAÇÃO DE CONFLITOS UPC SANTOS REIS

Endereço: Rua Geraldino Machado, 785 – Bairro Santos Reis

Telefone: (38) 3212-8116 / 3212-7622

E-mail: santosreispmc@gmail.com

Responsável: Vanessa Alves Silva

Horário de atendimento: 11h às 17h (dias úteis)

COORDENADORIA DA MULHER

Endereço: Avenida Mestra Fininha, N° 715 – Bairro Centro

Telefone: (38) 2211-3435

E-mail: coordenadoriadamulhersmds@gmail.com

Responsável: Sandra Maria

Horário de atendimento: 8h às 18h

CREAS I

Endereço: Rua Tupiniquins, nº 70 – Bairro Melo

Telefone: (38) 2211-3463

E-mail: creasmontesclaros@yahoo.com.br

Responsável: Cléa Marcia Rodrigues Silva Moura

Horário de atendimento: 8h às 18hs

CREAS II

Endereço: Rua Viriato Ribeiro de Aquino, 80, Bairro Canelas II.

Telefone: (38) 2211.3432 / 2211.3433

E-mail institucional: creas2mocmg@gmail.com

Responsável: Alyne Crystiane de Carvalho Mendes

Horário de atendimento: 8h às 18h

CRAS - UNIDADE CENTRAL

Endereço: Praça Raul Soares, s/nº. (Antiga Rodoviária)

Telefone: (38) 2211-3474/2211-3475

E-mail: crascentralmoc@yahoo.com.br

Responsável: Amanda Vieira Rocha

Horário de atendimento: 8h às 17h

Demais Unidades

CRAS	COORDENADORA	ENDEREÇO	TELEFONE/E-MAIL
INDEPENDÊNCIA	Josiane Santos Silva	Rua Guatemala, nº. 298. Bairro Vila Real	2211-3472 crasindependencia@ yahoo.com.br
JK	Enedina de Carvalho	Av. Antônio de Freitas, s/n. Bairro Village do Lago	2211-3460 crasjkvillage@gmail. com
MARACANÃ	Cláudia Gislene R. Fonseca	Av. Brasília, nº. 538. Bairro Maracanã	2211-3477 cras.maracana@ yahoo.com.br
MAJOR PRATES	Fabíola dos Santos Souza	Rua Prof. Raimundo Neto, nº. 701. Bairro Major Prates	2211-3456 crasmajorprates@ hotmail.com
RENASCENÇA	Alice Crisóstomo Fernandes	Rua Ivete Vargas, nº. 421. Bairro Vila regina	2211-3479 crasrenascenca@ hotmail.com
RURAL	Kelly Viviane Santos Velo	Mercado Municipal Bairro: Centro	2211-3481/2211- 3480 crasrural@yahoo. com.br
SANTOS REIS	Mônica Oliveira Santos Lafetá	Rua Antônio Martins, nº. 31 Bairro Santos Reis	2211-3458 cras.santosreis@ yahoo.com.br

SÃO JUDAS TADEU	Mirian Maciel Souto	Av. Leonel Beirão de Jesus, nº. 3.363. Bairro Vila Telma	2211-3486 crassaojudas@gmail.com
VILA OLIVEIRA	Sandra Gilvane Ferreira Horta	Rua Gabriel Batista, nº 21. Bairro Vila Oliveira	2211-3470/2211-3471 cras.vilaoliveira@gmail.com
DELFINO	Maria Inês M. de Almeida	Rua São Luiz, nº 240. Bairro Santo Antônio	2211-3464 crasdelfino@yahoo.com.br

UNIDADE DE ACOLHIMENTO CASA DA ESPERANÇA

Endereço: não informado (medida de segurança)

Telefone: (38) 2211-3496/2211-3497 (apenas em horário comercial)

E-mail: casaesperanca2013@yahoo.com.br

Responsável: Noeme das Graças Lemos

Horário de atendimento: 24h

CENTRO DE REFERÊNCIA DE ATENDIMENTO A MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA – CRAM

Endereço: Avenida Mestra Fininha, Nº 715 – Centro

Telefone: (38) 2211-3435

E-mail: crammoc.encaminhamentos@gmail.com

Responsável: Sandra Maria

Horário de atendimento: 7h às 18h (dias úteis)

ESTRATÉGIAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA (COORDENAÇÃO ESF)

Endereço: Av. Governador Magalhães Pinto, 5.940.

Telefone: (38) 2211-4313

E-mail: esfmoc2017@gmail.com

Responsável: Daniella Cristina Martins Dias Veloso

Horário de atendimento: 7h 30min às 17h 30min

EQUIPE SAÚDE DA FAMÍLIA	ENDEREÇO DA UNIDADE SAÚDE DA FAMÍLIA	TELEFONE
ACÁCIAS	Rua Alameda A, 1, Acácias	2211-4515
ÁGATA	Rua Olivina, 240, Santa Lúcia	2211-4437 E 2211-4438
ALCIDES RABELO	Rua Geraldo Santana De Lima (Antiga Bem-Ti-Vi), 107, Alcides Rabelo	2211-4508 2211-4509
ALECRIM	Rua Osmane Gomes Oliveira, 255, Canelas	2211-4538
ALGAS MARINHAS	Rua Raimundo Wanderlei, 42, Santo Antônio II	2211-4429 E 2211- 4430
ALTEROSA	Rua K, 81, José Correa Machado	2211-4477 e 2211-4478
ALTO DA BOA VISTA	Rua José Maria Silva, 131, Vila Sion	2211-4516 2211-4517
ALTO SÃO JOÃO	Rua João Teixeira Bastos, 114, Alto São João	2211-4586
ALTO SÃO JOÃO II	Rua João Teixeira Bastos, 114, Alto São João	2211-4586
AMETISTA	Rua Monte Plano, 892, Cintra.	2211-4456
ANTONIO PIMENTA I	Rua Rosa Mendes Ferreira, 336, Antônio Pimenta	2211-4468
ANTONIO PIMENTA II	Rua Rosa Mendes Ferreira, 336, Antônio Pimenta	2211-4468
ANTONIO PIMENTA III	Rua Rosa Mendes Ferreira, 336, Antônio Pimenta	2211-4468
APARECIDA DO MUNDO NOVO (ZONA RURAL)	Av. Montes Claros, S/N, Aparecida Mundo Novo	2211- 4421 e 2211- 4422
AZALEIA	Rua Zulma Antunes Pereira N 191, Antônio Narciso	2211- 4528
BELA PAISAGEM	Rua Geraldino Machado, 946, Vila Áurea	2211-4433
BELA VISTA	Rua Guarani, 47, Vila Atlântida.	2211-4435 e 2211-4436
CANTO DO ENGENHO (ZONA RURAL DE SÃO GERALDO II)	Rua Eurico Leite Fonseca, 181	
CARMELO	Rua Lagoa dos Carajás, 500, Carmelo	2211-4535
CARMELO II	Rua Lagoa Abaete, 101 Carmelo	2211-4443 e 2211-4444

CENTRO	Rua Gabriel Passos, 53 Centro	2211-4590
CHIQUINHO GUIMARÃES	Rua Pirajuí, 118, São Geraldo	2211-4447 2211-4448
CIDADE CRISTO REI	Rua Juiz de Fora, 115, Alto São João	2211-4449 e 2211-4450
CIDADE INDUSTRIAL	Rua Quarenta e Três, 210, Cidade Industrial	2211-4451 E 2211-4452
CINTRA I	Rua Cônego Marcos, 744, Cintra	2211-4453 e 2211-4454
CINTRA II	Rua Cônego Marcos, 744, Cintra	2211-4453 e 2211-4454
CIRO DOS ANJOS	Rua Quinze, 71, Joaquim Costa	2211-4457 e 2211-4458
CLARINDO LOPES	Rua Monte Plano, 892, Cintra.	2211-4456
CONJUNTO VITÓRIA I	Rua 17, 350, Residencial Vitória Ii	2211 4503
CONJUNTO VITÓRIA II	Rua 17, 350, Residencial Vitória Ii	2211 4503
CONSULTÓRIO NA RUA	Rua Gabriel Passos, 53, Centro	2211-4592
CORAL	Rua Tupiniquins, 514, Melo	2211- 4510
CRISTAL	Av. Neco Delfino, 289, Delfino Magalhães	2211-4338 e 2211-4339
DÁLIA	Rua Espanha, 150, Independência.	2211- 4481 e 2211-4482
DELFINO MAGALHÃES	Av. Neco Delfino, 289, Delfino Magalhães	2211-4338 e 2211-4339
DIAMANTE	Rua Honorato Campos, 118, Morada Do Sol	2211-4441 e 2211-4442
ELDORADO I	Rua Maria Mota, 384- Jardim Eldorado	2211-4368 e 2211-4369
ELDORADO II	Rua Antônio Moreno, 417, Eldorado	2211-4471 e 2211-4472
ESMERALDA	Rua Aimorés, 857, Funcionários	2211-4431 e 2211-4432
ESPLANADA I	Rua Coronel Coelho, 195, Esplanada	2211-4473 e 2211-4474
ESPLANADA II	Rua Coronel Coelho, 195, Esplanada	2211-4473 E 2211-4474
ESPLANADA III	Rua Lagoa Maricá, 1.080, Santa Laura	2211- 4518

FLOR DE LIS	Rua Espanha, 150, Independência.	2211- 4481 e 2211-4482
FRANCISCO PERES	Rua Monte Plano, 892, Cintra.	2211-4456
GIRASSOL	Rua E, 29, Monte Sião	2211- 4424 e 2211- 4434
INDEPENDÊNCIA I	Rua Espanha, 150, Independência.	2211- 4481 e 2211-4482
INDEPENDÊNCIA II	Av. Independência, 3.260, Independência	2211-4415 e 2211- 4416
INDEPENDÊNCIA III	Rua Grenfell, 116, Independência	2211- 4520
IPÊ AMARELO	Av. Sidney Chaves, 1.279, Edgar Pereira	2211-4505
IPÊ BRANCO	Av. Sidney Chaves, 1.279, Edgar Pereira	2211-4505
JADE	Rua Carlos Câmara, 217, Vila Guilhermina	2211-4539
JARAGUÁ	Av. Antônio De Freitas, 205, Jaraguá	2211-4523
JARDIM ALEGRE - CAMPOS ELÍSIOS	Rua F, Nº 590, Bairro Jardim Alegre (Facela)	2211-4565
JARDIM BRASIL/ AMAZONAS	Rua Teófilo Alves De Almeida, 250, Jardim Brasil	2211-4537
JARDIM OLÍMPICO	Rua Wellington César Alves, 285, Novo Delfino	2211 4519
JARDIM PALMEIRAS I	Rua Natal, 318, Jardim Palmeiras	2211-4489 e 2211-4490
JARDIM PALMEIRAS II	Av. Neco Delfino, 289, Delfino Magalhães	2211-4338 e 2211-4339
JARDIM PRIMAVERA II	Rua Três, 905 JD Primavera	2211-4524
JARDIM SANTO INÁCIO	Rua Monte Sinai, 116 Santo Inácio	2211-4439 e 2211-4440
JARDIM SÃO GERALDO	Rua Pirajuí, 118, São Geraldo	2211-4447 2211- 4448
JATOBÁ	Rua C, 90, Vila Atlântida.	2211-4495 e 2211-4496
JEQUITIBÁ	Rua E, 29, Monte Sião	2211- 4424 e 2211- 4434
JOÃO BOTELHO	Rua Felício Pereira de Araujo, 85 Morrinhos	2211-4526
JOSE CARLOS LIMA	Rua Antônio Franco Amaral Filho, 282, José Carlos de Lima	2211-4469 e 2211-4470

JOSE CORREA MACHADO	Rua K, 81, José Correa Machado	2211-4477 e 2211-4478
LÍRIO	Rua Raimundo Fernando Dias, 120, Renascença	2211 4420
LOURDES I	Rua Geovane Soares da Cruz, 647, Lourdes	2211-4260 e 2211-4261
LOURDES II	Rua Geovane Soares da Cruz, 647, Lourdes	2211-4260 e 2211-4261
MAJOR PRATES I	Av. Olímpio Prates, 773, Major Prates	2211-4499
MAJOR PRATES II	Av. Olímpio Prates, 773, Major Prates	2211-4499
MAJOR PRATES III	Av. Olímpio Prates, 773, Major Prates	2211-4499
MAJOR PRATES IV	Av. Olímpio Prates, 773, Major Prates	2211-4499
MANDAQUARIL (ZONA RURAL)	Estrada de Juramento, Km 20.	
MARACANÃ I	Rua G, 246, Vila Campos	2211-4493 e 2211-4494
MARACANÃ I	Rua G, 246, Vila Campos	2211-4493 e 2211-4494
MARACANÃ II	Av. Brasília, 538, Maracanã	2211- 4465 e 2211-4466
MARACANÃ III	Av. Brasília, 538, Maracanã	2211- 4465 e 2211-4466
MARACANÃ IV	Av. Brasília, 538, Maracanã	2211- 4465 e 2211-4466
MARFIM	R. Serra da Mantiqueira, 340, Morada da Serra	2211-4372 e 2211-4373
MIRALTA (ZONA RURAL)	Rua Capitão Eugênio, S/N	2211 3253 e 2211-3253
MONTE CARMELO I	Rua Platina, 22, Monte Carmelo li	2211-4506 e 2211-4507
MONTE CARMELO II	Rua Olivina, 2a40 Santa Lúcia	2211-4437 e 2211-4438
MONTE SIÃO	Rua E, 29 Monte Sião	2211- 4424 e 2211- 4434
MORRINHOS I	Rua Melo Viana, 550, Morrinhos	2211-4445 22114446
MORRINHOS II	Rua Melo Viana, 550, Morrinhos	2211-4445 22114446

MORRINHOS III	Rua Melo Viana, 550, Morrinhos	2211-4445 22114446
NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS	Rua Democrata (Antiga Rua G), 388 Nossa Senhora Das Graças	2211-4483 e 2211-4484
NOSSA SENHORA DE FÁTIMA	Rua Monte Plano, 892, Cintra.	2211-4456
NOVA ESPERANÇA I (ZONA RURAL)	Av. Joaquim de Abreu, 245, Nova Esperança	2211-4423
NOVA ESPERANÇA II (ZONA RURAL)	Av. Joaquim de Abreu, 245, Nova Esperança	2211-4423
NOVA MORADA	Rua Antônio Moreno, 417, Eldorado	2211-4471 e 2211-4472
NOVO DELFINO	Rua 35, 39 Novo Delfino	2211 4521
NOVO JARAGUÁ	Av Perimetral, 2546, Vilage do Lago II	2211 4459 E 2211 4460
ONIX	Rua Itália, 1.055, Nova Suíça	2211-4525
ORQUÍDEA	Rua Raimundo Fernando Dias, 120, Renascença	2211 4420
PÉROLA	Rua Santo Antônio, 510, Todos os Santos	2211 4546
PLANALTO I	Rua Espírito Santo, 389, Planalto	2211-4344 e 22114485
PLANALTO II	Rua Dois, 150 B, Planalto	
PLANALTO III	Rua Espírito Santo, 389, Planalto	2211-4344 e 22114485
PLANALTO RURAL	Br 153, Km 384, Zona Rural	2211-3251
RECANTO DAS ÁGUAS	Rua H, 32, São Lucas	2211-4527
RESIDENCIAL SUL	Rua K, 81, José Correa Machado	2211-4477 e 2211-4478
RUBI	Rua Itália, 1.055, Nova Suíça	2211-4525
SAFIRA	Rua Anhanguera, 621, Funcionários	2211-4588
SAMAMBAIA (ZONA RURAL)	Av. Moc, 58, Vila Nova De Minas	2211 4556
SANTA BÁRBARA (ZONA RURAL)	Br 365 Km 10 Santa Bárbara	2211 4597
SANTA EUGÊNIA	Rua Antônio Moreno, 417, Eldorado	2211-4471 e 2211-4472

SANTA LÚCIA I	Rua Olivina, 240, Santa Lúcia	2211-4437 e 2211-4438
SANTA LÚCIA II	Rua Platina, 22, Monte Carmelo II	2211-4506 e 2211-4507
SANTA PAULA ELIZABETH	Av Perimetral, 2.546, Vilage do Lago II	2211 4459 e 2211 4460
SANTA RAFAELA	Rua Vicente Silva, 160, Santa Rafaela.	2211-4417 e 2211-4418
SANTA ROSA DE LIMA (ZONA RURAL)	Praça Bom Jesus, S/N, Santa Rosa de Lima	2211 4558
SANTO ANTÔNIO I	Av. Olímpio Magalhães, 756, Delfino Magalhães	2211-4511
SANTO ANTÔNIO II	Rua Raimundo Wanderlei, 42, Santo Antônio II	2211-4429 e 2211- 4430
SANTOS REIS	Rua Marcos Ribeiro, 167, Santos Reis	2211-4427 e 2211-4428
SÃO GERALDO	Rua Quinze, 71, Joaquim Costa	2211-4457 e 2211-4458
SÃO GERALDO II	Av. Aparecida Bispo, 30, São Geraldo II	2211-4531
SÃO JOSÉ	Av. Floriano Neiva, 833, Alto São João	2211- 4536
SÃO JUDAS I	Rua Padre Vieira, 620, São Judas	22114461 e 22114462
SÃO JUDAS II	Rua Padre Vieira, 620, São Judas	22114461 e 22114462
SÃO JUDAS III	Rua Padre Vieira, 620, São Judas	22114461 e 22114462
SÃO JUDAS IV	Rua Padre Vieira, 620, São Judas	22114461 e 22114462
SUCUPIRA	Rua Marcos Ribeiro, 167, Santos Reis	2211-4427 e 2211-4428
TANCREDO NEVES	Rua Dois, 206, Tancredo Neves	2211-4475 e 2211-4476
TOPÁZIO	Rua 33, 191, Santo Amaro	2211-4522
TURMALINA	Rua Padre Rafael, 525, Vila Guilhermina	2211-4512 22114513
TURQUESA	Rua Três, 90, Jardim Primavera	2211-4524
VARGEM GRANDE	Rua Quinze, 71, Joaquim Costa	2211-4457 e 2211-4458

VERA CRUZ	Rua Eulidson Novais S/N, Vera Cruz.	2211- 4425 e 2211- 4426
VILA ANALIA	Rua C, 474, Vila Anália.	2211-4487 e 2211-4488
VILA ATLÂNTIDA	Rua C, 90, Vila Atlântida.	2211-4495 e 2211-4496
VILA ÁUREA	Rua Antônio Moreno, 417, Eldorado	2211-4471 e 2211-4472
VILA CAMPOS	Rua G, 246, Vila Campos	2211-4493 e 2211-4494
VILA MAURICÉIA	Rua Maria Conceição, 245, Vila Mauricéia	2211-4497 e 2211-4498
VILA OLIVEIRA	Rua Maria Conceição, 245, Vila Mauricéia	2211-4497 e 2211-4498
VILA SÃO FRANCISCO ASSIS	Rua Marcos Ribeiro, 167, Santos Reis	2211-4427 e 2211-4428
VILA SION	Rua José Maria Silva, 131, Vila Sion	2211-4516 2211- 4517
VILA SION II	Rua José Maria Silva, 131, Vila Sion	2211-4516 2211- 4517
VILA TELMA	Rua Antônio Franco Amaral Filho, 282, José Carlos de Lima	2211-4469 e 2211-4470
VILA TIRADENTES	Rua Dois, 206, Tancredo Neves	2211-4475 e 2211-4476
VILAGE DO LAGO	Av. Perimetral, 2.546, Village do Lago II	2211 4459 e 2211 4460
VIOLETA	Praça Ernestina Alves, 34, Alice Maia	2211-4419

CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)

Endereço: Policlínica Dr. Hélio Sales – Av. Donato Quintino, nº. 341

Telefone: (38) 2211-4316

E-mail: coordenacaosaudementalmoc@gmail.com

Responsável: Dr. Leonardo Félix

Horário de atendimento: 8h às 17h

CAPSI

Endereço: Rua Jacarandá, nº 115 – Bairro Canelas

E-mail: capsimoc@gmail.com

Telefone: (38) 2211-4276

Responsável: Eliane Silva Gonçalves

CAPS II

Público: adultos com transtorno mental a partir dos 18 anos

Endereço: Av. Donato Quintino, nº 341 – Bairro Canelas

E-mail: capsphs@yahoo.com.br

Telefone: (38) 2211. 4534

Responsável: Débora Durães

CAPS- AD

Público: pessoas a partir dos 18 anos com problemas com álcool e outras drogas

Endereço: Rua Gonçalves Figueira, nº 202 – Centro

Email: capsadmoc@yahoo.com.br

Telefone: (38) 2211-4266

Responsável: Núbia Guimarães

SAÚDE DA MULHER

Endereço: Av. Donato Quintino, nº. 341 – Bairro Cidade Nova

Telefone: 2211-4270/2211-4271/2211-4278

E-mail: saudedamulher20092gmail.com

Responsável: Luciene Brasileiro Vaz

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CLEMENTE DE FARIA/HUCF

Endereço: Av. Cula Mangabeira, nº. 562. Bairro Santo Expedito

Telefone: (38) 3224-8315/3224-8314

E-mail: maternidade.hucf@unimontes.br

Responsável: Theresa Raquel (referência técnica)/Arlenes (Coordenadora administrativa)/Dra. Flávia Magaly (Ginecologista e Obstetra e Coordenadora Clínica da Maternidade)

Horário de atendimento: 24h

CONSELHO MUNICIPAL DOS DIREITOS DA MULHER

Endereço: Praça Raul Soares, S/N – Centro

Telefone: (38) 2211-3445

E-mail institucional: conselhodamulhermoc@gmail.com

Responsável: Maisa Rodrigues da Silva

CONSELHO TUTELAR

Endereço: Rua Benjamin dos Anjos, 535 – Melo Montes Claros MG

Telefone recepção/denúncia: (38) 2211-3485/2211-3489/2211-3491

Telefones de plantão: (38) 98404-6036/98403-4610

Telefones das regiões:

CT 1ª região: (38) 2211-3484

CT2ª região: (38) 2211-3488

CT3ª região: (38) 2211-3490

E-mail: 1ª região: conselhotutelar1regiao@yahoo.com.br

2ª região: conselhotutelar2regiao@yahoo.com.br

3ª região: conselhotutelar3regiao@yahoo.com.br

Horário de atendimento: 8h às 18h

Horário de plantão: 18:01 às 7:59 (segunda a sexta) e 24h (sábado e domingo).

GRUPO DE PESQUISA E ESTUDOS GÊNERO E VIOLÊNCIA – GPEG

Endereço: Campus Unimontes/Montes Claros – sala 61 Bloco 2

Telefone: (38) 3229-8318

E-mail: institucional:ppgh.unimontes@gmail.com

Responsável: Prof. Dra. Cláudia de Jesus Maia

CENTRO DE REFERÊNCIA EM DIREITOS HUMANOS – CRDH NORTE

Endereço: Rua Juca Prates, nº. 1.100. Bairro Morrinhos

Telefone: (38) 99725-3694 / 99725-3924

E-mail institucional: crdhcaritas.norte@gmail.com

Responsável: Júlia Veloso

Horário de atendimento: 8h às 17h (dias úteis) ou pelo whatsapp (038) 99725-3924

GRUPO MULHERES DO BRASIL (NÚCLEO MONTES CLAROS)

Endereço: Rua do Atlético, nº. 857. Bairro Maracanã

Telefone: (38) 99134-4948

E-mail: montesclaros@grupomulheresdobrasil.org.br

Responsável: Deijane Graciele Ferreira Coelho e Ribeiro

EDITORIA **HD**

ATENÇÃO CENTRADA NA PESSOA EM SITUAÇÃO DE VIOLENCIA INTERPESSOAL:

ORIENTAÇÕES PARA CIRURGIÕES-DENTISTAS
DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Montes Claros/MG
Abril/2022




Unimontes
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS


PPGCPs
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CUIDADO PRIMÁRIO EM SAÚDE

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS - UNIMONTES
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE - CCBS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CUIDADO PRIMÁRIO EM SAÚDE - PPGCPs

ISBN: 978-85-92830-36-6



9 788592 830366