

UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ
Andressa Maria Lo-Ré Castilho

NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA

Taubaté – SP

2018

UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ
Andressa Maria Lo-Ré Castilho

NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA

Trabalho de Graduação apresentado para obtenção do Grau Acadêmico pelo curso de Odontologia do Departamento de Odontologia da Universidade de Taubaté.

Orientação: Prof. Dr. Edison Tibagy Dias de C. Almeida

Taubaté – SP

2018

SIBi – Sistema Integrado de Bibliotecas / UNITAU

C352n Castilho, Andressa Maria Lo-Ré
Notificação compulsória / Andressa Maria Lo-Ré Castilho. -- 2018.
47 f.

Monografia (graduação) – Universidade de Taubaté, Departamento de
Odontologia, 2018.

Orientação: Prof. Dr. Edison Tibagy Dias de Carvalho Almeida,
Departamento de Odontologia.

1. Código de ética. 2. Notificação. 3. Odontologia legal. 4. Violência
doméstica. I. Universidade de Taubaté. II. Título.

CDD - 614.1

Andressa Maria Lo-Ré Castilho

Data: 30 de Novembro de 2018

Resultado:

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Edison Tibagy Dias de C. Almeida _____, Universidade de Taubaté
Assinatura

Prof. Dr. Nivaldo André Zollner _____, Universidade de Taubaté
Assinatura

Prof. Dr. Mario Celso Peloggia _____, Universidade de Taubaté
Assinatura

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer a Deus primeiramente, por permitir que eu chegasse até aqui e ter me dado forças para passar por todas as dificuldades que passei durante a minha trajetória acadêmica. Ao meu orientador Professor Doutor Edison Tibagy Dias de C. Almeida pelos ensinamentos, aprendizado, dedicação e ajuda sempre que necessitei durante todo o curso. Aos Professores membros da banca por me prestigiarem e contribuírem para minha formação. Aos demais professores pelo aprendizado e experiência durante minha formação. Aos meus pais por proporcionarem minha formação acadêmica e por terem me ensinado tudo que eu sei hoje. A todos meus familiares que me apoiaram, me ajudaram quando precisei e torceram pelas minhas conquistas e sucesso. Aos amigos que fiz durante a faculdade pela parceria, apoio, experiências maravilhosas, bons momentos, apoio, força e por toda a trajetória que estiveram ao meu lado. Aos meus amigos antigos que torceram pela minha trajetória acadêmica e pelo meu sucesso.

RESUMO

A violência contra crianças, adolescentes, mulheres e idosos tem ocorrido frequentemente em nossa sociedade, sendo visivelmente uma das grandes causas de morbidade e mortalidade, e se tornando um grande problema de saúde pública no País. Devido o aumento significativo da violência na população, principalmente em grupos mais vulneráveis, o conhecimento sobre a Notificação Compulsória é de suma importância para todos os profissionais da área da saúde, sendo uma manifestação de força e resistência dos profissionais de saúde contra à violência e maus tratos, devendo ser realizada em casos de sua suspeita ou confirmação, cujos dados alimenta o Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN). O objetivo desse trabalho é subsidiar informações para o conhecimento dos graduandos em Odontologia, cirurgiões-dentistas e profissionais da área da saúde, com relação à importância da Notificação Compulsória em casos de vítimas de violência e maus tratos. O trabalho foi realizado por meio de análise documental da legislação brasileira, decretos, programas governamentais, código de ética e consulta bibliográfica na base de dados do SciELO, pertinentes ao tema. Diante do que foi relatado e discutido, pôde-se concluir que a Notificação Compulsória é uma obrigação ético-legal aos cirurgiões-dentistas diante dos casos de violência e maus tratos junto à vigilância sanitária local; os cirurgiões-dentistas têm um papel fundamental e privilegiado na suspeita ou diagnóstico dos casos de violência e maus tratos; é de fundamental importância que os graduandos de odontologia e cirurgiões-dentistas recebam orientações frente aos casos de violência e maus tratos para saberem agir de forma ética e legal; e a notificação compulsória fortalece a visualização da violência e maus tratos, fornecendo subsídios para nortear a implementação de ações de prevenção, proteção, intervenção e promoção da saúde.

Palavras-chave: Violência doméstica; Odontologia Legal; Notificação; código de ética.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	7
2. PROPOSIÇÃO	9
3. REVISÃO DE LITERATURA	10
4. DISCUSSÃO	35
5. CONCLUSÃO	44
6. REFERÊNCIAS.....	45

1 INTRODUÇÃO

A violência contra crianças, adolescentes, mulheres e idosos tem ocorrido frequentemente em nossa sociedade, sendo visivelmente uma das grandes causas de morbidade e mortalidade, e se tornando um grande problema de saúde pública no País.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) a violência é definida como: “o uso intencional de força física ou poder, real ou em ameaça contra si próprio, contra outra pessoa ou contra um grupo ou uma comunidade, que se resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação”.

O Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA (Lei Nº 8.069/1990), a Lei Maria da Penha (Lei Nº 10.741/2006) e o Estatuto do Idoso (Lei Nº 10.741/2003) são mecanismos jurídicos disponíveis e definidos para aplicação nos casos de suspeita ou confirmação de violência praticada nesses grupos de indivíduos.

Devido o aumento da violência na população, e que a cada dia se eleva ainda mais, conforme observamos pelos meios de comunicação em geral, o conhecimento sobre Notificação Compulsória é de suma importância para todos os profissionais da área da saúde.

De acordo com Arruda da Silva et al. (2015), a Notificação Compulsória é uma manifestação de poder e resistência dos profissionais de saúde no que se refere à violência, um problema tão comum em nossa sociedade, causador de grande impacto social, político e econômico, com alto potencial de comprometimento para a saúde e qualidade de vida das vítimas.

Independentemente da porta de entrada das notificações, seja pela Saúde, Segurança Pública, Assistência Social, Disque 100, os dados epidemiológicos mostraram que as crianças e os adolescentes vêm sendo vítimas da violência doméstica intrafamiliar (CEZAR et al. 2017).

Diante do exposto acima, se torna oportuno uma revisão da literatura sobre a importância do conhecimento por parte dos graduandos em odontologia e dos cirurgiões-dentistas, sobre a importância da Notificação Compulsória.

2 PROPOSIÇÃO

Subsidiar conhecimentos aos graduandos em Odontologia, cirurgiões-dentistas e profissionais da área da saúde, com relação à importância da Notificação Compulsória em casos de vítimas de violência e maus-tratos.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Revisão de Literatura com base em artigos científicos:

Rezende et al. (2007) descreveram dados referentes às lesões corporais na região peribucal em mulheres que sofreram agressão física. Foram analisados os registros e laudos encaminhados ao setor de Odontologia do IML de Belo Horizonte, referentes ao período de janeiro de 2001 a junho de 2002, de 108 mulheres em situação de violência. A faixa etária predominante foi a de 20 a 39 anos (70,4%). A maioria dessas mulheres declarou: ser solteira (63,0%) e ser natural do interior do Estado (48,1%). Quanto à ocupação encontrou-se: 24% que realizam trabalhos domésticos, 21% que são donas-de-casa e 14% que trabalham no comércio. A proporção de mulheres procedentes das Delegacias Seccionais foi maior do que aquelas encaminhadas pelas Delegacias de Mulheres. Pode-se observar que uma determinada agressão pode resultar em vários tipos de lesões classificadas em mais de um grupo, ou seja, várias lesões em uma mesma agressão. Uma análise comparativa entre os grupos mostrou que os danos aos tecidos moles foi o grupo que apresentou o maior número de lesões (115 lesões), seguido dos danos aos tecidos periodontais com 71 lesões. A lesão de tecido mole mais freqüente foi à laceração (49,6%); a de tecidos duros e da polpa foram às fraturas de esmalte e dentina sem exposição pulpar (37,8%); a de tecidos periodontais foi a concussão (40,9%), seguida pela associação da subluxação dentária, luxação extrusiva e luxação lateral, com 33,8% das lesões, sendo a avulsão responsável por 18,3% das lesões, tornando as mulheres que sofreram agressão em geral deformadas e com a necessidade do uso de prótese, com a possibilidade de se fazer um implante; e foram observadas duas lesões em tecidos ósseos, sendo uma fratura de processo alveolar e uma fratura de mandíbula que totalizaram 18,2%. Concluíram que a necessidade de uma coleta de dados mais cuidadosa nos exames periciais, de modo a disponibilizar informação mais detalhada da violência contra as mulheres; todas as lesões encontradas no presente estudo foram decorrentes de agressões físicas na região reafirmando os resultados encontrados em outros estudos que apontam a violência como fator etiológico de traumas que geram

lesões na região peribucal, tais como fraturas faciais, lesões em tecidos periodontais e traumas dentários; e que as lesões buco-dentais são freqüentes representando uma grande demanda para os serviços odontológicos de saúde pública que prestam esse

Saliba et al. (2007) verificaram a atendimento.responsabilidade do profissional da saúde em notificar a violência, principalmente doméstica, e as possíveis leis e éticas nelas empregadas. A violência doméstica representa toda ação que prejudique ou afete o bem estar físico, psicológico, ou a liberdade e direito de um membro da família, podendo ser realizada dentro ou fora de casa, por uma pessoa que esteja sobre o comando ou poder na família. Essa situação afeta as crianças, adolescentes, idosos e a mulheres, sendo essas as principais vítimas na maioria dos casos. Os casos de violência são nítidos de perceber pelo profissional da saúde, principalmente violências físicas, porém os profissionais não dão a importância necessária e não tem o conhecimento da importância desse setor no enfrentamento à violência; muitos por não terem o devido conhecimento sobre o assunto e um preparo adequado, ou por simplesmente não por não quererem se envolver com os casos. As notificações dos casos são de suma importância, pois é por meio dela que a violência ganha visibilidade, permitindo a sua prevenção e dimensionamento epidemiológico. Foram realizadas pesquisas na Legislação brasileira e códigos de ética de medicina, odontologia, enfermagem e psicologia. Foi mencionado o artigo 66 do decreto – lei 3688 de 1941, que reconhece como contravenção penal a omissão do profissional de saúde que não comunicar. Foi realizado pesquisas do estatuto da criança e do adolescente (ECA), estatuto do idoso (lei 10.741), e Leis de notificação compulsória de violência contra a mulher. Concluíram que o profissional da saúde tem o dever de notificar casos de violência, zelando pelo bem – estar e saúde dos seus pacientes, sendo que o profissional que omitir, poderá responder por isso.

Barros (2011) explica que os profissionais de saúde estão profundamente envolvidos na questão da violência, já que esta entrou para o rol de notificação compulsória. Nos últimos anos, a sociedade brasileira vem se voltando para os direitos e a proteção dos grupos vulneráveis, como idosos, mulheres e crianças: afora o

Estatuto da Criança e do Adolescente, que já completou duas décadas, tanto o Estatuto do Idoso como a Lei Maria da Penha, sobre a violência de gênero, nasceram em meados dos anos 2000. Agora, em janeiro de 2011, ao reformular a lista de doenças de notificação compulsória, o Ministério da Saúde incluiu “Violência doméstica, sexual e/ou outras violências” entre os agravos a serem notificados obrigatoriamente pelos profissionais de saúde, não sem antes definir agravo como “qualquer dano à integridade física, mental e social dos indivíduos provocado por circunstâncias nocivas, como acidentes, intoxicações, abuso de drogas, e lesões auto ou heteroinfligidas” (Portaria 104/2011 do Ministério da Saúde). Diante dessas mudanças e do fato de que “a notificação compulsória é obrigatória a todos os profissionais de saúde médicos, enfermeiros, odontólogos, médicos veterinários, biólogos, biomédicos, farmacêuticos e outros no exercício da profissão, bem como os responsáveis por organizações e estabelecimentos públicos e particulares de saúde e de ensino” (Artigo 7º), é importante que os psiquiatras estejam atentos, já que não é raro o psiquiatra se deparar com casos de agressividade interpessoal em sua prática diária, pois pacientes psiquiátricos têm grande risco de serem vítimas de violência e, mais raramente, também podem ser agressivos. Como se aplicam essas regras aos nossos pacientes? Quando e o que deve ser notificado? De acordo com a ficha de notificação/investigação de violência doméstica, sexual e/ou outras violências interpessoais, elaborada pelo Ministério da Saúde, “considera-se violência como o uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação” (Ministério da Saúde, 2011). Pode-se concluir, portanto, que atos agressivos cometidos por pacientes agitados ou em surto psicótico não precisam ser notificados, já que, lato sensu, não são considerados “intencionais”, como define a norma. Além disso, embora inclua eventos “contra si” na definição de violência, a tentativa de suicídio também não se inclui, já que a obrigatoriedade é apenas de informar violência interpessoal. Restam os pacientes que são vítimas de violência. No caso de crianças, a mera suspeita deve ser notificada – lembrando que notificação não é sinônimo de denúncia – não só à Vigilância Sanitária, como também ao Conselho Tutelar. O mesmo vale para os idosos, nesse

caso devendo ser notificados autoridade policial, Ministério Público ou Conselho do Idoso. Para mulheres não se faz necessário notificar a suspeita, sendo compulsória apenas quando o fato for conhecido. E os casos de homens? Embora a lei não os cite especificamente, fica implícito que também devem ser notificados os casos envolvendo homens adultos, uma vez que toda violência interpessoal é objeto da norma. Considerar a violência como questão de saúde pública é fundamental para seu bom enfrentamento por parte do Estado; essa perspectiva, no entanto, redobra a importância do papel dos profissionais de saúde, responsáveis que ficam não só pelo cuidado com as vítimas como também pela produção de informações úteis no combate a esse problema.

Fracon et al. (2011) relataram que a violência tem aumentado em todo o mundo e é enfocada pelos meios de comunicação sob diferentes representações, e que a expressão maus-tratos na infância envolve toda ação ou omissão que prejudique o bem-estar, a integridade física e psicológica ou a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento infantil. O objetivo do presente estudo foi verificar, por meio de um questionário, se os cirurgiões-dentistas de consultórios particulares e/ou da rede pública de saúde da cidade de Cravinhos (SP) receberam orientações, se estão treinados a identificar casos de maus-tratos em crianças e adolescentes e se sabem como proceder diante de tal circunstância. Os resultados mostraram que com relação a suspeita de que algum paciente (crianças e/ou adolescentes) tenha sido vítima de violência doméstica ou psíquica, 26,31% responderam que sim e 73,69% não. No que tange a distribuição dos cirurgiões-dentistas que se consideram capazes de identificar uma lesão decorrente de violência, 68,43% responderam sim e 31,57% não. Na Distribuição dos cirurgiões-dentistas que já fizeram notificação de caso de abuso doméstico (físico ou psíquico) detectado entre seus pacientes (crianças e/ou adolescentes), 100% respondeu que nunca fizeram. O local onde fariam a notificação em caso de agressão doméstica (física e/ou psíquica) detectada entre seus pacientes (crianças e/ou adolescentes), 15,8% respondeu Polícia Militar, 36,84% Ministério Público, 5,26% Entidades de classe e 42,10% Conselho Tutelar. No que diz respeito a conduta que tomariam em caso de maustratos domésticos (físicos e/ou psíquicos) observados entre

seus pacientes (crianças e/ou adolescentes), 0% não faria nada, 5% conversaria com o menor, 35% conversaria com os pais ou responsáveis, 15% faria a notificação à autoridade competente, 5% faria a notificação à autoridade competente e conversaria previamente com os pais ou responsáveis pelo menor e 40% Só faria a notificação à autoridade competente se tivesse certeza da violência ocorrida. Com relação aos locais de recebimento de informações ou treinamento para identificar casos de violência doméstica contra criança e/ou adolescente, 73,7% nunca recebeu informação a respeito do assunto na faculdade, 10,52% receberam durante o curso de graduação, 5,26% receberam na especialização ou na pós-graduação (mestrado ou doutorado), e 10,52% em congressos de Odontologia e 0% em cursos promovidos por outras instituições. Concluíram que os profissionais entrevistados são capazes de identificar maus-tratos em crianças e adolescentes e sabem o que fazer nessa situação, porém ainda há necessidade de mais informação ou treinamento no tocante ao reconhecimento de violência nessa população e ao seu encaminhamento.

Tornavoi et al. (2011), a violência doméstica é atualmente reconhecida como um problema de saúde pública de âmbito mundial. Este trabalho pretendeu abordar o conhecimento do cirurgião-dentista e servir de embasamento para atividades que visam à qualificação dos serviços de saúde e dos profissionais da área odontológica para um melhor diagnóstico, com atendimento adequado e mais humanizado, além de possibilitar medidas de prevenção. Avaliaram o conhecimento de cirurgiões-dentistas graduados entre os anos 1998 e 2009 pela Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (Forp-USP) ante o tema violência doméstica contra crianças, mulheres e idosos, por meio de aplicação de questionários objetivos a 180 sujeitos com posterior análise estatística dos dados. Pode-se observar que de acordo com o atendimento de pacientes vítimas de violência doméstica, que 15% dos entrevistados atenderam crianças vítimas de agressão doméstica, 27% atenderam mulheres e 6% idosos nas mesmas condições. Com relação às condutas indicadas quando da verificação de violência doméstica são variadas, no caso de violência contra crianças prevalece o aviso dos fatos às autoridades competentes (45%), seguido pela conversa com os pais ou responsáveis (37%). No que tange à agressão contra

mulheres, o diálogo com a vítima prevalece (69%), depois aparece à comunicação dos fatos às autoridades competentes (23%). No que se refere aos idosos, 40% dos participantes consideraram necessário conversar com a vítima, 34% informar o ocorrido às autoridades competentes e 22% falar com os responsáveis. Constataram também que com relação aos conhecimentos adquiridos sobre a temática violência doméstica durante a faculdade, que a maioria (39%) dos entrevistados não recebeu orientação no quesito violência doméstica contra crianças, e 47% nem contra mulheres e idosos. Quanto à capacidade dos profissionais no diagnóstico de maus-tratos, 62% consideraram-se não aptos em casos de agressão contra crianças, 64% contra mulheres e 66% contra idosos. Concluíram que na área do ensino de graduação, o conhecimento do cirurgião-dentista perante o tema violência doméstica ainda é insuficiente, necessitando desenvolver competências e habilidades, tanto no diagnóstico quanto nas condutas a serem seguidas.

Almeida et al. (2012) relataram que a violência contra as crianças e adolescentes é um grave problema de saúde pública mundial e que demanda da conscientização e participação efetiva de toda a sociedade, em especial dos profissionais de saúde, por estarem frequentemente em contato com pacientes vitimizados. Foi verificada a responsabilidade dos profissionais de saúde em notificar casos de violência contra crianças e adolescentes. Foi realizada pesquisa nos códigos de ética das profissões de medicina, odontologia, enfermagem, psicologia, nutrição, serviço social, fonoaudiologia, educação física, fisioterapia e farmácia, bem como na legislação brasileira. Concluiu-se que há a necessidade de se abordar a violência de forma mais incisiva e esclarecedora nos códigos de ética, bem como nos cursos de graduação, buscando dar maior respaldo e orientação aos profissionais, para que se possa vislumbrar um futuro livre da violência para as crianças e adolescentes do país; a grande maioria dos códigos não traz explicitamente a notificação da violência como dever do profissional, no entanto citam a responsabilidade em promover a saúde e qualidade de vida, respeitando os direitos humanos; os códigos de ética das profissões, em sua maioria não contemplam a obrigatoriedade da notificação em casos de violência, e que os profissionais têm o dever de fazê-lo, podendo ser responsabilizados por omissão ou negligência de acordo

com o Estatuto da Criança e do Adolescente; observa-se a pouca relevância dada para a notificação da violência contra crianças e adolescentes, fato que repercute na realidade vivida no país, e freia bruscamente os esforços para eliminação desse agravo; e o estabelecimento de normas técnicas e de rotinas de procedimento para orientação dos profissionais torna-se uma necessidade para apoiá-los no diagnóstico, registro e notificação dos casos de violência, como medidas iniciais para um atendimento de proteção às vítimas e de apoio a suas famílias.

Zanatta et al. (2012) objetivaram caracterizar a violência notificada no Rio Grande do Sul contra adolescentes na faixa etária dos 10 aos 19 anos, segundo dados do Centro Estadual de Vigilância em Saúde, no período entre 2009 e 2010, por meio de um estudo epidemiológico-descritivo e transversal de dados secundários. Observaram que foram notificados 337 casos em 2009 e 1559 em 2010, prevalecendo vítimas do sexo feminino. Na faixa etária de 10 a 14 anos, o pai, a mãe e o padrasto foram, respectivamente, os principais perpetradores, enquanto que, entre os 15 e 19 anos foram os parceiros amorosos. Concluíram que há necessidade de melhorias nas notificações para que estas possam servir de base para a construção de estratégias de prevenção e promoção da saúde dos adolescentes, uma vez que esse público continua, de certa forma, invisível aos serviços de saúde, e que este estudo pode contribuir para despertar os profissionais, a sociedade e os próprios adolescentes para a organização de ações que visualizem a violência como prioridade nas agendas públicas.

Silva e Oliveira (2014) avaliaram a importância da atuação da saúde e da comunidade na notificação das doenças no Brasil e o funcionamento desse serviço, por meio de uma revisão integrativa com referências nas bases de: Pub Med, SciELO, LILACS, sites oficiais de Universidades e secretarias de ministérios do Brasil. As doenças de notificação compulsória (DNCs) são doenças capazes de causar disseminação do agente, surto e epidemias, sendo necessário que medidas sejam tomadas para seu controle e prevenção, logo após seja detectada, para impedir sua disseminação e o aparecimento de casos secundários na população. O não cumprimento dessa exigência pode prejudicar as medidas de controle e prevenção nos serviços de vigilância epidemiológica. É determinado pela resolução nº 287 de 8 de

outubro de 1998, que 14 categorias de profissionais no Conselho Nacional de Saúde estariam a contribuir no Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, entre elas: médicos, cirurgiões – dentistas, enfermeiros e psicólogos. A notificação deve ser feita á autoridade sanitária por profissionais da saúde ou qualquer cidadão. Concluíram que existe um conhecimento precário dos profissionais da saúde e da população perante a notificação compulsória, que impossibilitam um melhor avanço do sistema de notificação no Brasil.

Arruda da Silva et al. (2015) objetivaram analisar as produções científicas acerca da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes notificadas por profissionais de saúde. Trata-se de uma revisão da literatura realizada a partir de artigos, legislações, manuais do Ministério da Saúde, teses, dissertações e livros. As questões examinadas neste estudo podem subsidiar a reflexão dos profissionais sobre sua prática, buscando o enfrentamento da violência de forma a prevenir que o ciclo se reproduza na família. Concluíram que a maioria dos estudos está direcionada ao relato dos profissionais em relação às dificuldades enfrentadas para proceder à notificação e aos motivos apresentados pelos profissionais de saúde para não notificar os casos de violência; destaca-se uma lacuna na produção do conhecimento, uma vez que os estudos não contemplam suficientemente os casos exitosos de notificação e as estratégias utilizadas para o alcance desse êxito, especialmente quando a rede de atendimento não se mostra suficientemente organizada, de modo a que tais experiências de sucesso possam ser socializadas, conhecidas e reproduzidas; e as notificações exitosas caracterizariam como exercício de poder dos profissionais e um ato de resistência à violência.

Garbin et al. (2015) relataram que a notificação da ocorrência ou suspeita da violência é obrigatória aos profissionais de saúde, instrumento fundamental para a vigilância epidemiológica e a definição de políticas públicas de prevenção e intervenção. A notificação da violência segue os mesmos princípios de qualquer notificação compulsória de agravos já utilizada na saúde pública, o seu trâmite deverá iniciar na unidade de saúde notificadora para os órgãos competentes, para as providências legais e cabíveis. Neste trabalho objetivou-se instruir o profissional de

saúde quanto ao reconhecimento da obrigatoriedade de notificação da violência e aos meios disponíveis para sua efetivação e devido encaminhamento. Com esta finalidade foi desenvolvido um estudo exploratório por meio de análise documental: na legislação brasileira, portarias, programas governamentais e códigos de ética, além de consulta bibliográfica sobre o tema, na base de dados do SciELO, num período de cinco anos; e para estabelecer uma breve análise comparativa com outros países, foram selecionados artigos internacionais no PubMed. Esta pesquisa demonstra a existência de uma série de recursos para o combate à violência, com pouca aplicabilidade, em decorrência da falta de conhecimento e insegurança dos profissionais de saúde, assim como, das debilidades estruturais do próprio sistema. Os serviços disponíveis para a notificação da violência, relatados desde o diagnóstico até as providências cabíveis, permitirão ao profissional conduzir os casos com segurança e habilidade. Concluíram que a violência apresenta-se como grave ameaça à vida da população, sendo oportuno destacar que, por meio da notificação, cria-se um elo entre a área da saúde e o sistema legal, delineando-se a formação de uma rede multiprofissional e interinstitucional de atuação, fundamental para uma intervenção menos burocrática e mais eficiente dos casos; e que é necessário um melhor entendimento sobre a questão da violência, confirmando a importância da notificação e a possibilidade de uma assistência consubstanciada na responsabilidade dos profissionais, no intuito de se obter resultados satisfatórios que reduzam esses problemas e evitem sequelas nas pessoas vitimadas.

Amorim et al. (2016) descreveram a prevalência de marcas de mordidas em vítimas de violência periciadas no Instituto Médico Legal de Feira de Santana no período de 2007 até 2014, levando em consideração a análise do perfil sociodemográfico das vítimas, a relação destas com os supostos agressores, bem como fatores inerentes às particularidades da violência, características da mordida e região do corpo atingida. Métodos: Estudo de casuística, de caráter exploratório com base em dados secundários, produzidos a partir das perícias realizadas por peritos odontologistas registradas em laudos arquivados no Instituto Médico Legal (IML), no período de 2007 à 2014. Os resultados demonstraram que com relação a idade da população, o grupo de 20-60 anos foi o mais acometido por atos violentos (53,1%). Em

relação ao sexo das vítimas, o feminino apresentou maior prevalência de mordidas (78,1%) que o sexo masculino (21,9%). O fenótipo cor de pele faioderma predominou, presente em 73,3% dos casos. Os dados referentes ao vínculo da vítima com o suposto agressor foram registrados em apenas 50% dos 32 laudos estudados, sendo que 21,9% dos supostos agressores eram ex-namorado/ex-companheiro, 9,4% namorado/companheiro, 6,2% familiar, 3,1% padrasto, 3,1% pai e 6,2% outros agressores. As regiões mais acometidas por marca de mordida foram cabeça e pescoço (29,2%) e membros superiores (29,2%). No momento da perícia, a maior parte das vítimas apresentou mais de uma marca (78,1%). Quanto a presença de outras lesões além da marca de mordida, os índices foram equilibrados, visto que 50% apresentaram outras lesões e 50% somente a marca de mordida, sendo que as descrições clínicas mais frequentes foram escoriação (34,2%), equimose (31,6%) e ferida mista (26,3%). Concluíram que a maior parte das vítimas de violência física que apresentaram lesão provocada por mordida humana era do sexo feminino, faioderma e adultos; os supostos agressores, na maioria dos casos tem ou tiveram um vínculo conjugal com a vítima; as marcas de mordidas foram predominantes na região de cabeça e pescoço e membros superiores; e como manifestação clínica destacou-se as escoriações e equimoses.

Moreira et al. (2015) apresentaram o quadro de violência sexual contra a mulher no Brasil, com base nas notificações realizadas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem quantitativa, que analisou informações referentes às notificações de violência sexual contra a mulher, no período de 2009 a 2013, sendo que os dados foram analisados por meio da estatística descritiva, sendo apresentados números absolutos e relativos derivados das notificações. No Brasil, foram registradas 21.871 notificações no período estudado. Observaram-se maiores taxas de registros no ano de 2013 e na região Norte. Predominou o ciclo de vida de 10 a 19 anos (10.806/49,4%), as raças branca (8.894/40,7%) e parda (8.535/39,0%), e a escolaridade ensino fundamental incompleto (5.444/24,9%). Os casos de violência sexual ocorreram com maior frequência na residência da mulher (13.259/60,6%), com agressor conhecido (5.649/25,8%) e sem

suspeita do uso de álcool (9.249/42,3%). A maior parte do atendimento no setor saúde foi de nível ambulatorial (15.842/72,6%), e os casos evoluíram para alta (16.879/77,2%). As notificações cresceram progressivamente no período estudado, e a violência sexual contra a mulher no país, registrada pelo setor saúde, atingiu, principalmente, adolescentes, no ambiente doméstico e com agressor conhecido. Concluíram que o número de notificações cresceu de forma progressiva no período estudado e que a região Norte foi a que mais notificou casos de violência sexual contra a mulher; predominaram mulheres com idade entre 10 e 19 anos, das raças branca e parda, e com baixa escolaridade, sendo a residência o principal local de ocorrência e agressor conhecido; e na maior parte dos casos, realizou-se atendimento ambulatorial pelo setor saúde, resultando em alta.

Alves et al. (2016) visaram por meio de revisão da literatura, apontar o papel do dentista ao se deparar com lesões provenientes de abuso sexual infantil. Compilaram as Informações provenientes de legislação e literatura especializada nacional relativas ao tema. Tendo em vista que, em sua graduação, os cirurgiões-dentistas recebem pouca ou nenhuma base referente às principais manifestações físicas e psicológicas em situações de abuso sexual, muitos acabam por não conseguirem diagnosticar e, conseqüentemente, não cumprem seu papel de notificar casos suspeitos, seja por medo ou por desconhecer sua obrigação diante deste tipo de violência. Afirmaram que é dever do cirurgião-dentista ser capaz de identificar as lesões provenientes de abuso sexual infantil, visto que, grande parte das mesmas ocorre nos campos de trabalho deste profissional. Concluíram que as bases dadas durante a graduação, quanto ao abuso sexual infantil, não são suficientes, pois muitos cirurgiões-dentistas afirmam reconhecer sinais de abusos, porém lesões sexualmente transmissíveis não foram citadas em muitas pesquisas realizadas com esses profissionais, assim, muitas denúncias não são realizadas; além da omissão, tem-se ainda o agravante da falta de informações e, como grande parte dessas lesões acomete a região de cabeça e pescoço, consegue-se perceber um dos motivos que levam as estatísticas a não coincidirem com o número tomado como real de crianças abusadas sexualmente; faz-se imperativo, portanto, o ajuste do projeto pedagógico de instituições de ensino da Odontologia, para que todo cirurgião-dentista seja capaz de detectar sinais e notificar

casos suspeitos; e é necessário que os profissionais de Odontologia sejam conscientizados durante sua graduação, para que, depois de formados, não sejam omissos; e é de extrema importância que o tema passe a compor o plano de ensino de todas as instituições, especialmente nas disciplinas de Odontologia Legal e Odontopediatria.

Serafim et al. (2016), os maus-tratos geralmente acontecem com indivíduos que estejam em condição de autonomia limitada ou que essa autonomia ainda não esteja totalmente estabelecida, como as crianças. Esse tipo de violência pode ser classificada como física, à saúde, privação de alimentação ou de cuidados necessários, trabalho excessivo ou meios disciplinares abusivos. O estudo teve como objetivo analisar, por meio de três relatos de casos, sob o ponto de vista ético e legal, a omissão de cuidados dos pais/responsáveis quanto à saúde bucal como forma de evidência de maus-tratos infantis. As crianças foram examinadas clinicamente pela equipe de saúde bucal de uma Unidade Básica de Saúde e, durante a avaliação odontológica foi observado que as crianças apresentavam quadro álgico, múltiplas lesões de cáries e placa generalizada. Quando questionados, todos os responsáveis negaram o fato de que a condição de saúde bucal de suas crianças foi negligenciada e desconheciam as sanções legais que poderiam sofrer devido à situação de maus-tratos que foi configurada. Pode-se concluir que os maus-tratos infantis existem de várias formas na sociedade e muitas vezes, esse quadro pode ser observado, pontualmente, como negligência para com a saúde bucal de menores, que está diretamente relacionado à importância atribuída à primeira dentição da criança; para evitar esse tipo de ocorrência, é necessário que haja a conscientização de pais e responsáveis quanto à relevância da saúde e higiene oral para a prevenção de doenças bucais; é fundamental que os responsáveis sejam informados das penalidades que lhes podem ser aplicadas caso se configure, por meio de evidências, o quadro de maus-tratos; quanto aos cirurgiões-dentistas, existem penalidades ético-legais aos profissionais que não informarem, por meio de notificação, casos de suspeita de maus-tratos que fiquem comprovados posteriormente; e é necessário realizar um programa de conscientização da importância

da saúde e higiene bucal da primeira dentição aos pais e responsáveis dos menores é relevante.

Júnior et al (2016), a violência contra menores pode se manifestar de várias formas e é considerado um problema de saúde pública devido as consequências emocionais que produz. O dentista tem um fundamental papel na detecção de vítimas de violência, uma vez que o rosto é região afetada. Este estudo teve como objetivo revisar o panorama nacional e internacional literatura sobre lesões e condições bucais mais comuns de crianças e adolescentes vítimas de abuso. Os descritores utilizados foram “abuso infantil”, “violência infantil”, “violência psicológica”, “cárie dentária” e “saúde bucal” para bases de dados internacionais e os termos correspondentes em português para bases de dados brasileiras, sem restrição de ano de publicação e língua. Através dos artigos incluídos nesta revisão, aparece que crianças com histórico de maus-tratos apresentam prevalência de lesões na cabeça e traumas dentais, mas também pode ter higiene oral precária e baixa procura de serviços odontológicos e, conseqüentemente, taxas mais elevadas de cárie não tratada em comparação com crianças que viviam em contextos sem violência. Concluiu-se que embora a literatura sugeriu que crianças e adolescentes que sofreram abuso pode ter pior estado de saúde bucal do que aqueles que não foram vítimas de violência, mais estudos são necessários para entender se na verdade são diferenças significativas no trauma de prevalência, lesões teciduais, cárie dentária e doença periodontal entre os tipos de abuso infantil.

Cezar et al. (2017), em seu estudo apresentaram dados epidemiológicos de notificações compulsórias da violência na faixa etária da infância e da adolescência, no período de 2009 a 2013, ocorridos e notificados em uma cidade do interior do estado do RS, identificando o sexo das vítimas, o tipo de violência sofrida, o local onde ocorreu o fato e o tipo de vínculo com o agressor. Para isso, realizou-se uma pesquisa epidemiológica descritiva e documental com dados secundários do Sistema de Informação de Agravos de Notificação, analisados conforme estatística descritiva. Os resultados indicaram que o sexo feminino predominou no número de vítimas, a

violência física foi a mais notificada, a residência foi o local onde mais ocorreram as violências, tendo a mãe e o pai como os principais agressores. Concluíram que a notificação compulsória da violência ainda é um desafio ao campo da Saúde Pública e que tal procedimento pode ser um valioso instrumento de proteção às crianças e aos adolescentes, quando integrado a outras práticas de cuidado e às Políticas Públicas direcionadas à infância, à adolescência e à família; tal procedimento, aliado aos avanços conquistados em termos de legislação e direitos da infância e adolescência, constitui-se num importante recurso para avançar na superação da subnotificação, possibilitando maior clareza em relação ao fenômeno, fomentando investimentos direcionados adequadamente ao enfrentamento das violências; e a relevância desta publicação está em fortalecer a visualização do fenômeno da violência, destacando a importância do instrumento de notificação, o qual exige compromisso ético dos profissionais, possibilitando reflexões para o núcleo da Psicologia, especialmente em sua interface com o campo da saúde pública.

Garbin et al. (2017) verificaram a percepção e a conduta dos acadêmicos de odontologia de uma Faculdade Estadual de São Paulo (Araçatuba- UNESP) sobre a violência Intrafamiliar. A violência tem aumentado nos últimos tempos afetando a população como um todo, sendo bastante identificada no grupo de mulheres, crianças, adolescentes e idosos, com resultados em lesões físicas, psicológicas ou mortes. É percebido um problema de saúde pública tanto estrutural quanto informativa para população e profissionais da saúde. Este estudo transversal descritivo, realizado em uma Faculdade de Odontologia pública do Noroeste paulista, realizado com 78 alunos de graduação do curso de odontologia. Os resultados obtidos informaram que, todos os entrevistados acreditavam que a violência intrafamiliar, era devido a problemas sociais, 45% associaram que as causas de agressão doméstica estavam ligadas com dependência alcoólica e química, 73% acreditavam que a maioria das vítimas eram mulheres. Quanto ao nível de informação sobre assunto foi percebido que 27% não desconheciam a ficha de Notificação Compulsória, 41% não sabiam o que era a ficha, e 82% não tinham o devido conhecimento sobre a ficha. Com relação à conduta dos acadêmicos, 45% não encaminhariam às vítimas a algum órgão especializado.

Concluíram que a maioria dos acadêmicos tem noção e percepção do que é a violência, mas a grande maioria não tem conhecimento de qual conduta tomar perante os casos.

Mello et al. (2017), o abuso infantil contra crianças e adolescentes é relevante e o cirurgião-dentista tem papel fundamental no processo de identificação dos casos suspeitos. Objetivou-se avaliar o nível de conhecimento dos cirurgiões-dentistas sobre o abuso de crianças e adolescentes e a atitude frente aos casos identificados, por meio da aplicação de questionários a 44 profissionais em serviço privado e/ou de saúde pública. As informações sobre abuso incluíram o nível de informação sobre violência e conhecimento sobre a notificação compulsória de casos suspeitos. Observaram que em relação aos casos de abuso, 34% dos amostrados se sentiram nessa situação, 47,7% relatou ser capaz de reconhecer as lesões típicas de abuso infantil, mas apenas 32% se sentiram treinados para isso, 22,7% relataram ter treinamento para detectar casos suspeitos, 91% disseram que notariam o Conselho dos Guardiões e 48% confirmaram que tinham conhecimento das implicações legais em caso de omissão. Concluíram que a maioria dos dentistas tinha conhecimento insuficiente sobre abuso infantil, no entanto, sabem como lidar com essa situação; a educação continuada parece ser uma estratégia adequada para promover o conhecimento profissional sobre os sinais e sintomas de abuso infantil, bem como o papel do dentista, enquanto o profissional de saúde e cidadão, no tratamento das vítimas; sugere-se a implementação de um protocolo nacional para facilitar as notificações e a classificação dos tipos de abuso; e as Associações Profissionais devem conscientizar sobre a necessidade de treinamento e determinação de mudanças no código de ética, com a inclusão obrigatória do tema no curso de odontologia nos diferentes níveis.

Silveira (2017) avaliaram por meio dos registros de exames de corpo de delito, do Departamento Médico Legal, no município de Pelotas/RS, o perfil das crianças e adolescentes vítimas de casos de violência e avaliar a prevalência e características de lesões de cabeça e pescoço, bem como realizar uma revisão sistemática a respeito do conhecimento, atitudes e experiências dos estudantes de Odontologia em relação aos casos de violência contra crianças e adolescentes. Foram avaliados laudos médicos de crianças e adolescentes (0-19 anos), que realizaram exame de corpo de delito durante o período de janeiro de 2011 a dezembro de 2015, que apresentaram ofensa à

integridade e/ou saúde da vítima. Neste estudo, 2.717 crianças e adolescentes foram submetidos a exame de corpo de delito, com um total de 2.172 exames resultantes de violência; lesões que tiveram como etiologia a agressão física (1.952) apresentaram maior prevalência. A análise das vítimas revelou que a maioria era branca (74,77%) e do sexo feminino (50,23%); a maior prevalência foi observado no grupo etário 16-19 anos (50,96%), com idade média de 14,63; dentre esses exames 92% das lesões foram decorrentes de instrumentos contundentes, 57 indivíduos (2,62%), apresentaram lesões temporárias e/ ou permanentes; a Delegacia de Proteção a Criança referiram a maioria dos indivíduos 49,36%; Os tipos de lesões decorrentes da violência variam desde escoriações até fraturas ósseas sendo os mais comumente encontrados foram: escoriações (53,22%), seguido por equimose (44,73%), edema (23,02%), ferida (14,73), hematoma (7,18%), erosão (4,60%) e fraturas (2,16%). Todos os estudos incluídos na revisão sistemática utilizaram questionários para avaliar o conhecimento, percepção e atitudes dos estudantes de Odontologia frente aos casos de maus tratos infantis. Concluiu que dos estudos avaliados, todos mostraram que os estudantes de Odontologia têm conhecimentos sobre casos de violência contra criança e adolescentes, apesar das deficiências em relação ao diagnóstico e denúncia; e reafirmaram a importância do cirurgião- dentista no diagnóstico e denúncia de suspeitas de abuso infantil, realizando um atendimento integral ao paciente.

Egry et al. (2018), este estudo objetivou analisar os fluxos da rede de proteção à violência contra a criança, no que concerne à notificação e às decisões encaminhadas. Trata-se de pesquisa qualitativa, fundamentada na Teoria da Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva – TIPESC, proposta por Egry, que busca a intervenção da Enfermagem através de uma metodologia dinâmica e participativa. Os dados foram coletados por meio de documentos oficiais e entrevistas junto aos profissionais da Atenção Primária à Saúde, realizadas em três unidades de saúde de um município brasileiro e analisadas por meio da Hermenêutica Dialética e do Fluxograma Analisador do Modelo de Atenção de um Serviço de Saúde. Os resultados apontam para dificuldades e fragilidades da rede assistencial para o enfrentamento, a necessidade de ações intersetoriais e de capacitação dos profissionais para o atendimento às situações de violência. Conclui-se que há necessidade de adotar estratégias de ampliação da

capacidade de monitoramento e acompanhamento dos casos notificados; de formação qualificada dos trabalhadores e organização da rede de saúde para oferta de serviços assistenciais em quantidade e qualidade, além do aporte de profissionais para o enfrentamento da violência infantil; a notificação é uma das principais etapas no processo de enfrentamento da violência infantil, visto que a partir dela derivam ações no âmbito das redes de atenção e proteção, voltadas para a promoção, prevenção de reincidências e estabelecimento de uma linha de cuidado às pessoas em situação de violência, possibilitando a produção de dados para a tomada de decisões no âmbito das políticas locais e nacionais; os profissionais, ao mesmo tempo em que assinalam dificuldades quanto à notificação, reconhecem sua importância e a necessidade que outros profissionais a compreendam; a notificação, além de ser uma ação necessária, também corresponde a um ato de cuidado, posto que contribui para a definição de medidas mais adequadas de proteção, tanto do profissional de saúde como das pessoas em situação de violência e suas famílias.

Hage et al. (2018) identificaram as lesões da região bucomaxilofacial relacionadas a casos de violência em indivíduos com traumas faciais ocorridos na cidade de Belém, estado do Pará, Brasil, no período de 2006 a 2010. Analisaram no banco de dados realizada do Instituto Médico Legal de Belém, 1.123 laudos de indivíduos envolvidos em violência, com conseqüente trauma facial. Os resultados indicaram que os Homens solteiros (69,58%), de cor parda (96,65%) e idade média de aproximadamente 31 anos apresentaram maior frequência tanto como vítimas (687/1.123) como principais agressores (56,77%). As lesões mais encontradas envolviam tecidos moles (lábios, mucosa jugal, língua e outros), com características de erosão, edema, equimose, ulcerações e lesões corto-contusas, seguidas de fratura dentária. O lado direito da face (39,66%) e a porção medial (32,52%) foram as mais afetadas. Dentre os 863 dentes traumatizados, os anteriores superiores foram os mais afetados representando 66,05% (570) dos casos, seguidos dos anteriores inferiores, com 21,67% (187), houve 330 casos de fratura dentária além dos casos de avulsão dentária (234), considerada lesão gravíssima, que resultaram na perda de um total de 330 dentes, uma média de 66 dentes perdidos ao ano devido às várias formas de

violência. Com relação às fraturas em ossos da face, houve 70,86% (90) no gênero masculino e 29,13% (37) no feminino. Concluíram que os traumatismos faciais foram mais prevalentes em homens solteiros e jovens; e que as lesões mais encontradas envolviam tecidos moles com características de erosão, equimose e edema no lado direito da face, seguidas pelas lesões em elementos dentários, principalmente os anteriores superiores, sendo esse preocupante por se tratar de dentes importantes na alimentação, na fala e na estética facial.

Silva et al. (2018) caracterizaram as lesões corporais, segundo tipo e localização, em adolescentes vítimas de violência física periciadas no Instituto Médico Legal - IML de Feira de Santana-Ba. Analisaram uma série de casos com adolescentes vítimas de violência física submetidos ao exame de lesão corporal, executado por peritos do IML, no período 01 de janeiro a 31 de dezembro de 2014. Os resultados mostraram que as proporções de casos entre homens e mulheres foram semelhantes nas 343 vítimas examinadas (51,6% e 48,4 respectivamente); 91% eram de cor parda (faioderma); 38,2% foram atingidos na cabeça e 30,8% em membros superiores; a lesão contusa representou 79,2% dos casos, sendo a escoriação o tipo de contusão mais frequente (44,2%), seguida de equimoses e edemas traumáticos (470%). As análises mostraram proporções semelhantes de lesões em cabeça e pescoço, em ambos os sexos (54,7% e 50%), sendo a maior parte dos agressores familiares (61,1%), com ocorrências domiciliares (57,5%), apresentando duas ou mais lesões corporais causadas por instrumento contundente (45,1). Concluíram que os achados do exame pericial de lesões corporais do IML contribuem com o levantamento de indicadores que subsidiam a necessidade de implementação de ações estratégicas de proteção e prevenção aos adolescentes vitimados pela violência, no contexto da família e no meio social mais amplo (extradomiciliar); e destaca-se a necessidade de maior investimento em ações educativas preventivas, maior adequação do sistema de notificação e denúncia envolvendo a "Rede" de enfrentamento da violência, instâncias do Sistema de Saúde e de Segurança Pública.

Revisão de Literatura com base na legislação brasileira, decretos, programas governamentais e código de ética:

Código Penal (1940):

Com relação à infração de medida sanitária preventiva descreve em seu Art. 268. “Infringir determinação do poder público, destinada a impedir introdução ou propagação de doença contagiosa”: Pena – detenção, de um mês a um ano, e multa.

Parágrafo único: A pena é aumentada de um terço, se o agente é funcionário da saúde pública ou exerce a profissão de médico, farmacêutico, dentista ou enfermeiro.

Com relação à omissão de notificação de doença descreve em seu Art. 269. “Deixar o médico de denunciar à autoridade pública doença cuja notificação é compulsória”: Pena – detenção, de seis meses a dois anos, e multa.

Lei das Contravenções Penais (1941):

Art. 1º Aplicam-se as contravenções às regras gerais do Código Penal, sempre que a presente lei não disponha de modo diverso.

Art. 3º Para a existência da contravenção, basta a ação ou omissão voluntária. Deve-se, todavia, ter em conta o dolo ou a culpa, se a lei faz depender, de um ou de outra, qualquer efeito jurídico.

Art. 66. Deixar de comunicar à autoridade competente:

I – crime de ação pública, de que teve conhecimento no exercício de função pública, desde que a ação penal não dependa de representação;

II – crime de ação pública, de que teve conhecimento no exercício da medicina ou de outra profissão sanitária, desde que a ação penal não dependa de representação e a comunicação não exponha o cliente a procedimento criminal:

Pena – multa, de trezentos mil réis a três contos de réis.

Estatuto da Criança e do Adolescente (1990):

Art.5º- Nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punindo na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais.

Art.13º- Os casos de suspeita ou confirmação de castigos físicos, de tratamento cruel ou degradante e de maus-tratos contra criança ou adolescente serão obrigatoriamente comunicados ao conselho tutelar da respectiva localidade, sem prejuízo de outras providências legais.

§ 2º Os serviços de saúde em suas diferentes portas de entrada, os serviços de assistência social em seu componente especializado, o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (Creas) e os demais órgãos do Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente deverão conferir máxima prioridade ao atendimento das crianças na faixa etária da primeira infância com suspeita ou confirmação de violência de qualquer natureza, formulando projeto terapêutico singular que inclua intervenção em rede e, se necessário, acompanhamento domiciliar.

Art.18º- É dever de todos velar pela dignidade da criança e do adolescente, pondo-as a salvo de qualquer de qualquer tratamento desumano, violento, aterrorizante, vexatório ou constrangedor.

Art. 70-B. As entidades, públicas e privadas, que atuem nas áreas a que se refere o art. 71, dentre outras, devem contar, em seus quadros, com pessoas capacitadas a reconhecer e comunicar ao Conselho Tutelar suspeitas ou casos de maus-tratos praticados contra crianças e adolescentes.

Art. 71. A criança e o adolescente têm direito a informação, cultura, lazer, esportes, diversões, espetáculos e produtos e serviços que respeitem sua condição peculiar de pessoa em desenvolvimento.

Art. 131. O Conselho Tutelar é órgão permanente e autônomo, não jurisdicional, encarregado pela sociedade de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente, definidos nesta Lei.

Art. 136. São atribuições do Conselho Tutelar:

XII - promover e incentivar, na comunidade e nos grupos profissionais, ações de divulgação e treinamento para o reconhecimento de sintomas de maus-tratos em crianças e adolescentes.

Art. 245. Deixar o médico, professor ou responsável por estabelecimento de atenção à saúde e de ensino fundamental, pré-escola ou creche, de comunicar à autoridade competente os casos de que tenha conhecimento, envolvendo suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente: Pena - multa de três a vinte salários de referência, aplicando-se o dobro em caso de reincidência.

Estatuto do Idoso (2003):

Art.4º- Nenhum idoso deve ser objeto de qualquer tipo de negligência, discriminação, violência, crueldade ou opressão, e todo atentado aos seus direitos, por ação ou omissão, será punido na forma da lei.

Art. 6º Todo cidadão tem o dever de comunicar à autoridade competente qualquer forma de violação a esta Lei que tenha testemunhado ou de que tenha conhecimento.

Art.19º- Os casos de suspeita ou confirmação de violência praticada contra idosos serão objetos de Notificação Compulsória pelos serviços de saúde públicos e privados à autoridade sanitária, bem como serão obrigatoriamente comunicados por eles a quaisquer dos seguintes órgãos: I-autoridade policial; II- ministério público,III- conselho municipal do idoso; IV- conselho estadual do idoso; V- conselho nacional do idoso. §1º. Para os efeitos desta lei, considera-se violência contra o idoso qualquer ação ou omissão praticada em local público ou privado que lhe cause morte, dano ou sofrimento físico ou psicológico. (incluído pela lei nº.12.461, de 2011). § 2º. Aplica-se, no que couber, à Notificação Compulsória prevista no caput deste artigo, o disposto na lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975.(incluído pela lei nº 12.461, de 2011).

Art. 57. Deixar o profissional de saúde ou o responsável por estabelecimento de saúde ou instituição de longa permanência de comunicar à autoridade competente os casos de crimes contra idoso de que tiver conhecimento:

Pena – multa de R\$ 500,00 (quinhentos reais) a R\$ 3.000,00 (três mil reais), aplicada em dobro no caso de reincidência.

Art. 59. Os valores monetários expressos no Capítulo IV serão atualizados anualmente, na forma da lei.

Sinan (2007), este sistema é alimentado, principalmente, pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam da lista nacional de doenças de Notificação Compulsória. O Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) tem como objetivo coletar, transmitir e disseminar dados gerados rotineiramente pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica das três esferas de governo, por intermédio de uma rede informatizada, para apoiar o processo de investigação e dar subsídios à análise das informações de vigilância epidemiológica das doenças de notificação compulsória. As unidades federadas deverão utilizar o modelo padronizado pela SVS/MS. A Ficha de Notificação deverá ser impressa em duas vias pré-numeradas. A primeira via deverá ser enviada pela unidade de saúde para o local no qual será feita a digitação, caso a unidade de saúde não seja informatizada, e a segunda via deverá ser arquivada na própria unidade de saúde. Caso a unidade federada opte por não trabalhar com a Ficha de Notificação pré-numerada em duas vias, as informações preenchidas na Ficha de Notificação deverão ser transcritas para o cabeçalho da ficha de investigação do respectivo agravo notificado. A impressão, distribuição e o controle da Ficha de Notificação pré-numerada para os municípios é de responsabilidade da Secretaria Estadual de Saúde, podendo ser delegada para o município. A distribuição e o controle da Ficha de Notificação pré-numerada para as unidades de saúde e outras fontes notificadoras é de responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde.

Guia de Vigilância Epidemiológica (2009), a notificação é a comunicação da ocorrência de determinada doença ou agravo à saúde, feita à autoridade sanitária por profissionais de saúde ou qualquer cidadão, para fins de adoção de medidas de intervenção pertinentes. Historicamente, a notificação compulsória tem sido a principal fonte da vigilância epidemiológica, a partir da qual, na maioria das vezes, se desencadeia o processo informação-decisão-ação. O caráter compulsório da notificação implica responsabilidades formais para todo cidadão e uma obrigação

inerente ao exercício da medicina, bem como de outras profissões na área de saúde. Mesmo assim, sabe-se que a notificação nem sempre é realizada, o que ocorre por desconhecimento de sua importância e, também, por descrédito nas ações que dela devem resultar. A experiência tem mostrado que o funcionamento de um sistema de notificação é diretamente proporcional à capacidade de se demonstrar o uso adequado das informações recebidas, de forma a conquistar a confiança dos notificantes. Aspectos que devem ser considerados na notificação: notificar a simples suspeita da doença ou evento; não se deve aguardar a confirmação do caso para se efetuar a notificação, pois isso pode significar perda da oportunidade de intervir eficazmente; a notificação tem de ser sigilosa, só podendo ser divulgada fora do âmbito médico-sanitário em caso de risco para a comunidade, respeitando-se o direito de anonimato dos cidadãos. O Sistema Nacional de Agravos de Notificação (Sinan) é o principal instrumento de coleta dos dados de notificação compulsória, sendo mais importante para a Vigilância Epidemiológica. Os dados coletados sobre as doenças de notificação compulsória são incluídos no Sinan mediante a utilização de alguns formulários padronizados. A informação é um instrumento essencial para a tomada de decisões, representando uma ferramenta imprescindível à Vigilância Epidemiológica (VE), por se constituir no fator desencadeador do processo “informação-decisão-ação”, tríade que sintetiza a dinâmica de suas atividades que, como se sabe, devem ser iniciadas a partir da informação de um indício ou suspeita de caso de alguma doença ou agravo. Atribuições do Nível Municipal do Sistema de Saúde: receber as notificações das Unidades de Saúde; promover a investigação das notificações recebidas, analisando e estabelecendo a conduta adequada, no âmbito de sua competência; Repassar cópias dos formulários corretamente preenchidos (bem como todo o material pertinente ao caso) e banco de dados eletrônico para as secretarias estaduais de saúde; e consolidar e avaliar os dados municipais.

Código de ética Odontológica (2012):

Art. 2º. A Odontologia é uma profissão que se exerce em benefício da saúde do ser humano, da coletividade e do meio ambiente, sem discriminação de qualquer forma ou pretexto.

Art. 8º. A fim de garantir a fiel aplicação deste Código, o cirurgião-dentista, os profissionais técnicos e auxiliares, e as pessoas jurídicas, que exerçam atividades no âmbito da Odontologia, devem cumprir e fazer cumprir os preceitos éticos e legais da profissão, e com discricção e fundamento, comunicar ao Conselho Regional fatos de que tenham conhecimento e caracterizem possível infringência do presente Código e das normas que regulam o exercício da Odontologia.

Art. 9º. Constituem deveres fundamentais dos inscritos e sua violação caracteriza infração ética:

III- zelar e trabalhar pelo perfeito desempenho ético da Odontologia e pelo prestígio e bom conceito da profissão;

IV - assegurar as condições adequadas para o desempenho ético-profissional da Odontologia, quando investido em função de direção ou responsável técnico;

VII- zelar pela saúde e pela dignidade do paciente;

VIII- resguardar o sigilo profissional;

IX- promover a saúde coletiva no desempenho de suas funções, cargos e cidadania, independentemente de exercer a profissão no setor público ou privado;

Capítulo VI do Sigilo Profissional

Art. 14. Constitui infração ética:

Parágrafo Único. Compreende-se como justa causa, principalmente:

I- notificação compulsória de doença;

Sinan (2016), o Sistema de Informação de Agravos de Notificação é alimentado, principalmente, pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam da lista nacional de doenças de notificação compulsória. Sua utilização efetiva permite a realização do diagnóstico dinâmico da ocorrência de um evento na população, podendo fornecer subsídios para explicações causais dos agravos de notificação compulsória, além de vir a indicar riscos aos quais as pessoas estão sujeitas, contribuindo assim, para a identificação da realidade epidemiológica de determinada área geográfica.

Vigilância em Saúde (2018), as unidades de saúde dos serviços públicos e privados devem notificar os casos de violência que se enquadrarem no objeto de

notificação da ficha, a saber: “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.” (ficha de notificação de violências interpessoais e autoprovocadas). A notificação compulsória de violências interpessoais e autoprovocadas no âmbito da Saúde não é denúncia, mas sim um instrumento de garantia de direitos. Após as etapas de acolhimento, atendimento e notificação, deve-se proceder ao seguimento na rede de proteção social. Os casos suspeitos ou confirmados de violência contra crianças, adolescentes e também contra pessoas idosas devem ser notificados no SINAN e, além disso, é obrigatória a comunicação ao Conselho Tutelar e/ou Ministério Público (no caso de crianças e adolescentes) e ao Conselho Municipal do Idoso e/ou Ministério Público no caso de pessoas idosas. O Conselho Tutelar e o Ministério Público têm como atribuição verificar a situação da criança, adolescente ou da pessoa idosa e acionar a Autoridade Policial e/ou a Justiça, quando houver necessidade. Entretanto, no caso específico de pessoa com deficiência, a Lei nº 13.146 de 06/07/2015 determina que a Autoridade Policial seja acionada, conforme determina o “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. Ressalta-se que somente há previsão legal para comunicação a outros órgãos dos casos de violência contra os públicos já citados, a saber: crianças e adolescentes, pessoas idosas e deficientes. No caso de mulheres adultas que estejam vivenciando situação de violência, e que não sejam nem idosas nem deficientes, as equipes de saúde devem informar sobre os serviços da rede de proteção social e sobre a importância da denúncia, mas não devem encaminhar o caso sem a sua autorização. Em todos os casos, o atendimento deve respeitar a autonomia da mulher e seu direito de escolha e obedecer às normativas do Ministério da Saúde.

4 DISCUSSÃO

Diariamente têm sido divulgado e apresentado, à sociedade pelos diversos meios de comunicação, um número expressivo de notícias relacionadas ao aumento significativo de atos de violência e maus tratos contra crianças, adolescentes, mulheres e idosos, fato corroborado ao longo dos anos por muitos artigos científicos pertinentes levantados nesse estudo (BARROS, 2011; FRACON et al., 2011; TORNAVOI et al., 2011; ALMEIDA et al., 2012; MOREIRA et al., 2015; JÚNIOR et al., 2016; CEZAR et al., 2017 e TERUEL et al., 2017), sendo complementado por Barros (2011), que ela também existe contra os homens adultos, embora a lei não os cite especificamente.

De acordo com a Lei nº 6.259/75, que dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica que estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, o seu Art. 8º descreve a obrigatoriedade de médicos e outros profissionais de saúde no exercício da profissão, bem como aos responsáveis por organizações e estabelecimentos públicos e particulares de saúde e ensino, a notificação de casos suspeitos ou confirmados das doenças relacionadas em seu Art. 7º, o qual estabelece que são de notificação compulsória às autoridades sanitárias os casos suspeitos ou confirmados dos casos de "agravo inusitado à saúde", conforme § 1º, fato corroborado pelo Ministério da Saúde, por meio do Art. 7º, da Portaria nº 2.472/2010 que estabelece responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde, e pelo Art. 2º - VI, da Portaria nº 204/2016 que define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública.

Diante disso, é de suma importância aqui deixarmos bem esclarecido e estabelecido que, de acordo com essa Portaria nº 204/2016, do Ministério da Saúde, a notificação compulsória consiste na comunicação obrigatória à autoridade de saúde, realizada pelos médicos, profissionais de saúde ou responsáveis pelos estabelecimentos de saúde, públicos ou privados, sobre a ocorrência de suspeita ou confirmação de doença, agravo ou evento de saúde pública, sendo que agravo se refere a qualquer dano à integridade física ou mental do indivíduo, provocado por circunstâncias nocivas, entre elas, as lesões decorrentes de violências interpessoais,

como agressões e maus tratos, e lesão autoprovocada (http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0204_17_02_2016.html).

Deste modo, é importante também ressaltarmos que o CID-10, é utilizado na notificação compulsória, sendo estabelecido para padronizar e catalogar as doenças e problemas relacionados à saúde, tendo como referência a Nomenclatura Internacional de Doenças, estabelecida pela Organização Mundial da Saúde (<http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm>)

As unidades federadas deverão utilizar o modelo padronizado pela SVS/MS. A impressão, distribuição e o controle da Ficha de Notificação pré-numerada para os municípios é de responsabilidade da Secretaria Estadual de Saúde, podendo ser delegada para o município. A distribuição e o controle da Ficha de Notificação pré-numerada para as unidades de saúde e outras fontes notificadoras é de responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde (Sinan 2007) e Guia de Vigilância Epidemiológica (2009).

De acordo com Saliba et al. (2007), é por meio das notificações dos casos que a violência ganha visibilidade, permitindo a sua prevenção e dimensionamento epidemiológico, estando de acordo com Garbin et al. (2015), em que a violência é uma grande ameaça à vida da população e por meio da notificação compulsória pode se criar uma ligação entre a área da saúde e o sistema legal, formando uma rede multiprofissional e interinstitucional de atuação. Esse aspecto é relevante, justifica a importância de informarmos os cirurgiões-dentistas e os profissionais da saúde, que de acordo com o Guia de Vigilância Epidemiológica (2009), do Ministério da Saúde, o Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN, 2007) é o principal instrumento de coleta dos dados de notificação compulsória (<http://portalsinan.saude.gov.br/>). O objetivo do Sinan (2007) é coletar, transmitir e disseminar dados gerados rotineiramente pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica das três esferas de governo, por intermédio de uma rede informatizada, para apoiar o processo de investigação e dar subsídios à análise das informações de vigilância epidemiológica das doenças de notificação compulsória.

É importante destacarmos que de acordo com Viva (2016), do Ministério da Saúde, a notificação de violências contra crianças, adolescentes, mulheres e pessoas idosas é uma exigência legal, fruto de uma luta contínua para que a violência contra esses segmentos da população saia da invisibilidade, sendo que coloca também no mesmo patamar de relevância e interesse a população negra, indígena, população do campo, da floresta e das águas, pessoas com deficiência e população LGBT (lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais).

Partido do princípio que a notificação compulsória é um instrumento importante para nortear as ações de intervenção e de prevenção com relação à violência e maus tratos que envolvam as crianças, Adolescentes, mulheres e idosos, foi observado por Zanatta et al. (2011), que há necessidade de melhorias nas notificações com intuito de servir de base para a construção de estratégias de prevenção e promoção da saúde dos adolescentes, uma vez que esse público continua invisível aos serviços de saúde, fato respaldado por Egry et al. (2018), que há a necessidade de adotar estratégias de ampliação da capacidade de monitoramento e acompanhamento dos casos notificados, e por Silva e Oliveira (2014), que o conhecimento precário dos profissionais da saúde e da população perante a notificação compulsória, impossibilita um melhor avanço do sistema de notificação no Brasil. Deste modo, Egry et al. (2018) complementaram ainda que é uma ação necessária, um ato de cuidado, que contribui para a definição de medidas mais adequadas de proteção ao profissional de saúde como também das pessoas em situação de violência e suas famílias.

Assim, segundo Silva et al. (2015), as notificações exitosas caracterizariam como exercício de poder dos profissionais e um ato de resistência à violência, respaldados por Moreira et al. (2015), que com base nas notificações realizadas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) observou-se um crescimento do número de notificações com relação à violência sexual contra a mulher no Brasil, vindo de encontro a Cezar et al. (2017), que a pesquisa epidemiológica com dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação fortalece a visualização do fenômeno da violência, destacando a importância do instrumento de notificação, o qual exige compromisso ético dos profissionais.

Ainda na linha de pensamento, que estabelece que a notificação compulsória é obrigatória para aos profissionais de saúde, Mello et al. (2017) apontaram que as Associações Profissionais devem conscientizar sobre a necessidade de treinamento e determinação de mudanças no código de ética, aspecto que vem de encontro com Almeida et al. (2011), em que há a necessidade de se abordar a violência de forma mais incisiva e esclarecedora nos códigos de ética, e por Garbin et al. (2015), que é necessário um melhor entendimento sobre a questão da violência, confirmando a importância da notificação. Aliás, tendo em vista que o Código de Ética Odontológico não descreve sobre o tema da notificação compulsória, entretanto está estabelecido no Inciso VII do Art.9º, que é dever fundamental do cirurgião-dentista de zelar pela saúde e dignidade dos pacientes, nos parece licito pressupor que está implícita a obrigatoriedade desta. Contudo, Saliba et al. (2007), já relatavam que o profissional da saúde tem o dever de notificar casos de violência, zelando pelo bem estar e saúde dos seus pacientes, sendo que o profissional que omitir, poderá responder por isso.

Assim, do ponto de vista legal, Saliba et al (2007) relataram que existe a responsabilidade do profissional da saúde em notificar a violência, principalmente doméstica, e as possíveis leis e éticas nelas empregadas, o que é corroborado por Serafim et al. (2016), em que há aos cirurgiões-dentistas, penalidades ético-legais aos que não informarem o fato por meio de notificação.

Deste modo, o profissional de saúde ou o responsável por estabelecimento de saúde, público ou privado, que deixar de realizar a notificação compulsória em casos de violência, segundo o Código Penal Brasileiro - Art. 269, a pena é detenção de seis meses a dois anos e multa, sendo que em seu Parágrafo único, a pena é aumentada de um terço, se o agente é funcionário da saúde pública ou exerce a profissão de médico, farmacêutico, dentista ou enfermeiro. Já o Estatuto da Criança e do Adolescente (1990), Art. 245, prevê multa de três a vinte salários de referência, aplicando-se o dobro em caso de reincidência, e o Estatuto do Idoso (2003), Art. 57, multa de R\$ 500,00 (quinhentos reais) a R\$ 3.000,00 (três mil reais), sendo em dobro no caso de reincidência, e esses valores serão atualizados anualmente na forma da lei (Art. 59º).

Contudo, cabe ressaltarmos que é de fundamental importância, que os cirurgiões-dentistas e os profissionais da área da saúde, responsáveis pelo atendimento do paciente vitimado por qualquer tipo de violência e maus tratos, sejam informados das penalidades que possam ser aplicadas, caso se configure omissão.

No que se refere à conduta a ser tomada diante de casos de violência, Silva e Oliveira (2014) ressaltaram que a notificação deve ser feita à autoridade sanitária, por profissionais da saúde ou qualquer cidadão, fato corroborado pela Portaria 204/2016, do ministério da Saúde, e pelo estatuto do idoso (Art.19º), que estabelece a realização da Notificação Compulsória pelos serviços de saúde públicos e privados à autoridade sanitária, bem como a obrigatoriedade de comunicação por eles a quaisquer dos seguintes órgãos: autoridade policial, Ministério Público, Conselho Municipal do Idoso, Conselho Estadual do Idoso e Conselho Nacional do Idoso. Já o Estatuto da Criança e do Adolescente prevê comunicação obrigatória ao conselho tutelar da respectiva localidade e segundo o Viva (2016) às autoridades competentes (Justiça/Vara da Infância e da Juventude). Entretanto na violência contra as mulheres de todas as idades, independentemente do tipo ou da natureza da violência, de acordo com a Lei Maria da Penha (10.778/2003) deve-se fazer a comunicação e encaminhamento a Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher (Deam), sendo importante pontuar que segundo o Ministério da Saúde, nos casos de mulheres adultas, não idosa ou deficiente, que estejam vivenciando situação de violência, as equipes de saúde devem informar sobre os serviços da rede de proteção social e sobre a importância da denúncia, mas não devem encaminhar o caso sem a sua autorização, respeitando sua autonomia e seu direito de escolha. Contudo, no caso específico de pessoa com deficiência, a Lei nº 13.146 de 06/07/2015 determina que a Autoridade Policial seja acionada, conforme determina o Art. 26, Vigilância em Saúde (2018).

Diante do relatado acima, cabe pontuar que os casos de violência aos indivíduos em situação de vulnerabilidade, o profissional da saúde envolvido no atendimento deverá realizar a notificação compulsória no âmbito da saúde, na vigilância sanitária local, a qual caberá a comunicação aos órgãos e autoridades competentes designados pela legislação.

É unânime entre os muitos autores estudados (FRACON et al., 2011; TORNAVOI et al., 2011; ALMEIDA et al., 2012 e JÚNIOR et al., 2016), a importância dos cirurgiões-dentistas estarem preparados para saberem identificar, diagnosticar e agir frente aos casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos. Partindo desse princípio, Tornavoi et al. (2011) afirmaram que o conhecimento do cirurgião-dentista sobre violência doméstica ainda é insuficiente, necessitando desenvolver competências e habilidades, tanto no diagnóstico quanto nas condutas a serem seguidas, aspecto reiterado por Almeida et al. (2011), em que o estabelecimento de normas técnicas e de rotinas de procedimento para orientação dos profissionais torna-se uma necessidade para apoiá-los no diagnóstico, registro e notificação dos casos de violência, e por Barros (2011), onde redobra a importância do papel dos profissionais de saúde pela produção de informações úteis no combate a esse problema. Assim, Mello et al. (2017) sugeriram a implementação de um protocolo nacional para facilitar as notificações e a classificação dos tipos de abuso. Contudo, é relevante registrar que é importante notificar os casos em que se tenha a suspeita de violência, pois aguardar a sua confirmação pode significar perda da oportunidade de intervir a tempo, adequadamente e de forma eficaz, Guia de Vigilância Epidemiológica (2009).

O cirurgião-dentista com a execução adequada da anamnese e exame clínico tem a oportunidade de ser o primeiro a diagnosticar ou suspeitar de vítimas de violência, aspecto respaldado por Rezende (2007), em que há necessidade de uma coleta de dados mais cuidadosa nos exames periciais, de modo a disponibilizar informação mais detalhada da violência, estando essa perspectiva de acordo com Barros (2011), onde a importância do papel dos profissionais de saúde não é só pelo cuidado com as vítimas como também pela produção de informações úteis no combate a esse problema. Ainda nessa linha de pensamento, Saliba et al. (2007) pontuaram que os casos de violência são nítidos de perceber pelo profissional da saúde, principalmente violências físicas, porém os profissionais não dão a importância necessária e não tem o conhecimento da importância desse setor no enfrentamento à violência, entretanto Barros (2011) destaca que os profissionais de saúde estão profundamente envolvidos na questão da violência, já que esta entrou para o rol de notificação compulsória, o que é corroborado por Mello et al. (2017), que é importante o

conhecimento do papel do cirurgião-dentista, enquanto profissional de saúde e cidadão, no tratamento das vítimas.

O cirurgião-dentista tem papel fundamental e privilegiado na detecção de casos de vítimas de violência e maus-tratos, tendo em vista que a maioria das lesões ocorre na região da cabeça, pescoço e boca, fato respaldado pelos estudos de Rezende et al. (2007), Alves et al. (2016), Júnior et al. (2016), Hage et al. (2018) e Silva et al. (2018). Aliás, Silveira (2017) descreve que as lesões na região de cabeça e pescoço tiveram presentes em 57,92% dos casos, que a região extraoral foi atingida em 57,60% e a intraoral apenas em 1,38%, sendo complementado por Hage et al. (2018) que o lado direito da face e a porção medial foram as mais afetadas.

É ponto pacífico entre os autores (REZENDE, 2007; AMORIM et al., 2016 e SILVEIRA, 2017), que as lesões decorrente de violência e maus-tratos são comumente localizadas em tecidos moles (dilacerações de tecidos dos lábios, mucosa jugal, língua e outros), tecidos duros dentários (fraturas de esmalte e dentina) e lesões ósseas (fraturas dos ossos da face), o que está de acordo com Junior et al. (2016), onde crianças com histórico de maus-tratos apresentaram prevalência de lesões na cabeça e traumas dentais. No estudo de Amorim et al. (2016), as marcas de mordidas foram predominantes na região de cabeça e pescoço e membros superiores, e como manifestação clínica destacou-se as escoriações, equimoses e feridas mistas, sendo confirmado por Hage et al. (2018), onde as lesões apresentaram características de erosão, edema, equimose, ulcerações e lesões corto-contusas, seguidas de fratura dentária.

No que tange a preparação dos cirurgiões-dentistas com relação aos casos de violência, segundo Fracon et al. (2011), cerca de 73,7% dos cirurgiões-dentistas nunca receberam informação a respeito do assunto na faculdade, 10,52% receberam durante o curso de graduação, 5,26% receberam na especialização ou na pós-graduação, e 10,52% em congressos de Odontologia, fato corroborado por Tornavoi et al. (2011), em que durante a graduação 39% dos entrevistados não recebeu orientação com relação a violência doméstica contra crianças, e 47% nem contra mulheres e idosos, apontando que o conhecimento do cirurgião-dentista sobre violência doméstica ainda é

insuficiente, necessitando desenvolver competências e habilidades, no diagnóstico e nas condutas a serem seguidas, aspecto também evidenciado por Alves et al. (2016), em que as bases dadas durante a graduação, quanto ao abuso sexual infantil, não são suficientes, sendo importante o ajuste do projeto pedagógico de instituições de ensino da Odontologia, para que todo cirurgião-dentista seja capaz de detectar sinais e notificar casos suspeitos. Entretanto, Garbin et al. (2017) e Teruel et al (2017) relataram que a maioria dos acadêmicos tem noção e percepção do que é a violência, mas a grande parte não tem conhecimento de qual conduta tomar perante os casos, estando em consonância com Mello et al. (2017), em que a educação continuada parece ser uma estratégia adequada para promover o conhecimento profissional sobre os sinais e sintomas de abuso infantil, tendo em vista a observação que a maioria dos cirurgiões-dentistas não tinha conhecimento suficiente sobre abuso infantil. Além disso, Silveira (2017) concluíram que os achados do exame pericial de lesões corporais do IML contribuem com o levantamento de indicadores que subsidiam a necessidade de implementação de ações estratégicas de proteção e prevenção aos adolescentes vitimados pela violência. Contudo, nos parece correto afirmar que os cursos de graduação, em especial a disciplina de Odontolegal, devem abordar o tema sobre violência e maus tratos no seu aspecto mais amplo, a fim de que acadêmicos e cirurgiões-dentistas tenham conhecimento suficiente para que possam diagnosticar e agir de forma eficaz diante dessas situações, agindo de forma ética e legal, exercendo seu dever fundamental que é zelar pela saúde e dignidade dos pacientes, conforme descrito no Inciso VII do Art.9º do seu Código de Ética.

Assim, é ponto pacífico diante da literatura pertinente estudada, que o caráter compulsório da notificação implica em responsabilidades estabelecidas para todo cidadão e uma obrigação inerente ao exercício das profissões na área de saúde, entretanto, é observado que a notificação nem sempre é realizada, pelo fato de desconhecimento de sua importância e, também, por descrédito nas ações que dela devem resultar, fato respaldado por Silva et al. (2015), que destacaram haver uma lacuna na produção do conhecimento, uma vez que os estudos não contemplam suficientemente os casos exitosos de notificação e as estratégias utilizadas para o alcance desse êxito, e por outro aspecto muito importante pontuado por Garbin et al.

(2017), em que a maioria dos acadêmicos de odontologia não sabia o que era a ficha de notificação compulsória ou não tinham o devido conhecimento sobre ela.

Contudo, diante dos pontos aqui apresentados e discutidos, é importante ressaltarmos que há uma preocupação e esforços, por meio dos órgãos públicos e estudos científicos, em se pontuar a relevância da notificação compulsória, bem como de se adotar critérios para sua realização com êxito, com intuito de subsidiar e difundir informações epidemiológicas que possam estabelecer os tipos e a gravidade das violências, e assim definir um perfil de políticas públicas que visam à implementação de ações de prevenção, proteção, intervenção e de promoção da saúde, aos grupos em condições de vulnerabilidade no que tange a violência e maus tratos.

5 CONCLUSÕES

- 1- A notificação é de caráter compulsório que envolve aspectos morais e éticos para os cirurgiões-dentistas e profissionais da saúde.
- 2- Os cirurgiões-dentistas e profissionais da saúde devem ter conhecimento que a Notificação Compulsória deverá ser realizada em casos de sua suspeita ou confirmação a autoridade sanitária local, sendo que a omissão pode implicar em penas éticas e legais.
- 3- Os cirurgiões-dentistas têm papel fundamental e privilegiado na suspeita e no diagnóstico de pacientes vítimas de violência e maus tratos, pois a maioria das lesões ocorre na região de cabeça, pescoço e boca.
- 4- As lesões mais frequentes envolvem tecidos moles (dilacerações de tecidos dos lábios, mucosas e língua), tecidos duros dentários (fraturas de esmalte e dentina) e ossos da face (fraturas).
- 5- A Notificação Compulsória fortalece a visualização da violência e maus tratos, fornecendo subsídios para direcionar as políticas públicas que visam à implementação de ações de prevenção, proteção, intervenção e de promoção da saúde, aos grupos em condições de vulnerabilidade.

REFERÊNCIAS

Decreto Lei Nº 2848, de 07 de dezembro de 1940. Código Penal. Acessível: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848compilado.htm

Decreto Lei Nº 3.688, de 03 de Outubro de 1941 - Lei das Contravenções Penais. Acessível: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Decreto-Lei/Del3688.htm

Lei Nº 8.069, de 13 de julho de 1990, Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Acessível: http://www.planalto.gov.br/CCivil_03/Leis/L8069.htm

ESTATUDO DO IDOSO – Presidência da Republica - Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Acessível: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/2003/L10.741.htm

REZENDE, E.; ARAÚJO, T.; MORAES, M.; SANTANA, J.; RADICCHI, R. Lesões buco-dentais em mulheres em situação de violência. Rev Bras Epidemiol 2007; 10(2): 202-14.

SALIBA, O.; GARBIN, C.; GARBIN, A.; DOSSI, A. Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. Rev. Saúde Pública. 2007; 41(3): 472-473.

Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan: normas e rotinas / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2007. 68 p. : il.– (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

Guia de vigilância epidemiológica / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – 7. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 816 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

BARROS, D. Notificação compulsória de violência – Implicações em saúde mental. Rev Psiquiatr Clín. 2011;38(4):125.

FRACON, E.; SILVA, R.; BREGAGNOLO, J. Avaliação da conduta do cirurgião-dentista ante a violência doméstica contra crianças e adolescentes no município de Cravinhos (SP). RSBO. 2011 Apr-Jun;8(2):153-9

TORNAVOI, D.; GALO, R.; SILVA, R.; Conhecimento de profissionais de Odontologia sobre violência doméstica RSBO. 2011 Jan-Mar;8(1):54-9

ALMEIDA, A.; SILVA, M.; MUSSE, J.; MARQUES, J. A responsabilidade dos profissionais de saúde na notificação dos casos de violência contra crianças e adolescentes de acordo com seus códigos de ética. Arq Odontol. Belo Horizonte, 48(2): 102-115, abr/jun. 2012.

Código de Ética Odontológica, Aprovado pela Resolução CFO-118/2012. acessível: http://cfo.org.br/website/wp-content/uploads/2018/03/codigo_etica.pdf

SILVA, G.A.; OLIVEIRA, C.M.G. O Registro das doenças de Notificação Compulsória: A participação dos profissionais da saúde e da comunidade Rev Epidemiol Control Infect. 2014; 4(3):215-220.

GARBIN, A.; GARBIN, C.; DIAS, I.; ROVIDA, T. Desafios do profissional de saúde na notificação da violência: obrigatoriedade, efetivação e encaminhamento. Ciência & Saúde Coletiva. 2015 20(6):1879-1890.

MOREIRA, G.; SOARES, P.; FARIAS, F.; VIEIRA, L. Notificações de violência sexual contra a mulher no Brasil. Rev. Bras. Promoção Saúde, Fortaleza, 28(3): 327-336, jul./set., 2015.

AMORIM, H.; MELO, B.; MUSSE, J.; SILVA, M.; COSTA, M.; MARQUES, J.; et al. Levantamento de marcas de mordidas. Arq Odontol. Belo Horizonte, 52(3): 165-174, jul/set. 2016.

ALVES, M.; FONSECA, B.; SOARES, T.; FRANÇA, A.; AZEVEDO, R.; TINOCO, R. Abuso sexual infantil e Odontologia. RBOL. 2016; 3(2):92-99.

SERAFIM A.P.R.; RODRIGUES L.G.; Prado MM. RBOL. 2016: 3(1):95-105.

JUNIOR, I. Estado de saúde bucal de crianças e adolescentes vítimas de abuso: uma revisão da literatura. RSBO, 2016, abr-jun; 13 (2): 104-8.

Sinan 2016. <http://portalsinan.saude.gov.br/sinan>

CEZAR, P.; ARPINI, D. Registros de Notificação Compulsória de Violência Envolvendo Crianças e Adolescentes. Psicol. cienc. prof. vol.37 no.2 Brasília,432-445, Apr./June 2017.

GARBIN, C.; TERUEL, G.; SALIBA, T.; ARCIERI, R.; GARBIN, A. Percepção e conduta dos acadêmicos de Odontologia frente à violência intrafamiliar. Arch Health Invest (2017) 6(6):280-283.

MELLO, C.; MOLETTA, L.; BRUZAMOLIN, C.; GABARDO, M.; PIZZATTO, E.; ZAITTER, W. Knowledge of dentists on child abuse in two Brazilian southern cities. RSBO. 2017 Jan-Mar;14(1):30-6.

SILVEIRA, I. A Frequência e variáveis associadas a casos de violência na infância e adolescência e o papel do estudante de odontologia. Pelotas, 2017, 94 f.

EGRY, E.; APOSTOLICO, M.; MORAIS, T. Notificação da violência infantil, fluxos de atenção e processo de trabalho dos profissionais da Atenção Primária em Saúde. Ciência & Saúde Coletiva. 2018; 23(1): 83-92.

HAGE C.; XAVIER, T.; ARANTES, D.; ZAMPIERI, M.; NASCIMENTO, L. Traumas faciais e morbidade bucal provocada pela violência em Belém, estado do Pará, Brasil. Rev Pan-Amaz Saúde 2018; 9(1):41-49.

<http://portalms.saude.gov.br/vigilancia-em-saude/vigilancia-de-violencias-e-acidentes-viva/vigilancia-de-violencias/orientacoes-para-notificacao-e-atendimento>. Publicado: Quarta, 16 de Maio de 2018, 11h14.

SILVA, P.; LUNARDI, V.; RIBEIRO, J.; OLIVEIRA, A.; VASQUEZ, T. Notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde no Brasil. Av Enferm. 2015;33(1):142-150.

SILVA, M.; COSTA, M.; MUSSE, J. ; ALMEIDA, A.; BOAS, C. Lesões corporais em adolescentes vítimas de violência física: casos periciados no instituto médico legal. Adolesc. Saude, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 18-25, jan/mar 2018.

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial desta obra, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte

Andressa Maria Lo-Ré Castilho

Taubaté, Novembro de 2018