

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Faculdade de Odontologia
Programa de Pós-Graduação em Odontologia



Dissertação de Mestrado

**Condições de saúde bucal e qualidade de vida relacionada à saúde bucal
em crianças e adolescentes vítimas de maus-tratos**

Ivam Freire da Silva Júnior

Pelotas, 2017

Ivam Freire da Silva Júnior

**Condições de saúde bucal e qualidade de vida relacionada à saúde bucal
em crianças e adolescentes vítimas de maus-tratos**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Odontopediatria.

Orientadora: Profa. Dra. Marina Sousa Azevedo

Co-Orientadora: Profa. Dra. Marília Leão Goettems

Pelotas, 2017

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas
Catalogação na Publicação

S586c Silva Júnior, Ivam Freire da

Condições de saúde bucal e qualidade de vida relacionada à saúde bucal em crianças e adolescentes vítimas de maus-tratos / Ivam Freire da Silva Júnior ; Marina Sousa Azevedo, orientadora ; Marília Leão Goettems, coorientadora. — Pelotas, 2017.

131 f.

Dissertação (Mestrado) — Programa de Pós-Graduação em Odontopediatria, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Pelotas, 2017.

1. Epidemiologia. 2. Maus-tratos infantis. 3. Saúde bucal. 4. Cárie dentária. 5. Qualidade de vida. I. Azevedo, Marina Sousa, orient. II. Goettems, Marília Leão, coorient. III. Título.

Black : D602

Ivam Freire da Silva Júnior

**Condições de saúde bucal e qualidade de vida relacionada à saúde bucal
em crianças e adolescentes vítimas de maus-tratos**

Dissertação apresentada, como requisito parcial, para obtenção do grau de Mestre em Odontopediatria, Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Pelotas.

Data da defesa: 20 de fevereiro de 2017.

Banca examinadora:

Profa. Dra. Marina Sousa Azevedo (Orientadora)
Doutora em Odontologia, área de concentração em Odontopediatria, pela Universidade Federal de Pelotas.

Prof. Dr. Marcos Britto Corrêa
Doutor em Odontologia, área de concentração em Dentística, pela Universidade Federal de Pelotas.

Prof. Dr. Joseph Murray
Doutor em Criminologia pela Universidade de Cambridge.

Profa. Dra. Lisandrea Rocha Schardosin (Suplente)
Doutora em Estomatologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Notas Preliminares

A presente dissertação foi redigida segundo o Manual de Normas para Dissertações, Teses e Trabalhos Científicos da Universidade Federal de Pelotas de 2013, adotando o Nível de Descrição 4 – estrutura em Artigos, descrita referido manual: <http://sisbi.ufpel.edu.br/?p=documentos&i=7>> Acesso em: 19/12/2016.

O projeto de pesquisa contido nesta dissertação é apresentado em sua forma final após qualificação realizada dia 1º de setembro de 2015 e aprovada pela Banca Examinadora composta pela Profª. Drª. Marina Sousa Azevedo (orientadora), Prof. Dr. Flávio Fernando Demarco, Msc. Gisele Scobernatti e Profª. Drª. Lisandrea Rocha Schardosim (suplente).

Dedico este trabalho aos meus pais,
responsáveis por toda a minha formação e
realização dos meus sonhos.

Agradecimentos

Ao **Programa de Pós-Graduação em Odontologia (PPGO)** da **Universidade Federal de Pelotas** por meio de seu coordenador Prof. Dr. **Rafael** Ratto de Moraes.

Ao secretário do PPGO, Celanir **Junior**.

A todos os **professores do PPGO**, pelos ensinamentos, incentivos e pela acolhida a mim dada.

À minha orientadora, Prof^a. Dr^a. **Marina** Sousa Azevedo, a quem tenho como referência de pessoa e profissional, pela responsabilidade e excelência em orientar seus alunos, por ter sido tão solícita comigo desde o primeiro momento, por ter acreditado nos meus projetos, por compartilhar seus conhecimentos e experiências. Foi muito mais que orientadora, foi amiga. Muito obrigado!

À minha co-orientadora, Prof^a. Dr^a. **Marília** Leão Goettems, pela disponibilidade em ajudar, pelos ensinamentos e esforço em transformar esta dissertação em realidade.

A **todos os professores da odontopediatria**, pelos ensinamentos e boa convivência. À Prof^a. Dr^a. **Ana** Regina Romano por compartilhar suas experiências clínicas tão valiosas e pelo exemplo de docente. À Prof^a. Dr^a. **Maria Laura** Menezes Bonow, pelas sugestões nas elaborações das aulas, pelas oportunidades a mim dadas em ministrar aulas na graduação e pela contribuição na minha formação. À Prof^a. Dr^a. **Lisandrea** Rocha Schardosim, pela contribuição na qualificação do projeto de dissertação, pela convivência maravilhosa e por transmitir uma calma e segurança tão importantes na clínica infantil.

À Prof^a. Dr^a. **Vanessa** Pereira Polina, pelos ensinamentos e convívio divertido e harmônico.

Ao Prof. Dr. **Flávio** Fernando Demarco pelas oportunidades, por difundir seu conhecimento e pela contribuição na qualificação do projeto de dissertação.

A todos os **colegas da odontopediatria**, em especial às **colegas de mestrado Andressa, Aryane, Isadora e Tamara**, pela amizade, pelo convívio sempre agradável e aprendizado em equipe.

Às minhas colegas e amigas **Andréia** Hartwig, **Vanessa** Muller e **Giulia** Demarco pela colaboração na execução deste trabalho, pela parceria e pelo convívio divertido.

A todos os **colegas do PPGO**, pela acolhida e parceria.

Ao **Núcleo de Atenção à Criança e ao Adolescente (NACA)** na pessoa de **Gisele** Scobernatti, pela oportunidade a mim dada, pelo excelente convívio, pela contribuição na qualificação do projeto de dissertação e pelo aprendizado. À secretária, **Jéssica** Petzinger, que nunca mediu esforços para me ajudar na execução do projeto, pelas risadas e amizade. A toda equipe, **psicólogas, pedagogas e assistentes sociais**, pela disponibilidade em ajudar e pelo convívio agradável. Às **crianças e adolescentes do NACA**, bem como seus **responsáveis**, pelo aceite em contribuir com este trabalho e por terem dado vida a minha dissertação de mestrado.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (**CAPES**), pela bolsa a mim concedida em todo o mestrado.

A todos os meus amigos e familiares que, apesar da distância, me deram apoio nesta caminhada e tornaram o período do mestrado mais fácil.

Aos meus irmãos **Sérvulo** (*in memoriam*) e **Sávio**, pela minha infância feliz e por ter me proporcionado ser tio de crianças tão lindas e amáveis (**Júlia, Lívia, Isadora, Isabela e Sávio Filho**), as quais certamente contribuíram no meu despertar para a odontopediatria.

Aos meus **pais, Ivam Freire e Maria Amália**, por terem me apoiado em todas as decisões da minha vida, inclusive de sair de casa tão cedo para estudar e realizar meus sonhos. Pelo amor, amizade e investimentos. Nada seria possível sem eles.

A todos que, direta ou indiretamente, me auxiliaram nesta caminhada.

Por fim, mas não por último, agradeço a **Deus**, que dá sentido à minha vida, pela oportunidade de recomeçar todos os dias, pela minha saúde e por permitir que eu concluísse mais esta etapa.

Se não vejo na criança uma criança é porque alguém a violentou antes e o que vejo é o que sobrou de tudo que lhe que foi tirado. Essa que vejo na rua sem pai, sem mãe, sem casa, cama e comida, essa que vive a solidão das noites sem ninguém por perto, é um grito, um espanto. Diante dela o mundo deveria parar para começar um novo encontro, porque a criança é o princípio sem fim e o seu fim é o fim de todos nós.

Herbert de Souza

Resumo

SILVA JÚNIOR, Ivam Freire da. **Condições de saúde bucal e qualidade de vida relacionada à saúde bucal em crianças e adolescentes vítimas de maus-tratos.** 2017. 131f. Dissertação (Mestrado em Odontopediatria) – Programa de Pós-graduação em Odontologia. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2017.

Os maus-tratos na infância e na adolescência são considerados um problema de saúde pública, há relativamente poucos estudos na área de odontologia nesta temática. O objetivo do Artigo 1 foi revisar a literatura em relação às condições bucais entre crianças e adolescente vítimas de maus-tratos, uma busca nas bases de dados nacionais e internacionais foi realizada e mostrou que crianças com histórico de maus tratos podem apresentar pobre higiene bucal e baixa busca pelos serviços odontológicos e, conseqüentemente, altos índices de dentes cariados não tratados se comparados com crianças que viveram em contextos sem violência. O Artigo 2 teve como objetivo avaliar a higiene bucal e descrever a prevalência de cárie dentária e gengivite em crianças e adolescentes vítimas de maus-tratos. Uma amostra de conveniência de crianças e adolescentes entre 8 e 17 anos de idade foi selecionada do Núcleo de Atenção à Criança e ao Adolescente (NACA), localizado em Pelotas-RS. Foi realizado exame clínico para o Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS), Índice de Dentes Cariados, Perdidos/extraídos e Obturados (CPO-D/ceo-d) e Índice de Sangramento Gengival (ISG). Ainda foram questionadas sobre ida ao dentista, dor dentária no último semestre e medo odontológico. Dados socioeconômicos, demográficos e do tipo de abuso foram coletados da ficha do núcleo. Foram examinados 106 indivíduos. A média CPO-D/ceo-d foi de 2,68 e o componente cariado correspondeu a 80% deste índice, 95% dos indivíduos tinham pelo menos uma superfície com placa dentária. Aproximadamente 90% da amostra apresentou pelo menos um ponto sangrante, 51,89% relatou ter tido dor dentária no último semestre e 60,38% reportou não ter ido ao dentista nos últimos 6 meses. O objetivo do Artigo 3 foi mensurar e comparar o impacto na Qualidade de Vida Relacionada à Saúde Bucal (QVRSB) entre crianças vítimas de maus-tratos e aquelas que não vivenciaram tais experiências. A amostra de crianças do NACA compreendeu aquelas de 8 a 10 anos (n=48) e um grupo de escolares proveniente de um banco de dados realizado em 2010 foi utilizado como grupo comparativo (n=144). Para avaliar QVRSB foi utilizado o Child Perception Questionnaire 8-10 (CPQ₈₋₁₀) para ambos os grupos. Estatística descritiva e regressão linear múltipla foram realizadas para avaliar a associação entre QVRSB e crianças vítimas de maus-tratos. Variáveis socioeconômicas, demográficas e clínicas foram usadas como variáveis de controle na análise. Observou-se que as crianças vítimas de maus-tratos apresentaram um maior impacto na QVRSB do que os escolares, e um maior impacto nas subescalas de sintomas orais e limitações funcionais. Conclui-se que a literatura aponta para uma pior condição de saúde bucal em crianças vítimas de maus-tratos do que aquelas sem essa experiência. A alta prevalência de doenças bucais entre as crianças do NACA, bem como maior impacto na QVRSB quando comparadas com escolares sem histórico de abuso, sugere que o cirurgião-dentista é importante

no cuidado interdisciplinar de crianças vítimas de maus-tratos, ajudando-as a enfrentar os problemas de uma melhor maneira.

Palavras-chave: epidemiologia; maus-tratos infantis; saúde bucal; cárie dentária; qualidade de vida.

Abstract

SILVA JÚNIOR, Ivam Freire da. **Oral health status and oral health-related quality of life in children and adolescents victims of maltreatment.** 2017. 131p. Dissertation (Master Degree in Pediatric Dentistry). Postgraduate Program in Dentistry, Federal University of Pelotas, Pelotas, 2017.

Maltreatment in childhood and adolescence is considered a public health problem; there are relatively few studies in the area of dentistry. The purpose of Article 1 was to review the literature about oral conditions among children and adolescents victims of maltreatment. A search in the national and international databases was performed and showed that children with a history of maltreatment may present poor oral hygiene, low search for dental services and, consequently, high rates of untreated decayed teeth compared to children who lived in non-violent contexts. The aim of Article 2 was to assess oral hygiene and describe the prevalence of dental caries and gingivitis in children and adolescents victims of maltreatment. A convenience sample of children and adolescents between 8 and 17 years of age was selected from the Child and Adolescent Center for Psychological Support (NACA), located in Pelotas, RS. A clinical examination was carried out using Simplified Oral Hygiene Index (OHI-S), Decayed, Missing or Filled Teeth index (DMFT/dmft) and Gingival Bleeding Index (GBI). They were questioned about go to the dentist, dental pain in the last semester and dental fear. Socioeconomic, demographic and type of abuse data were collected from the registration form of the center. A total of 106 subjects were examined. The mean DMFT/dmft was 2.68 and the carious component corresponded to 80% of the index, 95% of the individuals had at least one surface with dental plaque. Approximately 90% of the sample presented at least one bleeding point, 51.89% reported having had dental pain in the last semester and 60.38% reported that they have gone to the dentist in the last semester. The purpose of Article 3 was to measure and compare the Oral Health-Related Quality of Life (OHRQoL) in children victims of maltreatment and children not maltreated. The sample of NACA children comprised those from 8 to 10 years (n=48) and a group of schoolchildren from a database in 2010 was used as a comparative group (n=144). To evaluate OHRQoL, the Child Perception Questionnaire 8-10 (CPQ₈₋₁₀) was used for both groups. Descriptive statistics and multiple linear regression were used to assess the association between maltreated children victims and OHRQoL. Socioeconomic, demographic and clinical variables were used as control variables in the analyses. It was observed that children victims of maltreatment had a higher impact on the OHRQoL in comparison to school students and a higher impact on oral symptoms and functional limitations subscales. It is concluded that the literature points to a worse oral health condition in children victims of maltreatment than those without this experience. The high prevalence of oral diseases among NACA children, as well as higher impact on the OHRQoL compared to students with no history of abuse, suggests tha the dentist is important in the interdisciplinary care of child victims of maltreatment, helping them to tackle problems in a better way.

Key-words: epidemiology; child abuse; oral health; dental caries; quality of life.

Sumário

1 Introdução.....	12
2 Projeto de Pesquisa.....	17
2.1 Introdução.....	17
2.2 Revisão Teórica.....	20
2.3 Objetivos.....	31
2.3.1 Objetivo Geral.....	31
2.3.2 Objetivos Específicos.....	32
2.4 Metodologia.....	32
2.5 Artigos.....	41
2.6 Cronograma.....	42
2.7 Orçamento.....	43
3 Relatório de campo.....	44
4 Artigo 1.....	47
5 Artigo 2.....	52
6 Artigo 3.....	74
7 Considerações finais.....	94
Referências.....	95
Apêndices.....	107
Anexos.....	114

1 Introdução

A Organização Mundial de Saúde (OMS) conceitua a violência como o uso da força física ou do poder, em ameaça ou na prática, contra si próprio, contra outras pessoas ou até contra uma comunidade, podendo resultar em sofrimento, dano psicológico, desenvolvimento prejudicado ou privação (WHO, 2006). Importante salientar que a violência infanto-juvenil independe de questões raciais, socioeconômicas, culturais e geográficas (MINAYO, 2001).

A violência contra crianças e adolescentes é vista como um fenômeno que acompanha a sociedade desde os tempos mais primitivos, os relatos advêm desde as civilizações greco-romana e hebraica, onde a criança era vista como propriedade dos pais e do Estado. Mas, somente a partir do século XIX, o mundo começou a reconhecer a violência contra a criança e o adolescente como um problema. Na Assembleia Geral das Nações Unidas de 1959 tivemos a Declaração Universal dos Direitos da Criança, um documento que orienta os países do mundo todo a respeitarem as necessidades básicas das crianças. No Brasil, somente em 1973 houve descrição do primeiro caso de espancamento na literatura nacional e em 1988, a atual Constituição Brasileira, no seu artigo 227, passou a considerar crianças e adolescentes como sujeitos de direito (MARTINS; JORGE, 2010). Em 13 de junho de 1990, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) nasce como um instrumento que rege o país no tocante à proteção da criança e do adolescente, determinando penalidades para aqueles que os maltratam e também para os que não denunciam, além de instituir o Conselho Tutelar como o órgão encarregado de zelar pelo cumprimento dos direitos das crianças e dos adolescentes (BRASIL, 2002).

Dentre as mais diversas formas de violência, a violência doméstica aparece como um tipo intrafamiliar, ou seja, o agressor tem alguma ligação familiar com a vítima e o próprio lar da criança e do adolescente é o local para a prática abusiva. Porém não se pode descartar também que aqueles que vivem nas ruas ou os institucionalizados também sejam frequentemente vítimas da violência doméstica (MINAYO, 2001).

É sabido que a violência contra crianças e adolescentes ou, como também é comumente chamado, os maus-tratos infantis assumem várias faces e nuances, e muitas vezes manifestam-se de maneira dinâmica e sincrônica, porém mais por uma questão didática são classificados basicamente em quatro: abuso físico, abuso sexual, abuso psicológico e negligência (PIRES; MIYAZAKI, 2005).

Por abuso físico entende-se todo aquele ato violento que usa a força física intencionalmente, ou seja, não é acidental e geralmente é praticada por pessoas do convívio da criança ou do adolescente, podendo deixar ou não marcas no corpo. Este tipo de violência apresenta uma variabilidade quanto à sua gravidade, podendo ir desde tapas e beliscões até queimaduras e mutilações, além de poder ter como consequências a morbidade a até a morte (PIRES; MIYAZAKI, 2005).

Configura-se como abuso sexual o ato em si ou o estímulo sexual e o agressor possui um desenvolvimento psicosssexual mais adiantado do que o da criança ou do adolescente. Além do contato sexual com ou sem penetração, o abuso sexual também pode envolver a exploração sexual, através da pornografia, prostituição, voyeurismo, entre outros (SÃO PAULO, 2007; PIRES; MIYAZAKI, 2005).

O abuso psicológico nada mais é do que o ato de maltratar a criança com palavras, rejeitando-a, discriminando-a e humilhando-a através de agressões verbais, é também considerado como violência psicológica o fato de utilizar as crianças para atender às necessidades psíquicas dos adultos, além da submissão de crianças a um trabalho que não seja condizente com sua idade e seu estágio de socialização (SÃO PAULO, 2007; PIRES; MIYAZAKI, 2005).

Os maus-tratos psicológicos podem causar danos irreversíveis no que tange personalidade e forma de encarar a vida pela criança, isto por que ela está no ápice do desenvolvimento biopsicossocial (BRASIL, 2002). Há uma dificuldade muito grande em identificar casos de abuso psicológico, visto a falta de materialidade do ato e dificuldade em obter as evidências necessárias. Acredita-se ainda que este tipo de abuso esteja muitas vezes associado aos demais tipos de maus-tratos (PIRES; MIYAZAKI, 2005; SÃO PAULO, 2007).

A omissão por parte dos responsáveis seja no campo físico, emocional ou social também é uma forma de abuso e é denominada de negligência. Privar a criança de atenção básica deve ser analisado de maneira cautelosa, visto que o que discerne negligência de pouca ou nenhuma condição econômica é a

intencionalidade do responsável (SÃO PAULO, 2007; BRASIL, 2002; PIRES; MIYAZAKI, 2005). Negligência médica é um subtipo da negligência e está ligada com a demora ou recusa em prestar cuidados médicos necessários ao bem estar da criança, já a negligência odontológica é considerada um subgrupo específico da negligência médica (CUKOVIC-BAGIC, 2010). A Academia Americana de Odontopediatria (AAPD) define negligência odontológica como um erro intencional por parte dos pais ou responsáveis da criança em buscar ou seguir o tratamento odontológico que seria necessário para garantir boas condições de saúde bucal e até tirá-la de um quadro de dor e/ou infecção (AAPD, 2016).

Segundo dados da Fundação das Nações Unidas para a Infância (UNICEF, 2014), 6 em cada 10 crianças no mundo (quase um bilhão) entre 2 e 14 anos de idade são submetidas à punição física por seus responsáveis e 120 milhões de meninas no mundo já vivenciaram algum tipo de violência sexual. Segundo dados nacionais, cerca de 500 mil crianças são espancadas por ano no Brasil (WAISELFISZ, 2012).

Apesar da obrigatoriedade de notificação dos casos suspeitos pelos profissionais de saúde, segundo o artigo 13 do ECA (BRASIL, 2002), ainda há uma cultura no Brasil de tratar a violência intrafamiliar como algo íntimo e privado das famílias, o que leva muitos profissionais a não notificarem os casos, o que, dentre tantos prejuízos, prejudica a saúde pública no que tange a visibilidade, compreensão e magnitude das morbidades causadas pela violência que acomete crianças e adolescentes nos seu lares (MINAYO, 2001).

Tradicionalmente, a violência é tratada como um problema jurídico e social, no entanto, nos últimos anos a experiência dos maus-tratos infantis vem sendo considerado como um problema muito sério para a saúde, tanto pelos danos do ato em si quanto pelas sequelas deixadas (BRASIL, 2002). Os impactos causados vão desde o âmbito físico até o emocional tanto para a criança e o adolescente agredidos, quanto para suas famílias, para a sociedade como um todo e até mesmo para o agressor (MINAYO, 2001). Além disso, vários autores tem observado o alto custo que a violência causa aos cofres públicos no setor saúde (MINAYO, 2001; BRASIL, 2005). Em virtude desses fatores, tem sido considerado um problema de saúde pública.

As consequências para a vítima da violência doméstica ainda não estão totalmente esclarecidos. Em uma revisão de literatura, Pires e Miyazaki (2005) identificaram que crianças vítimas de maus-tratos tendem a ser mais agressivas, ter baixa autoestima, ter dificuldade de relacionar-se com outras pessoas, engravidar precocemente, usar drogas e tornarem-se abusadoras. Fellite et al. (1998) observaram que estas crianças também tem maior risco à depressão, cometer suicídio, doenças cardíacas, câncer, entre ter outras doenças crônicas ao longo de suas vidas quando comparadas com aquelas que não vivenciaram os maus-tratos.

Visto os crescentes desafios impostos aos profissionais de saúde em relação aos maus-tratos infantis, o desenvolvimento acadêmico do tema e consequente publicações de trabalhos acerca dele tornou-se uma tendência na primeira década do século XXI. Inicialmente, estudada pela medicina, psicologia, enfermagem e assistência social, a temática vem ganhando força nas outras áreas da saúde recentemente, como na odontologia, o que ainda parece haver timidez em discutir sobre violência infantil (BRASIL, 2005).

Na odontologia, os estudos têm sido em sua maioria acerca das injúrias orais causadas pela violência física (CAVALCANTI; DUARTE, 2003. DA FONSECA; FEIGAL; TEN BENSEL, 1992), como Massoni et al. (2010) observaram em uma revisão de literatura em que as manifestações orais desse tipo de abuso foram desde hematomas e lacerações nos lábios e boca, dentes fraturados, com mobilidades e avulsões até fraturas na maxila e mandíbula.

Levando em consideração aspectos como padrão de higiene, cárie e doença periodontal, poucos são os estudos na literatura nacional e internacional. No Brasil, dois estudos tratando de condições de saúde bucal e maus-tratos na infância foram recentemente publicados (DUDA et al., 2016; MOURA et al., 2016).

Um estudo conduzido em Curitiba encontrou que crianças vítimas de abuso apresentaram Índice de Dentes Cariados, Perdidos e Obturados (CPO-D) maior do que aquelas que não foram vítimas e esse resultado foi estatisticamente significativo, além desse resultado, observou-se ainda que as que foram vítimas apresentaram 6,48 vezes mais chances de ter cárie na dentição permanente quando comparadas com o grupo controle (DUDA et al., 2016). Já Moura et al. (2016), observaram que as condições de saúde bucal entre o grupo caso (vítimas de maus-tratos) e o grupo

controle (sem histórico de maus-tratos) foram semelhantes no tocante cárie dentária e gengivite.

A literatura internacional também não apresenta muitos estudos nessa área, além dos resultados também serem inconclusivos. Os estudos apresentam algumas limitações, como a falta de amostras representativas da população e alguns problemas relativos ao grupo controle, uma vez que se torna difícil controlar variáveis que envolvem violência intrafamiliar, por ainda ser algo velado e de difícil diagnóstico por profissionais de saúde (MINAYO, 2001). Embora a literatura sugira que as crianças e adolescentes vítimas de maus-tratos tenham más condições de saúde bucal, mais estudos são necessários a fim de verificar esta questão.

Numa busca na literatura, não foi encontrado nenhum estudo mensurando a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde Bucal (QVRSB) entre crianças que sofreram maus-tratos. Como se sabe, os parâmetros clínicos sozinhos não são capazes de prever o quanto a saúde bucal afeta a vida de um indivíduo, sendo necessário, pois, a aplicação de instrumentos que mensurem o impacto das desordens bucais na Qualidade de Vida (QV) das pessoas (GOETTEMMS et al., 2013).

Em crianças sistemicamente comprometidas, como aquelas portadoras do vírus do HIV (ROVARIS et al., 2014) e neutropenia (CHERETAKIS et al, 2007), a literatura tem mostrado alto impacto na percepção da QVRSB, sugerindo que adversidades vividas na infância pode afetar como a criança se percebe frente a QVRSB. Com isso, é possível que crianças vítimas de maus-tratos apresentem um impacto na QVRSB maior do que aquelas que não vivenciaram abusos e/ou negligência, possivelmente justificado pela baixa autoestima e autocuidado gerados pelo trauma abusivo (SANO-ASAHI et al., 2015). Porém, pela escassez de dados não é possível afirmar tal associação e, com isso, não há suporte suficiente a dar às políticas e estratégias de ação em saúde bucal.

O objetivo deste trabalho foi realizar uma revisão da literatura em relação à condição de saúde bucal em crianças e adolescentes vítimas de maus-tratos, avaliar higiene bucal, cárie dentária e gengivite em crianças e adolescentes atendidas em um centro de referência às vítimas de maus-tratos, além de mensurar e comparar o impacto na QVRSB entre crianças vítima de maus-tratos e aquelas que não vivenciaram tais experiências.

2 Projeto de pesquisa

2.1 Introdução

Para a Organização Mundial de Saúde (1996 apud DAHLBERG; KRUG, 2007), violência é conceituada como “o uso da 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 qualquer possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação”. A Organização Pan-americana da Saúde discute em seu documento, datado de 1994, que a violência transforma-se em um problema de saúde pública, devido às sequelas físicas e emocionais que produz e que adquiriu um caráter endêmico em muitos países (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE, 1994, p. 5 apud MINAYO, 1994).

A violência contra a criança ocorre em diferentes culturas, independente da raça, etnia e renda, ela se manifesta de várias formas, como o abuso físico, sexual, psicológico e a negligência (MINAYO, 2001). Esse tipo de violência também é conhecida como maus-tratos e, quando tem um caráter intra-familiar, ou seja, quando o vitimizador é pertencente ao núcleo familiar ou conhecido da família, pode ser chamada de violência doméstica (AZEVEDO; GUERRA, 2005). Minayo (2001) trata a violência contra a criança e o adolescente como algo perene na história da civilização, onde desde os tempos mais primitivos constata-se a negação do direito que as crianças têm de serem tratadas sob condições especiais de crescimento e desenvolvimento.

Segundo dados da Fundação das Nações Unidas para a Infância (UNICEF, 2014), 6 em cada 10 crianças no mundo (quase um bilhão) entre 2 e 14 anos de idade são submetidas à punição física por seus responsáveis e 120 milhões de meninas no mundo já vivenciaram algum tipo de violência sexual. Segundo dados nacionais, cerca de 500 mil crianças são espancadas por ano no Brasil (WAISELFISZ, 2012).

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), no tocante aos casos de violência doméstica, define a obrigatoriedade da comunicação dos casos suspeitos ou confirmados às autoridades competentes pelos profissionais de saúde. O cirurgião-dentista, especificamente, apresenta papel de fundamental importância na detecção de vítimas de violência, já que a região da cabeça e face costuma ser a mais atingida (CAVALCANTI; DUARTE, 2003).

Os estudos na área de Odontologia envolvendo crianças abusadas são, em sua maioria, relacionados à prevalência de traumas na face (CAVALCANTI; DUARTE, 2003. DA FONSECA; FEIGAL; TEN BENSEL, 1992). No Brasil, especificamente, não foram encontrados, em nossa busca, estudos populacionais envolvendo maus tratos na infância, restringindo-se a estudos forenses (CAVALCANTI, 2010; CAVALCANTI; DUARTE, 2003). Massoni et al. (2010) ao fazer uma revisão da literatura, observou que eram bastante comuns dentes fraturados, deslocados, com mobilidade ou avulsionados em crianças violentadas. Naidoo et al. (2000) e Cavalcanti (2010) também relataram em seus estudos a presença de traumatismo dentário em crianças com histórico de abuso.

Apesar do papel que o dentista representa na detecção dos sinais, a maioria não tem o hábito de denunciar ou registrar casos suspeitos de agressão infantil, seja por dificuldades no diagnóstico, medo de envolvimento ou por carecer de maiores informações sobre as condutas éticas (RAMOS; SILVA, 2006). Nos estudos de Santos et al. (2006), 52,9% da sua amostra de odontopediatras em MG já identificaram sinais de violência infantil, porém somente 14,3% notificaram o caso às autoridades, 29% desconhecem suas responsabilidades legais quanto ao crime. Azevedo et al. (2012) observou em sua amostra na cidade de Pelotas-RS que, dentre os dentistas que suspeitaram de maus tratos infantis, 76% não notificaram às autoridades.

Com relação à cárie, alguns estudos verificaram que crianças abusadas e negligenciadas apresentaram índices maiores de cárie na primeira infância quando comparadas com crianças sem histórico de maus tratos (VALENCIA-ROJAS; LAWRENCE; GOODMAN, 2008), bem como mais dentes sem tratamento (OLIVAN, 2003). Embora os achados na literatura limitem-se em estudar a prevalência das doenças bucais em crianças abusadas, Valencia-Rojas, Lawrence e Goodman (2008) sugere que a explicação para que essas crianças apresentem mais cáries do

que as que não são vítimas esteja na falta de motivação e interesse dos pais na manutenção da saúde bucal de seus filhos. A associação da prevalência de cárie com o tipo de violência ainda foi pouco explorada e os resultados presentes na literatura ainda são controversos. Em um estudo realizado nos EUA com crianças filhas de militares não foram observadas diferenças estatísticas na condição de cárie entre crianças que sofreram abuso e negligência daquelas que não foram vítimas (BADGER, 1986).

Embora necessitando de mais estudos, a literatura tem mostrado a repercussão e o grande impacto na qualidade de vida do adulto que sofreu abuso infantil (MOELLER; BACHMANN; MOELLER, 1993), sugerindo que as políticas públicas de saúde empenhem-se ainda mais no combate à violência doméstica infanto-juvenil, além de garantir cuidados efetivos às crianças abusadas, visando suavizar o impacto na sua qualidade de vida. O estudo do impacto na qualidade de vida da criança vítima de maus-tratos é pouco explorado. Em uma revisão de literatura conclui-se que a falta de estudos nesta temática deve-se aos desafios na mensuração desta, bem como falta de instrumentos específicos e disposição dos pesquisadores para estudá-la (PROSSER; CORSO, 2007).

Entre os questionários de qualidade de vida aplicados para crianças e adolescentes, o KIDSCREEN é o mais utilizado na Europa e sua versão KIDSCREEN-52, que possui 52 questões, abrange 10 domínios, dentre eles o bullying (KENZIK et al., 2014). Foi validado no Brasil por Guedes e Guedes (2011) e Jernbro et al. (2015) utilizou o Kidscreen recentemente em um estudo com crianças vítimas de múltiplos maus-tratos na Suécia.

Com relação à qualidade de vida relacionada à saúde bucal (QVRSB), em nossa busca, não foi encontrado na literatura nenhum estudo sobre QVRSB em crianças vítimas de maus tratos. Sabendo do impacto que a violência contra a criança pode gerar na qualidade de vida e da possibilidade destas crianças terem maior prevalência de cárie e trauma é possível que estas crianças apresentem um impacto importante na QVRSB. Um estudo realizado em um hospital público na cidade do Rio de Janeiro com crianças de 3 a 6 anos infectadas pelo HIV, observou que a qualidade de vida em metade dessas crianças sofreu impacto devido à saúde bucal, principalmente devido à cárie dentária (BUCZYNSKI et al., 2011), reforçando

a ideia de que crianças que vivem fora de um contexto considerado saudável, podem ter a qualidade de vida impactada por questões de saúde bucal.

Existem muitas lacunas na literatura odontológica em relação às crianças e adolescentes vítimas de maus-tratos, principalmente no que tange a condição bucal em si e o impacto que existe na QV e na QVRSB. No Brasil inexistem estudos que avaliem a doença cárie e outros achados bucais em crianças e adolescentes vítimas de violência, justificando a relevância da execução deste projeto.

2.2 Revisão Teórica

Violência contra a Criança e o Adolescente

Minayo (2001) ao fazer uma abordagem histórica e social da violência infanto-juvenil, concluiu que esta temática acompanha a humanidade desde os tempos mais primitivos, observando os registros em passagens bíblicas e no fato das sociedades mais antigas aceitarem o infanticídio. O abuso infantil é considerado um fenômeno universal, sem predileção por raça, etnia, gênero, religião, cultura ou questões socioeconômicas. A violência ultrapassou as fronteiras social e jurídica e hoje é considerado um problema de saúde pública (ASSIS et al., 2012).

Segundo dados do Mapa da Violência, no Brasil, 63% dos casos de violência contra crianças e adolescentes acontecem na própria residência da vítima, somente 18% ocorre em via pública (WAISELFISZ, 2012). Entre as crianças e adolescentes a violência doméstica é a mais comum e é caracterizada por abuso físico, psicológico e sexual, negligência física e emocional (ARON, 2001 apud RAMOS; DA SILVA, 2011).

A violência doméstica contra a criança e o adolescente foi conceituada por Azevedo e Guerra (2005) como qualquer ação ou omissão praticada por quem deveria protegê-los, podendo o agressor ter relação de parentesco sanguínea (entre irmãos), filial (entre pais e filhos), de aliança (padrasto ou madrasta, por exemplo) ou de qualquer responsabilidade (vizinhos ou amigos da família, por exemplo). Entre 1981 e 2010, 233.751 crianças e adolescentes na faixa de <1 ano a 19 anos de idade vieram a óbito no Brasil por homicídio ou outras violências. Somente em 2010, 9930 crianças e adolescentes da mesma faixa etária morreram por essas causas no

país. O Brasil ocupa a 4ª posição no ranking internacional de homicídios de crianças entre 10 e 14 anos, atrás apenas de El Salvador, Guatemala e Iraque (WAISELFISZ, 2012).

Segundo dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), no ano de 2011 foram registrados 39.281 atendimentos por violência no SUS na faixa de <1 ano a 19 anos de idade. O estado do Rio Grande do Sul está na 14ª posição entre os 26 estados e o Distrito Federal (WAISELFISZ, 2012).

No Núcleo de Atenção à Criança e ao Adolescente (NACA) da cidade de Pelotas-RS, dos 108 atendimentos iniciados e concluídos no ano de 2014, 51,85% foram de abuso sexual, 23,24% abuso psicológico, 13,88% negligência e 11,11% abuso físico (NACA, 2015).

É possível que haja uma subestimação dos dados, já que quantificar a violência doméstica é uma tarefa difícil, pois há uma questão cultural envolvida, onde se faz uso do poder e da discriminação dentro do ambiente doméstico (MINAYO, 2001).

Abuso Físico

O abuso físico é todo tipo de agressão que faz uso da força, não acidental e que traz consequências dolorosas, podendo ter a morte como desfecho (RAMOS; SILVA, 2011). Para Minayo (2001), o lar é o local que frequentemente está associado a esse tipo de agressão, mas as crianças abandonadas em ruas e que vivem em instituições também são vítimas dos maus tratos físicos.

A violência física prevalece no panorama nacional, com 40,5% dos atendimentos por violência no SUS no ano de 2011 na faixa etária de <1 ano a 19 anos de idade, sendo que quase 60% dos casos foram entre os 15 e os 19 anos de idade (WAISELFISZ, 2012).

Em relação ao gênero, alguns estudos mostraram maior predileção pelo sexo masculino nos casos de abuso físico (CAIRNS; MOK; WELBURY, 2005; CAVALCANTI, 2010; NAIDOO, 2000). No entanto, outros estudos não observaram predileção por sexo (DA FONSECA; FEIGAL; TEN BENSEL, 1992; JESSEE, 1995).

Segundo estudos de Cavalcanti e Duarte (2003) com crianças vítimas de abuso físico em uma das capitais localizada no nordeste brasileiro, a região da cabeça e face é frequentemente a mais atingida, tendo prevalência de 60,9% e que as lesões

na cavidade bucal estavam presentes em 18,9%, sendo os tecidos moles os mais afetados. Em uma revisão da literatura, Massoni et al. (2010) encontraram que lacerações, queimaduras e hematomas são achados bucais descritos na literatura, além de traumas dentários e no complexo maxilo-mandibular em geral.

Naidoo (2000) concluiu em seus estudos que o número das lesões intra-oral pode ser maior do que é relatado pelos órgãos notificadores, já que há alta prevalência dos danos na cabeça e rosto poderiam desviar a atenção do médico legista, subestimando a cavidade oral, e até pela falta de familiaridade deste com a boca.

Corroborando com a literatura nacional, em um estudo de coorte de crianças abusadas fisicamente no Reino Unido, Cairns, Mok e Welbury (2005) observaram que 59% delas apresentaram sinais de abuso na cabeça, rosto ou pescoço, sendo hematomas (65,2%) e escoriações (22,9%) as lesões mais comuns.

Os estudos envolvendo tipos de lesões sofridas nas crianças abusadas fisicamente iniciaram em 1966 (CAMERON; JOHNSON; CAMPS, 1966 apud CAIRNS; MOK; WELBURY, 2005) na Inglaterra, quando foram descritos 29 casos fatais ao longo de 2 anos em um hospital de uma faculdade de medicina localizada em Londres. Em uma revisão de 1.248 casos de crianças vítimas de abuso infantil na cidade de Minneapolis, nos EUA, da Fonseca, Feigal e ten Bensel (1992) observaram uma prevalência de 75,5% de lesões orofaciais, demonstrando que a alta taxa de lesões nesta área do corpo é relatada desde os estudos mais antigos.

A elevada prevalência do envolvimento da cabeça, face e pescoço nos casos de violência física deve-se ao fácil acesso, mas também por ser um alvo de eleição do agressor, já que gera um importante abalo psicológico na vítima (FABIAN; BENDER, 1947).

Em relação às injúrias intraorais, Naidoo (2000), relatou que lesões no lábio prevaleceram, seguidas de lesões na mucosa oral, nos dentes e na gengiva, corroborando com outros estudos (DA FONSECA, FEIGAL; TEN BENSEL, 1992; JESSEE, 1995). Mobilidade dentária e ausência de dentes também foram aspectos clínicos observados por Naidoo (2000) em crianças vítimas de violência física na Cidade do Cabo, na África do Sul.

Cavalcanti (2010) ao avaliar 1.070 relatórios forenses de crianças e adolescentes abusadas fisicamente em uma cidade do interior do nordeste brasileiro entre 2003 e 2006, observou que dentre as vítimas com lesões dentárias (5,2%)

todas apresentaram fraturas coronárias (100%) e em 84,6% os incisivos superiores estavam afetados.

Abuso Sexual

O abuso sexual infantil pode ser definido como qualquer ato ou mesmo uma tentativa de se obter o ato sexual entre um ou mais adultos e uma criança ou adolescente, independentemente da relação com a vítima, tendo por finalidade estimulá-la sexualmente ou até mesmo utilizá-la para obter uma estimulação sexual sobre outra pessoa, caracteriza-se ainda por ser contra a vontade, por meio de força física, chantagem, uso de armas ou drogas (AZEVEDO; GUERRA, 1995; OMS, 2003; WAISELFISZ, 2012).

A Organização Mundial de Saúde considera o abuso sexual infantil como um dos maiores problemas de saúde pública, variando de 7% a 36% na prevalência entre as meninas e 3% a 29% entre os meninos, segundo estudos realizados em vários países do mundo (OMS, 2003). Exatamente 10.425 atendimentos por violência sexual contra a criança e o adolescente foram notificados no ano de 2011 no Brasil. A faixa etária dos 10 as 14 anos foi a que teve maior número de atendimentos (WAISELFISZ, 2012). Em Pelotas-RS, aproximadamente 50% dos atendimentos no NACA iniciados e concluídos em 2014 foram casos de abuso sexual (NACA, 2015).

Ainda segundo os dados registrados pelo SUS em 2011, a grande maioria das vítimas desse tipo de violência foi do sexo feminino (83,2%) e foi entre os 15 e os 19 anos que os índices femininos atingiram sua máxima expressão (WAISELFISZ, 2012).

Os dados deste tipo de abuso podem estar subestimados em virtude do chamado “pacto familiar de silêncio”, que nada mais é do que o fenômeno de encobertamento do abuso sexual sofrido pela criança. A mãe geralmente tem uma participação muda e muitas vezes culpa a filha abusada pela violência cometida pelo parceiro. Além disso, muitas crianças não conseguem verbalizar o ato sofrido, conseguindo falar sobre ele somente quando adulto (PFEIFFER; SALVAGNI, 2005).

Geralmente os agressores são o pai, o padrasto ou outras pessoas conhecidas do convívio familiar (MINAYO, 2001). Em 28,5% dos atendimentos por violência sexual no SUS contra a criança e o adolescente no ano de 2011, no Brasil,

um amigo ou conhecido da criança ou dos pais era o agressor, seguido dos desconhecidos (17,9%). Pais e padrastos apareceram como 10% dos casos nessa mesma amostra e a soma de todos os componentes da família nuclear (pai, mãe, padrasto, madrasta, cônjuge, filhos e irmãos) representou 26,5% dos possíveis agressores (WAISELFISZ, 2012).

Os indicadores do abuso sexual também são de difícil observação, já que muitas crianças não apresentam sinais físicos sugestivos deste tipo de abuso, sendo os indicadores comportamentais os mais fáceis de observar nesse tipo de agressão à criança. As consequências psicológicas da violência sexual contra crianças e adolescentes são desastrosas, levando-as a uma tristeza constante, sono durante o dia, medo exagerado de adultos, manias, ansiedade, e até comportamento suicida. (PFEIFFER; SALVAGNONI, 2005; MASSONI et al., 2010; OMS, 2003).

Em longo prazo, as vítimas podem começar a se queixar de dores de cabeça, fadiga, perturbações do sono e distúrbios alimentares. Entre outros sinais e sintomas físicos da violência sexual, pode-se encontrar a gravidez indesejada, infecção por Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST's). Há ainda lesões genitais mais específicas, principalmente no caso de meninas violentadas, como a presença de equimoses, escoriações, vermelhidão e inchaço (OMS, 2003).

Os sinais orofaciais, quando presentes, podem aparecer variando de eritema à ulceração e de lesões vesículo-pustular a pseudomembranosas na língua, no palato, na face e principalmente na faringe, além de lesões de HPV, eritema e petéquias na junção dos palatos duro e mole ou assoalho de boca, sugerindo sexo oral forçado. Há ainda um outro sinal patognomônico do abuso sexual que é a presença de gonorreia oral e perioral em crianças pré-púberes, que embora não muito frequente, pode ser diagnosticado por testes laboratoriais (MASSONI et al., 2010).

Leeners et al. (2007) observaram numa amostra de 111 mulheres que sofreram abuso sexual na infância que esta violência pode aumentar a tensão psicológica durante o tratamento odontológico, assim como o estresse, a preferência por dentista do sexo feminino e, como consequência do medo frente aos cuidados dentários profissionais, há o comprometimento da saúde bucal.

Abuso Psicológico

Embora menos estudada do que os outros tipos de maus tratos, a violência psicológica gera consequências perversas no desenvolvimento infanto-juvenil (MINAYO, 2001; HART; BRASSARD, 1987) e apresenta dados bastante expressivos, sendo a 2ª maior violência notificada no NACA, com 24% dos 301 casos de maus tratos notificados (NACA, 2015). É definida como a violência que coloca a criança e o adolescente num papel de submisso, através de agressões verbais, humilhação, desqualificação, culpabilização, responsabilização expressiva, indiferença ou rejeição (SÃO PAULO, 2007).

A American Professional Society on the Abuse of Children (2011 apud PAUL; ECKENRODE, 2015) definiu seis subtipos de maus tratos psicológico: 1) Desprezo, rejeição ou degradação; 2) Exploração ou corrupção; 3) O ato de aterrorizar; 4) Ignorar ou negar a capacidade de resposta emocional; 5) Isolamento; 6) Negligência mental, de saúde e educacional.

Minayo (2001) descreve a violência psicológica como uma necessidade do adulto de, além da violência física contra a teimosia da criança, causar nela um sentimento de culpa e vergonha. A mesma autora trata este tipo de abuso como um tabu, visto que os pais ao terem o sentimento de posse exclusiva da criança, pensam que teriam o direito de tratá-la como bem entendem, sendo, nesse caso, o abuso psicológico como uma forma de educar com rigor.

Jernbro et al. (2015) observou em seus estudo com crianças vítimas de múltiplos maus tratos, que 78% das crianças que eram vítimas de negligência eram também vítimas de abuso psicológico. Hart e Bassard (1983) sugerem que a violência psicológica seja inerente a todos os tipos de maus tratos infantis, já que os principais danos da violência doméstica infantil são geralmente de natureza psicológica.

O número de denúncias e de confirmação dos casos de abuso psicológico tem aumentado no NACA e uma dos principais motivos é de crianças que vivenciam os problemas conjugais de seus genitores (NACA, 2015). Embora a Organização Mundial de Saúde não inclua claramente o fato da criança testemunhar agressão entre dois adultos como abuso infantil, alguns autores tem sugerido que isso seria uma forma de abuso psicológico, já que provoca medo e ansiedade (SOMER; BRAUNSTEIN, 1999).

Negligência

Privar crianças e adolescentes das necessidades básicas de sobrevivência, tanto do ponto de vista físico quanto emocional, é também um tipo de violência (AZEVEDO; GUERRA, 2005; MINAYO, 2001). Além de toda ação de descuido para com a criança por parte de quem deveria cuidar e protegê-la, o fato de não responder as necessidades de contato afetivo e de desenvolvimento cognitivo também é considerado negligência ou privação.

Para Assis e Souza (1995), enquanto que a negligência configura-se como uma omissão, o abandono seria a ausência física do responsável pela criança, podendo ser de caráter parcial ou total.

Quantificar violência já tem sua dificuldade e quantificar negligência é mais difícil ainda. Partindo do pressuposto de que negligência é expressa desde a privação de alimentos, vestimenta, direito à saúde e educação, torna-se impossível em muitos casos saber até que ponto essa prática é um abuso ou uma limitação de condições econômicas, vista a prevalência de miséria em tantos países. No entanto, a escassez de dados na literatura em relação ao número de negligência entre as classes mais privilegiadas economicamente não permite inferir que privação não seja um problema observado também nessas classes (DESLANDES, 1994).

Entre 1996 e 2004 foram notificados 44.890 casos de negligência no Brasil, sendo a violência mais frequentemente notificada no país (AZEVEDO; GUERRA, 2005). Segundo dados do Mapa da Violência (WAISELFISZ, 2012), a negligência predominou dentre todos os tipos de maus tratos contra crianças menores de 1 ano de idade, com 63,2% das notificações no ano de 2010, sendo mais comum entre os meninos. Segundo esse mesmo inquérito, entre as crianças de 1 a 9 anos de idade, a negligência não foi a mais prevalente, mas o número de notificações é expressivo, sendo responsável por 30,5% de todos os casos de violência contra a criança. O NACA de Pelotas/RS prestou 133 atendimentos às crianças vítimas de negligência somente no ano de 2014 (NACA, 2015).

Negligência médica é um subtipo da negligência e está ligada com a demora ou recusa em prestar cuidados médicos necessários ao bem estar da criança, já a negligência dentária é considerada um subgrupo específico da negligência médica (CUKOVIC-BAGIC, 2010). A Academia Americana de Odontopediatria (AAPD) define negligência dentária como um erro intencional por parte dos pais ou

responsáveis da criança em buscar ou seguir o tratamento odontológico que seria necessário para garantir boas condições de saúde bucal e até tirá-la de um quadro de dor e/ou infecção (AAPD, 2016).

É sabido que a cárie dentária, bem como a doença periodontal e outras doenças bucais podem levar a dor, infecção e até perda de função, o que afeta negativamente o crescimento e o desenvolvimento da criança e do adolescente em muitos aspectos (JESSEE, 1993).

Em uma breve revisão de literatura, Ramazani (2014) observou que há três pontos fundamentais que devem ser levados em consideração no diagnóstico da negligência dentária infantil: manifestação oral e história dentária, determinantes sociais e características dos pais ou cuidadores.

O *guideline* sobre os aspectos orais do abuso infantil da AAPD enfatiza algo muito importante para a negligência dentária: saber discernir cuidadores desprovidos de conhecimento ou sem consciência da necessidade de tratamento odontológico para a criança dos cuidadores realmente negligentes com a saúde bucal dela. O responsável só deve ser considerado negligente após ter sido alertado por um profissional sobre o problema, severidade e tratamento da criança e este não procurar o atendimento odontológico (AAPD, 2016).

Bhatia et al. (2014) realizaram uma revisão sistemática a fim de verificar na literatura as características da negligência dentária em crianças. Nove estudos entraram na revisão e concluíram, entre outros pontos, a deficiência de estudos que definam com precisão as características bucais desse grupo de crianças. Porém, nos estudos incluídos, observaram que falha ou atraso na procura de tratamento para cárie dentária severa e traumas, pais ou responsáveis que interrompam por conta própria o tratamento odontológico ou ainda que permitam que a saúde bucal da criança deteriore-se, quando tenha todo o arsenal para evitar aquela deterioração, são indicativos de negligência dentária.

Dentre as principais sequelas na saúde geral deixadas na criança negligenciada, está o hipodesenvolvimento, tanto físico como nas interações sociais, conhecido ainda como nanismo psicossocial (KAPLAN; SADOCK; GREBB, 1997 apud RAMOS; DA SILVA, 2011).

Condições de saúde bucal em crianças vítimas de violência

Em um estudo realizado na Itália com crianças abusadas verificou-se que estas possuíam um maior índice de placa dentária, maior inflamação gengival e mais dentes cariados não tratados do que o grupo de crianças que não foram vítimas de violência doméstica, além de serem menos cooperativas durante a consulta odontológica (MONTECCHI et al., 2009).

Valencia-Rojas, Lawrence e Goodman (2008) ao avaliarem a presença de cárie na primeira infância entre 66 crianças vítimas de abuso em Toronto, no Canadá, observaram que a prevalência dessa condição foi de 58%, sendo maior do que quando comparado com as crianças da mesma faixa etária e que moravam na mesma cidade (30%). Os resultados ainda mostraram que crianças que sofreram abuso físico e sexual apresentaram maior experiência de cárie na primeira infância do que as crianças vítimas de negligência, porém estatisticamente não houve diferença na prevalência de cárie entre os variados tipos de maus-tratos. Em relação à cárie severa, considerada quando o Índice de Dentes Cariados, Perdidos e Obturados (CPO-D) eram igual ou maior que quatro dentes, 21 das 66 crianças tinham essa condição.

Outros estudos envolvendo cárie e maus tratos entre crianças de 2 a 12 anos demonstraram resultados conflitantes. Greene, Chisick e Aaron (1994) observaram que crianças vítimas de violência doméstica apresentaram de 5,2 a 8 vezes mais chances de possuir dentes cariados não tratados do que as crianças não abusadas, a amostra foi composta por crianças norte-americanas, filhas de militares. Enquanto que Badger (1986) não encontrou diferenças estatisticamente significante entre o CPO-D de crianças vítimas de abuso e as não abusadas nos Estados Unidos.

Um outro estudo conduzido na Espanha (OLIVAN, 2003) mostrou que havia uma prevalência de cárie de 50,4% entre crianças maltratadas até os 12 anos de idade, sendo maior do que a prevalência em crianças que não foram vítimas de violência doméstica, além de que aquelas são mais propensas a terem dentes cariados não tratados quando comparadas com estas.

Lourenço, Saintrain e Vieira (2013) realizaram um estudo em uma cidade do interior do Ceará, nordeste brasileiro, em que há um bom funcionamento do sistema público de saúde bucal, assim puderam correlacionar com mais precisão a negligência dentária e cárie entre 149 crianças de até 5 anos de idade das 174 de

todo o município. Apenas 32,2% das crianças estavam livres da cárie dentária e 16 delas mostraram CPO-D maior ou igual a 7, sendo considerado extremamente alto. Através de um questionário realizado com os cuidadores, puderam traçar o perfil das crianças com experiência de cárie severa e concluíram que há uma tendência para a associação entre cárie e fatores de risco sugestivos de negligência, como o acesso da criança ao serviço odontológico (um elevado número de cuidadores relatou não levar a criança ao dentista).

Embora alguns estudos mostrem maior prevalência de cárie dentária em crianças vítimas de maus tratos, a literatura não é conclusiva para esta associação. Portanto, sugere-se que má higiene bucal e cárie dentária não sejam, sozinhos, indicadores de negligência ou de outros tipos de maus tratos, mas sejam associados com outros fatores dentários e até com os não odontológicos, como os de cunho socioeconômico (HEADS et al., 2013).

Em relação aos traumas dentários, Cukovic-Bagic (2010) conduziu uma revisão de literatura em que concluiu que diferenças na história e falta de consistência entre a severidade do trauma e a história relatada pelos pais ou cuidadores pode apontar abuso. Ainda observou que, embora trauma em decíduos entre crianças até 3 anos seja comum pela falta de coordenação motora, se múltiplos traumas na dentição decídua estiverem associados com outros traumas no corpo deve ser considerada a possibilidade de violência doméstica. Entre as crianças vítimas de maus tratos, Valencia-Rojas, Lawrence e Goodman (2008) encontraram uma prevalência de 6,1% de traumas dentários.

Qualidade de vida de crianças vítimas de violência

A violência contra crianças e adolescentes gera problemas de caráter social, emocional, psicológico e cognitivo durante toda a vida, podendo ter consequências tanto imediatas quanto tardias. Além de a vítima poder apresentar comportamentos que prejudiquem a saúde, como o abuso de álcool e outras drogas e a iniciação precoce da vida sexual, aumentando as chances de uma gravidez precoce, de contrair uma doença sexualmente transmissível e até mesmo de prostituir-se (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008). Em uma coorte britânica, Power, Pereira e Li (2015) observaram também que abuso físico e sexual na infância impactavam no

Índice de Massa Corpórea (IMC) ao longo da vida, predispondo à obesidade na vida adulta e, por isso, trazendo consequências prejudiciais à saúde.

Moeller, Bachmann e Moeller (1993) publicaram um estudo relatando a situação física e psicológica de mulheres adultas que sofreram maus-tratos na infância. Mensuraram bem estar físico e mental através do número de hospitalizações que tiveram na vida e também através da auto percepção. Dentre as mulheres abusadas 46,3% relataram uma ou mais hospitalizações, enquanto que 29,9% das mulheres que não foram vítimas de maus tratos na infância foram hospitalizadas uma ou mais vezes. O número de hospitalizações foi maior quanto maior era o número de abusos sofridos na infância, além de mais mulheres vítimas de abuso infantil se auto perceberem com problemas físicos e psicológicos quando comparadas com o grupo controle, concluindo que crianças vítimas de abuso tornam-se adultos com um grande impacto na qualidade de vida.

Lanier et al. (2015) conduziram um estudo a fim de comparar o bem estar de crianças vítimas de abuso e negligenciadas amparadas pelo governo dos EUA e crianças sem histórico de maus tratos, através de um questionário de qualidade de vida (PedsQL 4.0). Concluíram que os maus tratos podem ser vistos como um fator de risco para o bem estar infantil, já que as crianças vítimas de violência apresentaram maior impacto na qualidade de vida quando comparadas com o grupo controle. O impacto encontrado entre as crianças vítimas de maus tratos ainda foi maior que o de crianças com psoríase, distúrbios psiquiátricos, asma, diabetes e com câncer, mostrando o quão a violência é um problema para o bem estar da criança.

Um estudo realizado com 3.198 escolares na Suécia observou que a qualidade de vida diminui com o aumento no número de tipos de maus tratos, violência chamada de múltiplos maus-tratos. Para esse estudo, utilizou-se o KIDSCREEN-10 como instrumento de eleição para avaliar QVRS. Das crianças que relataram negligência, 70% também foram expostas ao abuso físico e 78% ao abuso psicológico e tiveram maior impacto na qualidade de vida do que aquelas que reportaram sofrer de apenas 1 tipo de abuso (JERNBRO et al., 2015).

Em um inquérito em saúde mental realizado na Holanda, Afifi et al. (1997) concluíram que todas as formas de abuso infantil, incluindo a negligência, além da frequência com que esses maus tratos acometiam a criança, foram associadas com diminuição da qualidade de vida relacionada à saúde mental e que somente abuso

físico e psicológico, bem como o número de abusos sofridos, foram associados com diminuição da qualidade de vida relacionado à saúde física.

Prosser e Corso (2007) sugerem que crianças vítimas de violência doméstica podem ter um impacto substancial na sua expectativa e qualidade de vida relacionada à saúde a longo prazo. Perceberam ainda em sua revisão sistemática que pouca atenção tem sido dada a estudar qualidade de vida em crianças vítimas de maus tratos, associando isso aos desafios na mensuração desta, bem como falta de instrumentos específicos e disposição dos pesquisadores para estudar esta temática.

Qualidade de vida relacionada à saúde bucal em crianças vítimas de violência

As crianças estão sujeitas a várias condições clínicas que podem afetar seu estado de saúde bucal. Entretanto, os parâmetros clínicos sozinhos não medem até que ponto as desordens podem afetar o funcionamento normal. Para mensurar as consequências das desordens bucais na qualidade de vida do paciente tem sido cada vez mais utilizado os instrumentos de QVRSB nas pesquisas que envolvem saúde bucal (GOETTEMS et al., 2014).

Em nossa busca, não foram encontrados estudos que avaliassem o impacto na qualidade de vida relacionada à saúde bucal de crianças e adolescentes vítimas de abuso ou negligência. No entanto, pela questão emocional e de autoestima das vítimas associado às condições bucais mais precárias, como já enfatizado nesta revisão, supõe-se que haja um impacto maior na qualidade de vida delas pela saúde bucal quando comparadas com crianças sem histórico de maus-tratos ou sem considerações sistêmicas importantes.

2.3 Objetivos

2.3.1 Geral

Avaliar as condições de saúde bucal e a qualidade de vida de crianças e adolescentes vítimas de maus-tratos.

2.3.2 Específicos

1. Avaliar a relação entre as condições de saúde bucal e a qualidade de vida relacionada à saúde bucal da criança e do adolescente vítima de maus tratos.
2. Verificar a associação entre a experiência de cárie dentária e doença periodontal nas diferentes formas de violência doméstica.
3. Analisar a associação entre as condições bucais mais prevalentes relacionadas às crianças vítimas de abuso e as variáveis socioeconômicas e demográficas.
4. Mensurar o impacto da qualidade de vida relacionada à saúde geral nas crianças maltratadas.

2.4 Metodologia

Delineamento e local

O estudo é de natureza observacional, transversal e analítico e a metodologia será quantitativa. A pesquisa será realizada no Núcleo de Atenção à Criança e ao Adolescente (NACA), localizado em Pelotas.

Pelotas é uma cidade pertencente ao sul do Rio Grande do Sul, no Brasil, e possui uma população de 328.275 habitantes (IBGE, 2015).

O NACA atua em sede própria e conta com uma equipe que presta assistência social, psicológica e jurídica a crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica (abuso físico, sexual, psicológico e negligência) e também aos agressores (NACA, 2015).

Esta instituição teve mais de 15.000 atendimentos entre 2003 e 2014, somente em 2014 foram 1.430 atendimentos às vítimas e vitimizadores de violência doméstica infantil. Dentre as atividades realizadas pelo NACA, há ações de cunho psicopedagógico para crianças de 3 a 6 anos, a fim de fortalecer os vínculos familiares, psicoterapia com crianças a partir dos 7 anos, oficinas de culinária, além de atividades marciais (Muay Tay) (NACA, 2015).

Amostra

A amostra será de conveniência, sendo composta por todas as crianças e adolescentes entre 8 e 18 anos de idade em atendimento no NACA entre Outubro de 2015 a Setembro de 2016.

Critérios de elegibilidade

Critérios de inclusão

Serão incluídas todas as crianças e adolescentes de 8 a 18 anos de idade.

Critérios de exclusão

Crianças e adolescentes com deficiência mental ou com necessidades especiais que inviabilizem o exame clínico e a aplicação dos instrumentos de pesquisa serão excluídas da amostra.

Coleta de dados

Todas as crianças e adolescentes de 8 a 18 anos de idade serão avaliadas quanto à saúde bucal. Os dados socioeconômicos e demográficos (idade, raça, sexo, escolaridade e renda) e de informações referentes ao tipo de abuso pelos órgãos notificadores e sobre o vitimizador também serão coletados a partir da ficha utilizada neste serviço do NACA em todas as crianças que a saúde bucal for avaliada (ANEXO A). A aplicação dos questionários de QVRS e QVRSB será realizado com as crianças sob a forma de entrevista. Além das perguntas relativas aos instrumentos dos questionários, serão coletadas informações sobre: uso do serviço odontológico, medo odontológico e dor dentária.

Aplicação dos questionários

Primeiramente, serão aplicados os questionários. Para avaliar Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) será utilizado o KIDSCREEN-52, um instrumento

européu, transcultural e genérico, criado para avaliar QVRS em crianças e adolescentes de 8 a 18 anos de idade (RAVENS-SIEBERER et al., 2005). O estudo de tradução, adaptação transcultural e propriedades psicométricas do KIDSCREEN para a língua portuguesa no Brasil foi conduzido por Guedes e Guedes (2011). O KIDSCREEN-52 pode ser visualizado no ANEXO B.

O KIDSCREEN-52 conta com 52 questões e objetiva medir as experiências pessoais de crianças e adolescentes sobre sua saúde e bem-estar através de 10 dimensões: (1) Saúde e atividade física; (2) Sentimentos; (3) Estado de humor geral; (4) Auto percepção; (5) Tempo livre; (6) Família e ambiente familiar; (7) Questões econômicas; (8) Amigos; (9) Ambiente escolar e aprendizagem; e (10) *Bullying*. Cada questão apresenta cinco possibilidades de resposta de acordo com a intensidade (nada/pouco/moderadamente/muito/totalmente) e a frequência (nunca/raramente/algumas vezes/frequentemente/sempre) da situação ou comportamento apresentado. O tempo requerido para a aplicação do KIDSCREEN-52 é de 15 a 20 minutos (RAVENS-SIEBERER et al., 2005).

Embora tenha utilizado uma outra versão deste instrumento, Jernbro et al. (2015) aplicou o KIDSCREEN-10 em um estudo com crianças vítimas de múltiplos maus-tratos na Suécia e Quiceno et al. (2013) utilizou o instrumento KIDSCREEN-52 em crianças vítimas de abuso sexual.

As respostas do questionário utilizado (KIDSCREEN-52) são formatadas em escala tipo Likert de um a cinco pontos, que procura identificar a frequência de comportamentos/sentimentos ou, em alguns casos, a intensidade de atitudes específicas, com período recordatório de uma semana, previamente à aplicação do questionário. Os escores de cada dimensão são computados mediante uma sintaxe que considera as respostas do grupo de questões que compõem a dimensão, com as questões sendo igualmente ponderadas. Os escores finais equivalentes a cada dimensão são recodificados em uma escala de medida, com variação entre zero e 100, sendo zero a menor e 100 a maior percepção do indicador de QVRS da dimensão em questão. Além disso, o indicador adicional resultante das respostas das 52 questões em conjunto pode ser computado, na tentativa de dispor inferências relacionadas à QVRS global (KIDSCREEN, 2006).

Para avaliação do impacto da condição bucal na qualidade de vida e na auto-percepção de saúde oral será aplicada a versão brasileira do questionário Child Perceptions Questionnaire (CPQ) (JOKOVIC et al., 2002), adaptado

transculturalmente e validado para uso no Brasil (GOURSAND et al., 2008). Nas crianças de 8 a 10 anos será aplicado o CPQ 8-10 e nas crianças e adolescentes de 11 a 18 anos a versão CPQ 11-14 (ANEXO C). Embora o CPQ 11-14 tenha sido criado para ser aplicado entre indivíduos de 11 a 14 anos de idade, outro estudo recente aplicou a versão 11-14 em adolescentes com 15 anos de idade ou mais (GHIJSELINGS et al., 2013).

O instrumento utilizado, o CPQ, é composto de uma escala do tipo Likert. Assim, os escores serão tabulados de acordo com os códigos numéricos das respostas: “Todos dias/quase todos” representa 4, “Frequentemente” 3, “Algumas vezes” 2, “Uma ou duas vezes” 1 e “Nunca” zero, de forma que a ausência de impacto resulta em escore zero. A partir do escore total de cada participante, obtido pela soma das respostas, é possível categorizar o impacto em “presente/ausente”. Importante destacar que o CPQ8-10 e o CPQ11-14 fornecem valores totais diferentes, devido ao diferente número de itens, assim a análise será realizada por subgrupo, de acordo com a faixa etária (BERGER et al., 2009). O escore 0 expressará ausência do impacto e escore 1 ou mais a presença do impacto.

A aplicação dos questionários será realizada por um único entrevistador (Cirurgião-dentista) previamente treinado, que não será o examinador que fará o exame clínico bucal, a fim de evitar vieses. Este último será cego no momento da aplicação do questionário.

Exame clínico de saúde bucal

Antes de iniciar o exame clínico, a criança será interrogada se já sentiu dor de dente e sobre medo odontológico. O exame seguirá todos os protocolos de biossegurança preconizados pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2013), utilizando equipamentos de proteção individual (luvas, máscara, gorro e avental) e será realizado em um local reservado dentro do próprio NACA, respeitando a individualidade de cada criança. Utilizar-se-á luz artificial (fotóforo) adaptada à cabeça, espelho clínico, sonda CPI e gaze estéril. Os dados serão anotados em uma ficha clínica desenvolvida para o levantamento (APÊNDICE A) por um anotador previamente treinado. O exame será realizado por um único examinador previamente calibrado.

Para cárie dentária será utilizado o Índice de Superfícies dentárias Cariadas, Perdidas/Extraídos e Obturadas (CPO-S/ceo-s) e serão utilizados os critérios da OMS (OMS, 2013), serão consideradas superfícies híginas aquelas sem evidência de cárie e em estágio iniciais da doença. Os seguintes sinais serão classificados como híginos: manchas esbranquiçadas, descolorações ou manchas rugosas resistentes à pressão da sonda CPI, sulcos e fissuras do esmalte manchados, mas que não apresentem sinais visuais de base amolecida, esmalte socavado, ou amolecimento das paredes, detectáveis com a sonda CPI, áreas escuras, brilhantes, duras e fissuradas do esmalte de um dente com fluorose moderada ou severa, lesões que, com base na sua distribuição ou história, ou exame tátil/visual, resultem de abrasão. Todas as lesões questionáveis serão codificadas como superfície hígida.

Serão consideradas como superfícies cariadas: sulco, fissura ou superfície lisa apresentando cavidade evidente ou tecido amolecido na base ou descoloração do esmalte ou de parede ou caso tenha uma restauração temporária (exceto ionômero de vidro). A sonda CPI deverá ser empregada para confirmar evidências visuais de cárie nas superfícies oclusal, vestibular e lingual. Na dúvida, considerar-se-á o dente hígido. Na presença de cavidade originada por cárie, mesmo sem doença no momento do exame, adotar-se-á como regra de decisão considerar o dente atacado por cárie, registrando-se cariado.

Para o Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS) serão examinadas as vestibulares dos dentes índices: 16 ou 55, 11 ou 51, 26 ou 65, 31 ou 71 e linguais dos dentes 36 ou 75, 46 ou 85. No caso da ausência do dente índice, este será substituído pelo subsequente nos caso dos posteriores e no dente contralateral no caso dos anteriores. A condição de placa será classificada em graus: grau 0 para ausência; grau 1 para presença de placa cobrindo não mais que 1/3 da superfície dentária; grau 2 para presença de placa cobrindo mais de 1/3, porém menos que 2/3 da superfície e grau 3 quando a placa estiver presente em mais de 2/3 da superfície examinada. Os mesmos critérios serão utilizados para quantificar a presença de cálculo. Os códigos (placa e cálculo) serão calculados separadamente e, após somados, serão divididos pelo número de superfícies examinadas, a fim de se obter o IHOS. Será considerado ótimo quando o resultado desta proporção estiver entre 0 e 1, regular entre 1,1 e 2, ruim entre 2,1 e 3 e muito ruim acima de 3 (GREENE; VERMILLION, 1964).

Gengivite será avaliada através do Índice de Sangramento Gengival (ISG), será realizada indução com a sonda CPI na margem gengival de distal para mesial das vestibulares e linguais dos mesmos dentes índices utilizados para o IHOS e aguardar-se-á 10 segundos para verificar a presença ou ausência de sangramento (ANTUNES; PERES, 2013). Gengivite será considerada quando ao menos um local apresentar hemorragia (CHIAPINOTTO et al., 2012).

Os critérios de O'Brien serão utilizados para avaliar o traumatismo dentário (O'BRIEN, 1994). Para isso, serão examinados possíveis traumas (dano), necessidade de tratamento e se algum tratamento já foi executados nos incisivos superiores e inferiores.

A ficha com os códigos e critérios que serão utilizados para o preenchimento da ficha clínica nesta pesquisa pode ser observada no APÊNDICE B.

Pré-teste dos questionários

Para testar a aplicabilidade dos questionários será realizado um pré-teste com crianças e adolescentes da mesma faixa etária do estudo na Unidade de Clínica Infantil da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Pelotas. O tempo de duração dos questionários com as crianças será calculado e a média será utilizada para informar à diretoria do NACA o tempo aproximado que cada criança ou adolescente ficará ausente de suas atividades naquele dia.

Treinamento e calibração da equipe

Previamente ao trabalho de campo será realizado o treinamento e calibração da equipe, que será composta por 2 cirurgiões-dentistas (examinador e entrevistador) e 2 acadêmicos de odontologia (anotadores). Os processos de treinamento e calibração serão realizados de acordo com a metodologia previamente descrita pela OMS em seu manual básico para levantamentos epidemiológicos (OMS, 1999), sendo este o critério utilizado por outros autores e em levantamentos epidemiológicos em nível nacional (PERES; TRAEBERT; MARCENES, 2001; BRASIL, 2004; ANTUNES E PERES, 2006).

Treinamento e calibração do exame clínico

O cirurgião-dentista responsável em conduzir o exame clínico, aluno do programa de pós-graduação em odontologia e com experiência prévia em levantamentos epidemiológicos, será treinado para a realização deste.

Inicialmente, será realizado treinamento teórico, com duração de 04 horas, quando serão repassados os critérios para todas as condições, utilizando-se recursos visuais multimídias e com o auxílio de imagens projetadas de casos clínicos. Haverá o contato com a ficha clínica para o esclarecimento de eventuais dúvidas.

Após, será realizado treinamento prático para cárie, onde o dentista examinará 10 indivíduos entre 5 e 12 anos de idade, supervisionados pela pesquisadora responsável. Em cada situação de dúvida, haverá discussão, a fim de padronizar os critérios.

Para padronizar o uso dos critérios de diagnóstico utilizados será fundamental a calibração, a fim de minimizar as variações diagnósticas e aumentar a reprodutibilidade dos exames e a confiabilidade dos dados levantados (PERES; TRAEBERT; MARCENES, 2001). Para esta etapa, o examinador avaliará outros 10 indivíduos, que não aqueles do treinamento, com idade entre 5 a 12 anos de idade da unidade de clínica infantil da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Pelotas.

A calibração para traumatismo dentário, IHOS e ISG será realizada *in lux*. O examinador avaliará 20 imagens projetadas para cada condição.

O padrão-ouro para efeito de comparabilidade será um cirurgião dentista, doutor em odontopediatria e com experiência prévia em estudos epidemiológicos.

Para a avaliação da consistência interna do examinador será utilizados o índice Kappa e o menor índice aceito para este estudo será de 0,6, considerado bom para levantamentos epidemiológicos.

Treinamento dos questionários

O entrevistador será outro cirurgião-dentista, também aluno de pós-graduação em odontologia e com experiência prévia em estudos epidemiológicos. Será realizado treinamento teórico-prático. Inicialmente, será realizada leitura do questionário e as dúvidas elucidadas pela pesquisadora responsável.

Variáveis independentes e dependentes

Para análise das variáveis com os desfechos é necessário que as mesmas passem por categorização. A Figura 1 apresenta as variáveis adotadas com os critérios e códigos subdivididos sistematicamente:

VARÁVEL	TIPO	CATEGORIA/CÓDIGO
SEXO	CATEGÓRICA DICOTÔMICA	MASCULINO=0 FEMININO=1
COR	CATEGÓRICA DICOTÔMICA	BRANCO=0 NÃO BRANCO=1
IDADE	CATEGÓRICA ORDINAL	8 ANOS=0 9 ANOS=1 10 ANOS=2 11 ANOS=3 12 ANOS=4 13 ANOS=5 14 ANOS=6 15 ANOS=7 16 ANOS=8 17 ANOS=9 18 ANOS=10
ABRIGO	CATEGÓRICA DICOTÔMICA	NÃO=0 SIM=1
RENDA FAMILIAR	CATEGÓRICA ORDINAL	SEM RENDIMENTO=0 ATÉ 1 SALÁRIO MÍNIMO (SM)=1 DE 1 A 2 SM=2 DE 2 A 3 SM=3 DE 3 A 5 SM=4 MAIS DE 5 SM=5 SEM INFORMAÇÃO=6
AGLOMERAÇÃO FAMILIAR (NÚMERO DE FILHOS)	CATEGÓRICA ORDINAL	1 FILHO=1 2 FILHOS=2 3 FILHOS=3 MAIS QUE 3 FILHOS=4
TIPO DE ABUSO SOFRIDO	CATEGÓRICA NOMINAL	ABUSO FÍSICO=0 ABUSO PSICOLÓGICO=1 ABUSO SEXUAL=2 NEGLIGÊNCIA=3 MÚLTIPLOS=4
ABUSADOR	CATEGÓRICA NOMINAL	PAI=0 MÃE=1 MADRASTA=2 PADRASTO=3 MÃE ADOTIVA=4 PAI ADOTIVO=5 IRMÃO=6 AVÓS=7 TIOS=8 VIZINHOS=9 AMIGOS=10 DESCONHECIDO=11 OUTROS=12
CPO-S/ceo-s	CATEGÓRICA DICOTÔMICA	CPO-S/ceo-s igual a zero=0 CPO-S/ceo-se maior que zero=1
CPO-D/ceo-d	CATEGÓRICA DICOTÔMICA	LEVE (<4)=0 SEVERO (≥4)=1
PRESENÇA DE GENGIVITE	CATEGÓRICA DICOTÔMICA	AUSENTE (sem ponto sangrante)=0 PRESENTE (pelo menos um ponto

		sangrante) =1
SEVERIDADE DA GENGIVITE	CATEGÓRICA DICOTÔMICA	LEVE (MENOR QUE A MEDIANA) = 0 SEVERO (MAIOR QUE A MEDIANA)= 1
IHOS	CATEGÓRICA ORDINAL	ÓTIMO (ENTRE 0 E 1)=0 REGULAR (ENTRE 1,1 E 2)=1 RUIM (ENTRE 2,1 E 3)=2 MUITO RUIM (ACIMA DE 3)=3
TRAUMA	CATEGÓRICA DICOTÔMICA	SEM TRAUMA=0 COM TRAUMA=1
QVRS	CATEGÓRICA DICOTÔMICA	MENOR IMPACTO (MAIOR QUE A MEDIANA) = 0 MAIOR IMPACTO (MENOR QUE A MEDIANA) = 1
QVRSB	CATEGÓRICA DICOTÔMICA	SEM IMPACTO (IGUAL A ZERO)=0 COM IMPACTO (MAIOR QUE ZERO)= 1
USO DO SERVIÇO ODONTOLÓGICO NOS ÚLTIMOS 6 MESES	CATEGÓRICA DICOTÔMICA	NÃO=0 SIM=1
MEDO ODONTOLÓGICO	CATEGÓRICA ORDINAL	NÃO=0 POUCO=1 MUITO=2
DOR DENTÁRIA	CATEGÓRICA DICOTÔMICA	NÃO=0 SIM=1

Figura 1 – Distribuição das variáveis segundo critérios e códigos a serem utilizados.

Análise dos dados

Será elaborado um banco de dados, digitado em duplicidade e independentemente. Serão calculadas as distribuições de frequência, medidas de tendência central e dispersão dos desfechos investigados. Na análise bivariada, serão utilizados os testes Qui-quadrado (variáveis nominais) e Qui-quadrado de tendência linear (variáveis ordinais), para avaliar a associação entre as variáveis dependentes e as variáveis independentes. Em seguida proceder-se-á a análise multivariada através de Regressão de Poisson com variância robusta, estimando-se as razões de prevalência e seus respectivos intervalos de confiança de 95%. Serão selecionadas para o modelo múltiplo aquelas variáveis que na análise bivariada obtiverem um p-valor de até 0,20, sendo adotado um nível mínimo de significância de 5% para manutenção das variáveis no modelo final. Todos os dados serão analisados no programa Stata 12.0 para Windows (Stata Corporation, College Station, Estados Unidos).

Aspectos éticos

Este projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Pelotas (ANEXO D). Os responsáveis receberão esclarecimento sobre os objetivos da mesma e, se concordarem na participação da criança ou adolescente, assinarão o Termo de Consentimento Livre e Informado (APÊNDICE C). As crianças e adolescentes também serão convidados a assinarem o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE D), desde que saibam ler ou escrever. O NACA autorizou a realização desta pesquisa e o uso de dados secundários da ficha de acolhimento da instituição (APÊNDICE E).

Em contrapartida a participação na pesquisa, as crianças e adolescentes que necessitarem de atendimento de urgência serão atendidos na clínica da Unidade de Clínica Infantil da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Pelotas e todos receberão laudo ao final do exame clínico, as crianças que necessitarem de tratamento eletivo receberão encaminhamento para a Unidade Básica de Saúde do seu bairro (APÊNDICE F).

2.5 Artigos

Artigo 1: “Condição de saúde bucal e qualidade de vida relacionado à saúde bucal em crianças e adolescentes vítimas de maus tratos”

Artigo 2: “Qualidade de vida de crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica”.

2.7 Orçamento

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	CUSTO UN (R\$)	CUSTO TOTAL (R\$)
MATERIAIS DE CONSUMO			
Bobina papel autoclave 10X100	02	45,00	90,00
Gaze estéril	02 pacotes	12,00	24,00
Fita para autoclave	02	6,50	13,00
Pinça Clínica	08	4,00	32,00
Sonda CPI	08	13,00	104,00
Espelho Clínico	08	5,50	44,00
Fotóforo	02	18,00	36,00
Luvas para procedimento	10 caixas	19,00	190,00
Máscaras descartáveis	03 caixas	22,00	66,00
Gorros descartáveis	03 caixas	13,50	40,50
Caneta marca – texto	04	3,50	14,00
Borracha preta	02	0,70	1,40
Lapiseira 0.5	02	2,00	4,00
Caneta esferográfica	10	1,00	10,00
Prancheta	02	8,00	16,00
Caderneta de anotações	02	2,00	4,00
Pasta com elástico	04	2,50	10,00
Sacos de lixo	150	0,20	30,00
LOCOMOÇÃO			
Combustível- Gasolina Comum	300 litros	3,50	1.050,00
DIVERSOS			
Cópias e Impressão Ficha Clínica e Questionários	3000 páginas	0,08	240,00
Impressão do projeto de pesquisa	05	8,00	40,00
TOTAL			2.058,90

O orçamento será autofinanciável, sob responsabilidade dos pesquisadores responsáveis pela execução deste projeto.

3 Relatório do trabalho de campo

Neste capítulo estão relatadas as complementações e mudanças na metodologia, planejamento e execução desta pesquisa, bem como alguns aspectos importantes ocorridos no decorrer do trabalho. Os demais aspectos metodológicos podem ser consultados no projeto original (capítulo anterior) e/ou nos capítulos subsequentes.

Esta pesquisa foi realizada entre novembro de 2015 a novembro de 2016 e em relação à logística de execução, inicialmente os indivíduos do NACA eram convidados a participar apenas quando o caso fosse confirmado pelo núcleo, porém o número de perdas nos 3 primeiros meses foi muito grande, uma vez que há um grande número de abandonos antes da confirmação do caso. Com isso, foi aceita a sugestão da diretora-presidente do NACA, Gisele Scobernatti, em que as crianças e adolescentes passariam a ser convidados a participar no acolhimento das famílias, logo que eram encaminhadas ao núcleo, diminuindo consideravelmente o número de perdas. O fato de captar a amostra antes das sessões de confirmação do caso não é preocupante no tocante a criar um viés no estudo, uma vez que, segundo a equipe do NACA, raramente um caso não é confirmado, o que pode acontecer é a confirmação de um outro tipo de abuso que não aquele do encaminhamento pelos órgãos protetores.

Foram avaliadas 113 crianças e adolescentes. Três crianças foram excluídas por apresentarem alguma necessidade especial que envolvesse noção temporal e, por isso, inviabilizasse a aplicação dos questionários. Houve 2 recusas, uma por parte do pai e outra pela própria criança. O total de perdas foi de 79 (77 por abandono e 2 por alta). Todas as crianças que apresentaram alguma necessidade de atendimento odontológico foram encaminhadas ao posto de saúde do bairro de origem. Duas delas foram atendidas na faculdade pelo mestrando responsável por esta dissertação durante a clínica infantil do mestrado por se tratar de urgência.

Durante a revisão bibliográfica de estudos sobre saúde bucal e vítimas de maus-tratos percebeu-se uma grande variabilidade de desfechos avaliados e local de coleta de dados, além de não ter um consenso sobre a associação entre ter

sofrido maus-tratos e ter desordens bucais, sendo assim, optou-se por realizar uma revisão de literatura. Ainda no 1º semestre do ano de 2016 foi aceita para publicação uma revisão de literatura sobre condições bucais entre crianças vítimas de maus-tratos, oriunda do projeto de pesquisa, na Revista Sul-Brasileira de Odontologia (RSBO), sendo o artigo 1 desta dissertação.

A partir da revisão de literatura percebeu-se a escassez de estudos sobre as condições de saúde bucal de crianças vítimas de maus-tratos, assim optou-se por realizar um segundo artigo focado nesta temática, o qual foi desenvolvido em uma disciplina oferecida pelo Programa de Pós-Graduação em Odontologia chamada “Oficina de redação de artigo científico” em outubro de 2016, sendo o artigo 2 desta dissertação. O objetivo da disciplina é fazer um artigo científico no prazo de 2 semanas. Para isso, foi utilizado resultados parciais das condições de saúde bucal das crianças do NACA (um N de 106, quando o total da amostra foi de 113). Como o grupo comparativo foi incluído no banco somente em meados de Novembro, o artigo 2 foi um estudo apenas descritivo e restrito as considerações clínicas da amostra.

Durante apresentações dos resultados parciais dos dados referentes ao artigo de qualidade de vida relacionada à saúde bucal das vítimas de maus-tratos em congressos e na semana acadêmica da faculdade no 2º semestre de 2016, professores e bancas sugeriram a inclusão de um grupo controle, a fim dos resultados apresentarem maior evidência. Devido ao pouco tempo para finalização do mestrado, optou-se em utilizar como grupo comparativo a partir de uma amostra oriunda de um banco de dados de um estudo realizado em 2010 com escolares de 8 a 10 anos de idade de Pelotas. Os grupos foram controlados para idade, sexo e tipo de escola (pública ou privada) e, a fim de garantir, um maior controle, após seleção da amostra do grupo comparativo, foi checado nos registros do NACA se algum deles haviam passado por algum atendimento. Foi constatado que havia registro de 4 deles no NACA, sendo substituídos por outros que não tivesse passado pelo núcleo. Quando não se conseguia selecionar crianças da mesma escola para o grupo comparativo, era eleita outra que fosse do mesmo tipo e da mesma área da escola da criança do NACA. Uma outra observação diz respeito a faixa etária incluída, que foi somente as crianças entre 8 e 10 anos de idade, visto que havia poucas crianças de 11 e 12 anos avaliadas no NACA (n=19), dificultando o teste de associações encontrar resultados estatisticamente significantes. É importante destacar que essa divisão da faixa etária é realizada de acordo com o instrumento

para avaliar QVRSB utilizado neste projeto (CPQ₈₋₁₀ para as crianças entre 8 e 10 anos de idade e CPQ₁₁₋₁₂ para os indivíduos de 11 e 12 anos de idade).

Com a inclusão do grupo comparativo, foi realizado então o artigo 3, referente ao impacto na QVRSB. Em razão do tempo e da quantidade de dados a ser discutido, o artigo referente à QVRS será escrito posteriormente a defesa e será submetido para a “Quality of life research”, não fazendo, pois, parte desta dissertação.

As variáveis “agressor” e “aglomeração familiar” não foram coletadas, como proposto pelo projeto inicial, visto a dificuldade pela equipe do NACA em coletar estes dados de maneira fiel.

Houve algumas mudanças quanto a categorização de alguns dados clínicos, a fim de facilitar a interpretação dos dados, utilizando o Índice CPO-D, quando foi coletado CPO-S, o IHOS teve as categorias “ruim” e “muito ruim” unificadas e gengivite somente foi coletado quanto a presença ou não de sangramento, não sendo posteriormente dicotomizada quanto ao grau de severidade.

O treinamento e a calibração para o exame clínico (placa dentária, cárie dentária e trauma dentário) do único examinador aconteceu junto com outros alunos de pós-graduação que iriam ser examinadores em um trabalho de uma tese de doutorado no qual utilizaram os mesmos critérios utilizados para este estudo. Como o Kappa para trauma dentário ficou abaixo do idealizado, foi realizado um novo treinamento e calibração *in lux* somente para esta condição, conseguindo assim aumentar o valor.

Nos próximos três capítulos estão apresentados, na sequência de elaboração, os artigos referenciados neste relatório.

Literature Review Article

Oral health status of children and adolescents victims of abuse: a literature review

Ivam Freire da Silva Júnior¹
Marília Leão Goettems¹
Marina Sousa Azevedo¹

Corresponding author:

Ivam Freire da Silva Júnior
Rua Gonçalves Chaves, n.457 – Centro
CEP 96015-560 – Pelotas – RS – Brasil
E-mail: ivamfreire@gmail.com

¹ Department of Social and Preventive Dentistry, School of Dentistry, Federal University of Pelotas – Pelotas – RS – Brazil.

Received for publication: January 25, 2016. Accepted for publication: March 21, 2016.

Keywords: child abuse; negligence; oral health.

Abstract

Introduction: Violence against minors can manifest in many forms and is considered a public health problem due to the physical and emotional consequences it produces. The dentist has a fundamental role in detecting victims of violence, as the face is often the most affected region. **Objective:** To review the national and international literature concerning injuries and most common oral conditions of children and adolescents victims of abuse. **Literature review:** The descriptors used were “child abuse”, “child violence”, “physical violence”, “psychological violence”, “dental caries”, and “oral health” for international databases and the corresponding terms in Portuguese for Brazilian databases, with no restriction of year of publication and language. Through the articles included in this review, it appears that children with maltreatment history presents not only high prevalence of head injuries and dental traumas, but may also have poor oral hygiene and low search for dental services and consequently higher rates of untreated caries compared with children who lived in contexts without violence. **Conclusion:** Although the literature suggested that children and adolescents who have suffered abuse may have worse oral health status than those who were not victims of violence, more studies are needed to understand whether there are actually significant differences in the prevalence trauma, soft tissue injuries, tooth decay, and periodontal disease among types of child abuse.

*Artigo publicado na Revista Sul-Brasileira de Odontologia em 21 de Março de 2016,
Volume13, número 2, páginas de 104 a 108

Introduction

Violence against minors occurs in different cultures, regardless of race, ethnicity and income, and is manifested in various forms such as physical, sexual, psychological and neglect [21]. This type of violence is also known as abuse and, when it has an intra-familial character, i.e. when the aggressor is known or belonging to the familial nucleus family, this can be called domestic violence [2].

The children and adolescents abuse is something perennial in the history of civilization. From the earliest times, the children rights to be treated under special conditions of growth and development have been denied [21]. Violence is considered a public health problem because of the physical and emotional consequences it produces, in addition to the high prevalence [22].

The United Nations Children's Fund found that 6 out of 10 children in the world (almost one billion), between 2 and 14 years old, are subjected to physical punishment for their legal guardians [29] and 120 million girls in the world have experienced some form of sexual violence [32].

In Brazil, according to the Notifiable Diseases Information System (SINAN), in 2011, it was registered 39,281 calls for violence in the Unified Health System (SUS) in the range of <1 year to 19 years-old. The records of the Violence Map show that 63% of the cases of violence against children happen in the own residence of the victim [32].

The Statute of Children and Adolescent s (ECA), with regard to cases of violence, defined in Article no. 245 the mandatory reporting of suspected or confirmed cases of child abuse to the competent authorities by healthcare professionals [5]. The dentist specifically presents fundamental role in detecting victims of violence [9, 10], since the face is often the most affected region [7, 31]. Despite this important role, a study showed that most professional claims to have received enough information on this subject during graduation [18]. Another study conducted with dentists in the city of São Paulo showed that 73.7% of them never received guidance in relation to child abuse [12].

Some authors have suggested that the lack of motivation and interest of parents in maintaining oral health of children victims of abuse and low self-esteem of them, can take them to have high prevalence of caries and also less untreated teeth [13, 15, 25, 28, 30], in addition to high levels of gingivitis [18] when compared to children with no history of violence.

Starting from the idea that adversity in childhood can affect all aspects of health [16], this

study aimed to review the national and international literature about the injuries and most common oral conditions of children and adolescents victims of abuse. The literature search was performed using the following descriptors "child abuse", "child violence", "physical violence", "psychological violence", "dental caries", and "oral health" for the following databases: Pubmed, LILACS, and Google Scholar. The corresponding terms in Portuguese were used for the Brazilian database Scielo, without restriction of publication year or language.

Literature review and Discussion

The child abuse are common issues that permeates all ethnic, cultural and socioeconomic segments [27]. Although prevalent, it is important to note that there may be an underestimation of data reporting of violence, as there is a cultural issue involved, in which it makes use of power and discrimination within the home environment, causing the child and often the mother (when this is not the aggressor) be silent for many years, what is called pact of silence [21].

Regarding the oral cavity is discussed that there is also an underestimation of lesions in this area, since, due to the high prevalence of head injuries, the coroner often does not prioritize the examination of the oral cavity or are not familiar with this area, not possibly notifying some findings [24].

Among the studies reviewed on the location of the lesions in children victims of violence, all showed that the head and neck region was the most affected. A study conducted in northeastern Brazil showed that 60.9% of children had injuries in the region and 18.9% in the oral cavity [7], corroborating what was found in a capital of southern Brazil, 322 cases of intra-familial physical abuse to children and adolescents between 0 and 17 years of age, 58% had lesions in the head and neck [31]. In Minneapolis, USA, of 1,248 abused children, 75.5% had orofacial injuries [11].

Concerning to intraoral lesions, Naidoo [24], conducted a study with a sample of children and adolescents aged from 0-14 years and reported that lip lesions were often found, as well as lesions of the oral mucosa, teeth and gums, corroborating the study of Fonseca *et al.* [11], who assessed children and adolescents up to 17 years old. Lacerations, burns, and bruises are the oral findings more often found in the soft tissues of the mouth [20].

Other common injuries to be found in children and adolescents victims of abuse are those related to sexual abuse. The orofacial signs, if present, may appear ranging from erythema to ulceration and

from vesicle-pustular to pseudomembranous lesions on the tongue, palate, cheek, and mainly on the pharynx, and HPV lesions, erythema and petechiae at the junction of the hard and soft palate or floor of the mouth, suggesting forced oral sex. There is another pathognomonic sign of sexual abuse that is the presence of oral and perioral gonorrhea in prepubertal children, which although not very often can be diagnosed by laboratory tests [20]. It is important to note that sexual abuse indicators are difficult to observe, since many children do not have physical signs suggestive of such abuse, and behavioral indicators are easier to observe in this kind of child abuse.

Dental trauma showed very similar prevalence between studies that assessed children victims of abuse in various parts of the world. In South Africa, clinical aspects such as tooth mobility and missing teeth were observed [24]. In a study conducted in Canada, Valencia-Rojas *et al.* [30] found a prevalence of 6.1% of dental trauma among children victims of abuse, corroborating a Brazilian study, in which 1,070 forensic reports of children and adolescents physically abused, dental trauma was found in 5.2% of the sample; of these, all showed crown fractures (100%) and the upper incisors were the most affected teeth (84.6%) [8].

The literature has suggested that differences between the stories told by the family and the child and the lack of consistency between the severity of the trauma and the story reported by parents or caregivers can indicate abuse. Although trauma in the primary dentition of children aged 3 years of is common due to the lack of motor coordination, if multiple dental trauma is associated with other trauma to the body, this should be considered abuse [10].

It is known that violence against children and adolescents creates social, character, emotional, psychological, and cognitive problems throughout life and may have both immediate and late consequences. Often the victim present behaviors that are harmful to health, such as abuse of alcohol, other drugs, and early initiation of sexual life [6]. Detrimental health behaviors may also be related to lack of self-care with their oral hygiene, reflecting the worsening of plaque-dependent diseases such as caries and periodontal disease. Regarding dental caries and periodontal disease, some studies found association of these diseases with children abused in various parts of the world. In a study in Italy, child victims of abuse had increased dental plaque index, increased gingival inflammation, and more untreated decayed teeth than the group of children who were not abused, and are less cooperative during the dental visit [23].

Valencia-Rojas *et al.* [30], by assessing the presence of caries in early childhood among 66 abused children in Toronto, Canada, found that the prevalence of this condition was 58%, and higher compared to children of the same age who lived in the same city (30%). Regarding severe caries, considered when the decayed/missing/filled tooth index, (DMFT/dmft) was greater than or equal to four teeth, 21 of the 66 children had this condition.

Greene *et al.* [13] observed that children, daughters of US military, with a history of abuse, had 5.2 to 8 times more likely to have untreated decayed teeth than children not abused.

Anot her study conducted in Spain showed that there was a caries prevalence of 50.4% among abused children under 12 years of age, higher than the prevalence in children who have not been victims of violence; moreover, the former were more likely to have untreated carious teeth when compared with the latter [25]. Among 65 children of a protective institution in Japan, 54% needed treatment for tooth decay and, of these, 69% were victims of child abuse [28].

Among child victims of abuse in UK, a statistically significant difference with respect to dental caries in the primary dentition occurred compared with the control children, but for the permanent dentition there was no statistically significant difference between the two groups [15].

Disagreeing with these aforementioned studies, B a d g e r [3] found no statistically significant differences between the DMFT/dmft of children members of military families abused and not abused in the United States.

Children with high rates of decay and untreated caries can be diagnosed as negligence victims. Depriving or neglecting children and adolescents of basic survival needs, both from a physical and emotional point of view, it is also a kind of violence [2, 21]. Dental neglect is considered an intentional error by the parents or guardians of the child to seek or follow the dental treatment that would be necessary to ensure good oral health status or even treat pain and infection [1], as in cases of severe trauma and dental caries. Moreover, it is necessary to evaluate the social determinants and characteristics of parents or caregivers to reach a diagnosis of dental neglect [1, 4, 26].

To have several untreated carious lesions cannot set negligence, especially in countries with high socioeconomic inequality, as often, the access of the lower socioeconomic classes to the health service is low, and what appears to be negligence actually it is related to poverty.

Lourenço *et al.* [19] conducted a study in a city in the state of Ceara, northeastern Brazil, where

there is a functioning system of public oral health. Thus, according to the authors, it was possible to correlate more accurately the dental neglect. Of the 174 children of the city, they assessed 149 children. Only 32.2% of children were free of tooth decay and 16 (10.7%) of them showed dmft index greater than or equal to 7, which is considered extremely high. According to the authors, the parents recognized the poor oral health of their children and did not report having difficulty accessing the public dental service, two factors that may be related to dental neglect, but the study failed to assess whether the parents were alerted enough about the damage that caries could cause to the child. Failure detection by parents is a very difficult task, more studies are needed to elucidate the subject.

Although most of the studies included in this review point out to a higher prevalence of dental caries in children victims of abuse, the literature is not conclusive for this association. Therefore, it is suggested that poor oral hygiene and tooth decay are not, by themselves, indicators of neglect or other abusive behaviors, but are associated with other dental and non-dental factors, such as socioeconomic status [14].

The caries was related to the type of suffered abuse by a single study of our review [30]. The results showed that children who suffered physical and sexual abuse had a higher prevalence of caries in early childhood than children who are victims of neglect, but without statistically difference.

In general, based on the studies included in this review, it appears that children with abuse history may have poor oral hygiene [23], lower search for dental services [19] and consequently high rates of untreated decayed teeth compared to children who lived in contexts without violence [13, 25, 28, 30]. The reason for this might be the emotional and self-esteem shock of the victims, causing them to neglect the general and oral health care [28]. Also, the fact that they most fear dental treatment [23] can lead to major faults in returns and even rejection of the proposed treatment plan, as well as the parents of these children and adolescents may be less willing to take care of the oral health of their children [30]. Leeners *et al.* [17] observed in a sample of 111 women who have experienced sexual abuse in childhood, that such violence can increase psychological stress during dental treatment. Also, the stress, the preference for female dentist and, as a result of fear for professional dental care, the impairment of oral health.

Studies involving child abuse in dentistry are limited from a methodological point of view, with no representative samples of the population, hindering any inference regarding the factors possibly associated with the different types of abuse and

neglect, as well as a more established assessment regarding the oral condition of the victims. Other studies have data collected from forensic reports, which increases the risk of underestimation of oral health indices, creating gaps in this subject.

Conclusion

The literature suggests that children and adolescents who have suffered abuse may have worse oral health status than those who were not victims of violence, however most epidemiological studies of oral health in abused children and adolescents are needed to understand whether there are actually significant differences in the prevalence of traumas, soft tissue injuries, dental caries, and periodontal disease among the types of child abuse.

References

1. American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD). Definitions, oral health policies, and clinical guidelines. 2013 [cited 2015 Jul 10]. Available from: URL:<http://www.aapd.org/policies/>.
2. Azevedo MA, Guerra V. Violência doméstica contra crianças e adolescentes: um cenário em desconstrução. 2005 [cited 2015 May 10]. Available from: URL:http://www.unicef.org/brazil/pt/Cap_01.pdf.
3. Badger GR. Caries incidence in child abuse and neglect. *Pediatr Dent*. 1986 May;8(1 Spec No):101-2.
4. Bhatia SK, Maguire SA, Chadwick BL, Hunter ML, Harris JC, Tempest V et al. Characteristics of child dental neglect: a systematic review. *J Dent*. 2014 Mar;42(3):229-39.
5. Brasil. Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei n.8.069, de 13 de julho de 1990.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Impacto da violência na saúde das crianças e adolescentes. 2008 [cited 2015 Jul 10]. Available from: URL:http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/impacto_violencia_saude_crianças_adolescentes.pdf.
7. Cavalcanti AL, Duarte RC. Manifestações bucais do abuso infantil em João Pessoa – Paraíba – Brasil. *Rev Bras Ciênc Saúde*. 2003;7(2):161-70.
8. Cavalcanti AL. Prevalence and characteristics of injuries to the head and orofacial region in physically abused children and adolescents – a retrospective study in a city of the Northeast of Brazil. *Dent Traumatol*. 2010 Apr;26(2):149-53.

9. Cukovic-Bagic I, Dumancic J, Tiljak MK, Drvaric I, Boric B, Kopic V et al. Croatian dentists' knowledge, experience, and attitudes in regard to a child abuse and neglect. *Int J Paediatr Dent*. 2015 Nov;25(6):444-50.
10. Cukovic-Bagic I. The role of dentists in recognition of child abuse. *Acta Stomatol Croat*. 2010;44(4):285-92.
11. Fonseca MA, Feigal RJ, ten Benschel RW. Dental aspects of 1248 cases of child maltreatment on file at a major county hospital. *Pediatr Dent*. 1992 May-Jun;14(3):152-7.
12. Fracon ET, Silva RHA, Bregagnolo JC. 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.
13. Greene PE, Chisick MC, Aaron GR. A comparison of oral health status and need for dental care between abused/neglected children and nonabused/nonneglected children. *Pediatr Dent*. 1994 Jan-Feb;16(1):41-5.
14. Heads D, Ahn J, Petrosyan V, Petersen H, Ireland A, Sandy J. Dental caries in children: a sign of maltreatment or abuse? *Nurs Child Young People*. 2013 Jul;25(6):22-4.
15. Keene EJ, Skelton R, Day PF, Munyombwe T, Balmer RC. The dental health of children subject to a child protection plan. *Int J Paediatr Dent*. 2015 Nov;25(6):428-35.
16. Kirkengen AL, Lygre H. Exploring the relationship between childhood adversity and oral health: an anecdotal approach and integrative view. *Med Hypotheses*. 2015 Aug;85(2):134-40.
17. Leeners B, Stiller R, Block E, Gfrres G, Imthurn B, Rath W. Consequences of childhood sexual abuse experiences on dental care. *J Psychosom Res*. 2007 May;62(5):581-8.
18. Losso EM, Marengo G, Sarraf MCE, Baratto-Filho F. Child abuse: perception and management of the Brazilian endodontists. *RSBO*. 2012 Jan-Mar;9(1):62-6.
19. Lourenço CB, Saintrain MVL, Vieira APGF. Child, neglect and oral health. *BMC Pediatr*. 2013 Nov 18;13:188.
20. Massoni ACLT, Ferreira AMB, Aragão AKR, Menezes VA, Colares V. Aspectos orofaciais dos maus-tratos infantis e da negligência odontológica. *Ciência Saúde Coletiva*. 2010 Mar;15(2):403-10.
21. Minayo MCS. Violência contra crianças e adolescentes: questão social, questão de saúde. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2001 May-Aug;1(2): 91-102.
22. Minayo MCS. Violência social sob a perspectiva da saúde pública. *Cad Saúde Públ*. 1994;10(supl.1):7-18.
23. Montecchi PP, Di Trani M, Sarzi Amadè D, Bufacchi C, Montecchi F, Polimeni A. The dentist's role in recognizing childhood abuses: study on the dental health of children victims of abuse and witnesses to violence. *Eur J Paediatr Dent*. 2009 Dec;10(4):185-7.
24. Naidoo SA. Profile of the oro-facial injuries in child physical abuse at a children's hospital. *Child Abuse Negl*. 2000 Apr;24(4):521-34.
25. Olivan G. Untreated dental caries is common among 6 to 12-year-old physically abused/neglected children in Spain. *Eur J Public Health*. 2003 Mar;13(1):91-2.
26. Ramazani N. Child dental neglect: a short review. *Int J High Risk Behav Addict*. 2014 Sep 21;3(4):e21861.
27. Rayman S, Dincer E, Almas K. Child abuse: concerns for oral health practitioners. *N Y State Dent J*. 2013 Jun-Jul;79(4):30-4.
28. Sano-Asahito T, Suzuki A, Matsuyama J, Mitomi T, Kinoshita-Kawano S, Hayashi-Sakai S et al. Self-esteem and oral condition of institutionalized abused children in Japan. *J Clin Pediatr Dent*. 2015 Summer;39(4):322-5.
29. UNICEF. Hidden in plain sight: a statistical analysis of violence against children. 2014 [cited 2015 Jul 29]. Available from: URL:http://files.unicef.org/publications/files/Hidden_in_plain_sight_statistical_analysis_EN_Sept_2014.pdf.
30. Valencia-Rojas N, Lawrence HP, Goodman D. Prevalence of early childhood caries in a population of children with history of maltreatment. *J Public Health Dent*. 2008 Spring;68(2):94-101.
31. Valente LA, Dalledone M, Pizzatto E, Zaiter W, Souza JF, Losso EM. Domestic violence against children and adolescents: prevalence of physical injuries in a southern Brazilian metropolis. *Braz Dent J*. 2015 Jan-Feb;26(1):55-60.
32. Waiselfisz JJ. Mapa da violência 2012: crianças e adolescentes do Brasil. Rio de Janeiro, 2012 [cited 2015 Apr 25]. Available from: URL:mapadaviolencia.org.br/pdf2012/MapaViolencia2012_Crianças_e_Adolescentes.pdf.

5 Artigo 2*

Oral health of maltreated children and adolescents in Southern Brazil

Ivam Freire da Silva Júnior¹, Andréia Drawanz Hartwig², Vanessa Müller Stürmer³, Marília Leão Goettems⁴, Marina Sousa Azevedo⁴.

1- Master Student, Post-Graduate Program in Dentistry, Federal University of Pelotas, Pelotas, Brazil.

2- PhD Student, Post-Graduate Program in Dentistry, Federal University of Pelotas, Pelotas, Brazil

3- Dental Student, Faculty of Dentistry, Federal University of Pelotas, Pelotas, Brazil.

4- Adjunct Professor, Post-Graduate Program in Dentistry, Federal University of Pelotas, Pelotas, Brazil.

Correspondence address: Marina Sousa Azevedo

Department of Social and Preventive Dentistry, Federal University
of Pelotas

Rua Gonçalves Chaves, 457, Centro, Pelotas, RS, Brasil. 96015-
560

Phone/Fax: +55 53 3222-6690 r.135

email: marinasazevedo@hotmail.com

Author contributions: I.F.S.J. conceived the ideas, collected the data, analyzed the data and led the writing; A.H. and V.M.S. collected the data; M.L.G. and M.S.A. conceived the ideas, analyzed the data and led the writing.

* Artigo formatado para a revista International Journal of Paediatric Dentistry.

Oral health of maltreated children and adolescents in Southern Brazil

Summary

Background: Studies which assess oral health, concerning hygiene, dental caries and gingivitis in maltreated children and adolescents are still scarce and uncertain. **Aim:** This cross-sectional study was to assess the oral hygiene and the prevalence of dental caries and gingivitis in maltreated children and adolescents in Southern Brazil. **Design:** Individuals aged between 8 and 17 years old assisted at a reference center for victims of maltreatment were included. The sample was examined for caries in primary and permanent dentition through the decayed, missing or filled teeth index (dmft/DMFT), for gingivitis through the Gingival Bleeding Index (GBI) and, in order to assess the oral hygiene, we used the Simplified Oral Hygiene Index (OHI-S). Descriptive statistics was carried out on the collected data. **Results:** One hundred and six children and adolescents with a mean age of 11.53 years were examined. The dmft/DMFT average was 2.68, with a predominance of the “d/D” component (80%). Approximately half of the sample did not present a good oral hygiene (OHI-S >1) and 89.62% had gingivitis. **Conclusions:** A high prevalence of dental caries, gingivitis and poor oral hygiene was observed, suggesting the need for oral health care policies devoted for maltreated individuals.

Introduction

Traditionally, violence is treated as a social and legal problem. However, in the last few years it has been considered as a very serious problem for health, both due to the damages themselves and their consequences¹. Maltreatment in childhood and adolescence causes impacts both in physical and emotional terms for the children and the adolescents as well as their families, for the society as a whole and even for the abuser². Besides this, several authors have observed the high costs that violence for the public coffers in the health sector^{2,3}. Due to these factors, child maltreatments have been considered as a public health problem².

Children maltreatment may be presented as physical abuse, sexual abuse, psychological abuse and neglect and the child's and adolescent's own homes have been reported as a privileged place for the abusive practice, thus seen as intra-family or domestic violence⁴. Maltreated children and adolescents have a high prevalence of general health order problems⁵, besides having a trend to be more aggressive, have low self-esteem and difficulty to relate to other people⁴.

Considering the premise that oral health is an inseparable part of the general health⁶, it is possible that children who suffered some abuse, due to being inserted in an environment of oppression and insecurity, may present worse oral health indicators than children who have not had such experiences. However, studies which assess oral health, concerning hygiene, dental caries and gingivitis in maltreated children and adolescents are still scarce and most works with this sample in dentistry are still found in the forensic field, as revealed in a recent literature review⁷. Despite the literature pointing out bigger problems related to oral health in this population, this association is still uncertain. Besides, the studies found were carried out in institutionalized children. Then, there is a lack in studies which assess the real situation of non-institutionalized children's oral health, that often still live in a context of domestic violence.

Thus, the purpose of this study was to assess the oral hygiene and describe the prevalence of dental caries and gingivitis in children and adolescents assisted at a reference center for victims of maltreatment.

Material and Methods

Ethical Aspects

This study was approved by the Human Research Ethics Committee of the School of Dentistry of the Federal University of Pelotas (nº 1.267.179). The participants were invited to participate in the study and, if they agreed, the parents or legal representatives signed the Informed Consent Term.

The children and adolescents who needed dental treatment were forwarded to the public service at the health center in the neighborhood where they lived or, in more urgent cases, to the School of Dentistry of the Federal University of Pelotas.

Study Population

This cross-sectional study was carried out at Child and Adolescent Center for Psychological Support (NACA, the acronym in Portuguese), located in the city of Pelotas. Pelotas is a city located in southern Brazil with an estimated population of 343.651 inhabitants⁸. NACA works as a social, psychological and legal support center for children and adolescents victims all types of maltreatment and their family members. After notification of abuse in the child and adolescent protective organs, the case is referred to the NACA. All Pelotas maltreated children are referred to NACA. In some moment the child may be on guard of the state, but most of the children in the NACA live with their families.

The convenience sample consisted of children and adolescents aged between 8 and 17 years old taken to NACA by protecting agencies between November 2015 to October 2016.

Data collection

Socio-economic data (family income), demographic data (gender, age and skin color) and the type of abuse suffered were collected in the registration form of the institution only after the oral exam.

Age was categorized in children (8 to 9 years old) and adolescents (10 to 17 years old), according to age classification proposed by the World Health Organization (WHO)⁹. Skin color was dichotomized into white and non-white. The non-white could be brown, black, yellow or indigenous. Family income was measured in Brazilian Minimum Wage (BMW) that corresponds to 880 Brazilian Real and then classified in four categories, as the following: no income (comprised by institutionalized children), up to two BMW, more than two BMW and up to five BMW, more than five BMW and no information (when in the NACA form such information was not provided).

Concerning the type of abuse, they were classified as: physical abuse, sexual abuse, psychological abuse, neglect, non-specified maltreatments (concerning those in which psychologists and social assistants identified some type of maltreatment but without diagnosing more accurately what type or types) and whether they were multiple (when they suffered more than one type of abuse regardless the combination).

The children and adolescents were questioned whether they had gone to the dentist in the last 6 months and if they had felt toothache in the same period. Such information was categorized as “yes”, “no” and “do not know /do not remember”.

Concerning the clinical exam, the presence of dental caries, oral hygiene and the presence of gingivitis were evaluated. Dental caries was measured using the decayed, missing or filled index (dmft) for the deciduous dentition and the Decayed, Missing or Filled Index (DMFT) for the permanent dentition¹⁰.

For the assessment of oral hygiene was used the Simplified Oral Hygiene Index (OHI-S), which corresponds to the sum of the Debris Index (DI-S) for dental plaque with the Calculus Index (CI-S), in which 6 index teeth were examined: buccal from 16 or 55, 11 or 51, 26 or 65 and lingual from 36 or 75, 31 or 71 and 46 or 85. The condition for dental plaque and calculus follows what is proposed by Greene and Vermillion (1964), with an assignment of degree 0 when there is an absence of plaque/calculus, 1 for presence of plaque/calculus not covering more than 1/3 of the tooth surface, 2 for the presence of plaque/calculus covering more than 1/3 but less than 2/3 of the surface and degree 3 when the plaque/calculus is found in more than 2/3 of the examined surface¹¹. The DI-S and the CI-S is obtained from the sum of codes and later division by the number of examined surfaces. Oral hygiene was considered good when the OHI-S was between 0 and 1, fair between 1.10 and 2 and bad when the index was higher than 2.10.

Gingivitis was assessed through the Gingival Bleeding Index (GBI), after probing with the Community Periodontal Index (CPI) probe or “ball point” on the gingival margin from distal to mesial of the buccal and lingual of the same index teeth used for the OHI-S and after 10 seconds was checked the presence or absence of bleeding. Gingivitis was considered when at least one point presented bleeding¹².

When the teeth were with orthodontic band, destroyed or missed due to decay or eruption, the neighboring teeth were taken as indexes for plaque exam, calculus and bleeding. The exam was carried out in a reserved place inside NACA, thus assuring privacy for each individual. Artificial light was used and was followed the whole biosafety protocol for epidemiological studies on oral health, indicated by the WHO¹⁰.

Training and calibration

A single examiner, expert in Pediatric Dentistry, performed the oral exam. Firstly, there was a 4-hour theoretical training carried out by a Ph.D. in Pediatric Dentistry with previous

experience in epidemiological studies in order to explain the indexes and clear up possible doubts. Following that, a calibration for the DMFT and dmft indexes was carried out with 18 scholars from a school located in Pelotas. The Kappa inter-examiner was of 0.86 and the gold standard was a Ph.D. professor in Pediatric Dentistry. For DI-S a training was provided with the presentation of cases for each condition, and the performing of calibration *in lux* with a presentation of 20 different cases, the Kappa result was 0.81. For the GBI and the CI-S there was only a training with a presentation of 15 images in order to set the criteria to be used¹³.

Data Analysis

A descriptive statistical analysis was carried out, where the distribution of absolute and relative frequencies for the socioeconomic, demographic and types of abuse variables were calculated as well as for the oral health variables analyzed. Besides this, were analyzed the averages and standard deviations for each of the decay indexes (DMFT and dmft) and their components. The data was analyzed in the program Stata 13.0 (Stata Corporation, College Station, United States).

Results

Of the 191 children and adolescents taken to NACA and being assisted there between November 2015 to October 2016, 106 (55.49%) were examined. There were 80 losses due to abandonment, due to referral to other type of service or due to discharge before the exam, 2 denials and 3 individuals with special health care needs were excluded. The age average was 11.53 years old (± 2.66). Only three of them were under state supervision and the others live with a member of their family. Table 1 presents the sample distribution according to socio-economic and demographic characteristics and the type of abuse suffered. Sexual abuse was the one more commonly suffered (52.83%). Among the 17 who suffered more than one type of abuse, 10 (58.82%) of them were diagnosed as physical and psychological abuse simultaneously.

The average DMFT/dmft was 2.68, in which the decayed component corresponded to 80% of this index, 48% of the sample had at least one non-treated decayed tooth and approximately 40% presented DMFT/dmft equal to 0. The average of dmft was 2.03 and of DMFT 1.01. The averages distribution for each index of dentition is found in Table 2.

The average for OHI-S was 1.15, the DI-S was predominant in this index with an average of 0.89, in which 95% of the children and adolescents had at least one surface with dental plaque and 55.66% presented more than 2/3 of DI-S, while for the dental calculus, 53.77% presented some surface with this condition. About only 10% did not have any bleeding point due to the induction by the probe. Oral hygiene, gingivitis, reports of toothache or visit to the dentist, all in the last semester, are described in Table 3. Fifty-five (51.89%) victims reported having had toothache in the last six months and 64 (60.38%) reported not having gone to the dentist in the last semester.

Discussion

This is the first study that assessed various oral health indicators in maltreated children and adolescents from a southern Brazilian city. Concerning dental caries, when comparing the DMFT at 12 years of age from the last oral health survey carried out in Brazil (SB Brasil 2010) was observed the average of 2.17 for those who lived in interior towns of southern Brazil, a higher average than the one found in the present research, however the decayed component here (80%) having been higher than the national survey (61.80%)¹⁴. When comparing the dmft/DMFT average of students in Pelotas¹⁵ with individuals from NACA, was observed a higher average among maltreated children.

Besides that, the average of the dmft index in the present study was lower than the one found in the SB Brasil 2010, where for children aged 5 years old in the interior towns of southern Brazil this average was 2.56. Such finding can be explained by the fact that at 5 years old the

dentition is essentially deciduous whereas in the target age range of the present study, the children had mixed dentition (permanent and deciduous teeth), that is, a smaller number of deciduous teeth were assessed and this could underestimate the experience of decay in deciduous dentition¹⁴. However, 84.80% of the dmft assessed in the SB Brasil 2010 corresponds to decayed or restored elements, but with decay, while among the NACA children the component “d” is represented by 93.60%, revealing that these present a higher proportion of non-treated decayed teeth than the other ones¹⁴.

As important or even more than knowing the dmft/DMFT index, knowing what the participation of component “d/D” was in this index is crucial, as it in fact reveals the average of the non-treated disease in the population studied, 80% of the index involved the decayed. This may show a low dental care. In other words, the individuals assessed in this study have not had dental assistance as they should, which may have been caused due to the abuse itself (neglect), by the fear of looking for a service which may expose the case as it usually happens in the homes in a hidden way or due to difficulties to access the service.

It is well known that the dental caries is a sugar-dependent disease although nowadays its etiology has been discussed from a social point of view, reaching a complex, multi factorial profile and with population attributes enabling the understanding of the complexity of the health-disease process with an ecosystemic approach, in which the environment and all social determinants where the child lives have an influence on the disease¹⁶.

In Brazil, in a case-control study, it has been observed that in children who lived in shelters located in Curitiba, the dmft average was 1.48 and DMFT 0.73, in which the latest was statistically higher than the average DMFT found in the control group¹⁷. This association between decay and the fact the child suffered some abuse was also found in other studies such as in England¹⁸, in Japan¹⁹, in Italy²⁰, in the USA²¹ and in Spain²², although other research works^{23,24}

did not find this association. As it can be observed, the averages found for the indexes in the present study are higher than the ones found in Curitiba¹⁷, even though both studies had been carried out in the southern part of Brazil. One possible explanation for this fact is that the institutionalized children, by being under state supervision, may be more assisted in terms of health care than those that many times still live with the offenders, as the sample case of this study.

Concerning oral hygiene, 47% of the individuals investigated in this study did not present a standard considered as good. A study conducted in Rome observed that around 49% of the sample of children who suffered some kind of violence assisted at a pediatric neuropsychiatric center had at least one tooth with plaque and although only 9.17% presented more than 2/3 of the dental crown with plaque, the result was statistically higher than the one found in the control group²⁰. The prevalence of dental plaque found in this study was higher when compared to the findings in Italy²⁰

It should be noted that in this study dental exam was scheduled and the children and adolescents knew that they were going to be examined by a dentist and then, they may have eagerly cleaned their teeth before the exam and, consequently, may have removed the plaque on the surfaces, creating a possible bias in this data. Thus, results could be different if children were not aware of the exam. On the other hand, the gingival inflammation or gingivitis is a plaque-dependent condition but it needs more cleaning has to be more accurate and it demands some days for its elimination, presenting more reliability concerning the real condition of the individual's oral health, a fact confirmed when about 90% of the sample presented at least one bleeding point while a little more than half of the individuals presented at least one surface with plaque.

The national epidemiological survey carried out in Brazil, even so with another methodology to assess gingivitis, identified a prevalence of 34% of gingival bleeding among the 12-year old individuals in southern Brazil¹⁴. A studied developed with students from the same city of this study using a similar methodology showed that 78.50% of the sample presented gingivitis, even though lower than the one in this study¹². Moura et al. (2016) observed through the GBI, that about 65% of maltreated children from a shelter home in the Northeast of Brazil presented at least one bleeding point but there was no statistical difference when compared to the control group²⁴, whereas Montecchi et al. (2009) noticed that 100% of the control group did not present gingival bleeding while about 19% of the maltreated children presented spontaneous or induced bleeding⁸.

According to a review made by Jackson and Deye (2015), children maltreatment brings harmful consequences to the victims, both in physical terms, as well as psychological and emotional. There is a trend for an early sex life, abuse of alcohol and other drugs, depression, and others²⁵. Based on this, it is understandable that behavioral changes change the health and may reflect on the self-care and personal hygiene, which could explain the occurrence and the high prevalence of diseases which are linked to a good oral hygiene such as dental decay and gingivitis.

The fact that more than half of the children have complained about some toothache in the last semester matches with the oral health conditions found, as about this same proportion presented at least one non-treated decayed tooth at the time of the exam. In a study carried out with students aged between 8 to 12 years old in the city of Pelotas, it has been observed that 35.70% reported having had toothache in the last 6 months²⁶, a lower result than the one observed in this study where it is possible to reaffirm the idea that maltreated children and adolescents have poorer conditions of oral health when compared to the overall population.

Another important factor that deserves to be connected to this context of pain and non-treated decayed teeth is the use of dentistry service. In this study, most children did not use the service in the last semester, similar to what had been found by Keene et al. (2014), where 79 children from a shelter home, only 38% had gone to the dentist the last year¹⁸. It is known that most victims of maltreatment have their abuser in someone from the family, many times someone responsible for them. So, there is a need to contextualize a possible dental neglect associated to the history of maltreatment, where, in fact, the problem might rely on the lack of search for the service and not in the difficulty to access the public service as the city of Pelotas has dental surgeons at basic health units, dental specialties center and a Dentistry College which provides public and free service for the community thus suggesting that there can be some intention in not searching for the service with the purpose to cover up the situation of violence practiced at home.

One limitation in the present study is the fact that the self-report questionnaire on toothache and dental care visit in the last semester are subject to the memory bias and this can result in its prevalence being underestimated due to this.

Concerning the gender, the present work differed from most other studies found^{18,19,22-24,27} and only one presented a higher number of girls among the maltreated children⁸. This variation of studies concerning gender may be due to the predominance of type of abuse suffered found in the sample, as sex abuse is more common among females and physical abuse among males, for example.

When referring to family income, most studies included here focused on children living at shelters^{17-19,22,24,28}, where such data was not collected as they are under state supervision. The study sample is homogeneous in terms of income because most families assisted at NACA live on up to two BMW. Even though there is a higher referral of low-income maltreated children to the protecting agencies, the lack of data involving less privileged economical classes cannot

annul the hypothesis that there also is child domestic violence in these family groups². Another finding raised by Deslandes (1994) is that the less favored are more vulnerable to notifications as their private lives are constantly interfered by the state because they need more public services to live while the richer classes, when using private services end up “paying” for the silence²⁹. Besides this, it is important to highlight that oral diseases are more prevalent in individuals with a lower socioeconomic level and that this should be taken into consideration in the interpretation and comparison of the results. Also, the low indicators observed here need to be analyzed carefully in order not to confuse abusive practice with difficulty to provide care.

Concerning the types of abuse suffered, this study data is similar to the ones found in the national survey for the age range 5 to 9 years old where the sexual abuse was more prevalent. However, it differs from what has been found for the age range 10 to 14 years old where the most prevalent was physical abuse, followed by sexual abuse³⁰. This contrast might be explained by the cultural taboo concerning physical abuse as since the old societies, it is an acceptable form of violence, often linked to discipline², which could make some families involving these maltreatments not to be referred to NACA as they not continue with the psychological follow-up. The sexual abuse, on the other hand, has a higher social stigma, making the families look for some assistance for the children and adolescents and keeping the follow-up for those who suffer this kind of abuse.

As it is a convenience sample and there was no control group, the results found do not allow to make greater inferences about the oral health status of children and adolescents victims of maltreatment. . However, it is more difficult to detect this through other types of epidemiological surveys because the violence is a problem which is extremely hidden by the civilization and, therefore, there is an expressive underreporting.

To summarize, this study results showed that the individuals investigated here present some necessity of dental assistance and, added to the physical and emotional impacts, consequences of the violence they have been through, a high prevalence of untreated decayed teeth and the report of toothache may add up and impact even more in the quality of life of these children and adolescents.

Bullet Points (Why this paper is important to pediatric dentists?) The high prevalence of untreated decayed teeth observed in this sample of maltreatment victims points out the importance of such care as a whole, including the participation of a dentist in the health care team for these individuals.

- The conclusions make us think about the dental neglect as well as the importance of discerning it from family cases in which it is not possible to provide the necessary care due to socioeconomic reasons, lack of knowledge and the lack of access to the services.

Acknowledgements

To the Brazilian Agency for the Improvement of Higher Educational Professionals (CAPES) for the Master's course scholarship granted, as well as for the NACA president-director, Gisele Scobernatti, the secretary Jéssica Petzinger and all the staff, for the collaboration in the execution of this research.

Conflict of interest

The authors declare no conflict of interest.

References

1. Brazil. Ministry of Health. Department of Health Care. Maltreatment Notification of children and adolescents by health professionals: A further step in health citizenship. Brasilia: *Ministry of Health* 2002.
2. Minayo MCS. Violence against children and adolescents: a social and a health problem. *Brazilian Rev. bras. saude matern. infant* 2001; **1**: 91-102.
3. Brazil. Ministry of Health. The impact of violence on the health of Brazilians. Brasilia: *Ministry of Health* 2005.
4. Pires ALD, Miyazaki MCOS. Maus-tratos contra crianças e adolescentes: revisão da literatura para profissionais de saúde. *Arq Ciênc Saúde* 2005; **12**: 42-49.
5. World Health Organization and International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect. Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence. Geneva: *WHO* 2006.
6. World Dental Federation. FDI unveils new universally applicable definition of ‘oral health’ 2016 [assessed 2016 Set 22]. Available from: <http://www.fdiworldental.org/media/press-releases/latest-press-releases/06092016-fdi-unveils-new-universally-applicable-definition-of-oral-health>.
7. Silva Júnior IF, Goettems ML, Azevedo MS. Oral health status of children and adolescents victims of abuse: a literature review. *RSBO* 2016; **13**: 104-108.

8. Brazilian Institute of Population Estimates. 2016 [assessed 2016 Oct 04]. Available at: ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2016/estimativa_dou_2016_2016_0913.pdf.
9. World Health Organization. Young People's Health - a Challenge for Society. Report of a WHO Study Group on Young People and Health for All. Technical Report Series 731. Geneva: WHO 1986.
10. World Health Organization. Oral health surveys: basic methods. 5th Ed. Geneva: WHO 2013.
11. Greene JC, Vermillion JR. The Simplified Oral Hygiene Index. *J Am Dent Assoc* 1964; **68**: 7-13.
12. Chiapinotto FA, Vargas-Ferreira F, Demarco FF, Correa FO, Masotti AS. Risk factors for gingivitis in a group of Brazilian schoolchildren. *J Public Health Dent* 2013; **73**: 9-17.
13. Goettems ML, Correa MB, Vargas-Ferreira F, et al. Methods and logistics of a multidisciplinary survey of schoolchildren from Pelotas, in the Southern Region of Brazil. *Cad Saude Publica* 2013; **29**: 867-878.
14. Brazil. Ministry of Health. Secretariat of Health Care; Secretariat of Health Surveillance. SB Brazil 2010:. National Oral Health Survey: Main results. Brasilia: *Ministry of Health* 2012.
15. Fernandez MR, Goettems ML, Ardenghi TM, Demarco FF, Correa MB. The Role of School Social Environment on Dental Caries Experience in 8- to 12-Year-Old Brazilian Children: A Multilevel Analysis. *Caries Res* 2015; **49**: 548-556.

16. Roncalli AG, Sheiham A, Tsakos G, Araujo-Souza GC, Watt RG. Social Factors Associated with the Decline in Caries in Brazilian Children between 1996 and 2010. *Caries Res* 2016; **50**: 551-559.
17. Duda JG, Biss SP, Bertoli FM et al. Oral health status in victims of child abuse: a case-control study. *Int J Paediatr Dent* [Internet]. 2016 [assessed 2016 Oct 05]. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ipd.12254/pdf>.
18. Keene EJ, Skelton R, Day PF, Munyombwe T, Balmer RC. The dental health of children subject to a child protection plan. *Int J Paediatr Dent* 2015; **25**: 428-435.
19. Sano-Asahito T, Suzuki A, Matsuyama J, Mitomi T, Kinoshita-Kawano S, Hayashi-Sakai S et al. Self-esteem and oral condition of institutionalized abused children in Japan. *J Clin Pediatr Dent* 2015; **39**: 322-5.
20. Montecchi PP, Di Trani M, Sarzi Amade D, Bufacchi C, Montecchi F, Polimeni A. The dentist's role in recognizing childhood abuses: study on the dental health of children victims of abuse and witnesses to violence. *Eur J Paediatr Dent* 2009; **10**: 185-187.
21. Greene PE, Chisick MC, Aaron GR. A comparison of oral health status and need for dental care between abused/neglected children and nonabused/non-neglected children. *Pediatr Dent* 1994; **16**: 41-45.
22. Olivan G. Untreated dental caries is common among 6 to 12-year-old physically abused/neglected children in Spain. *Eur J Public Health* 2003; **13**: 91-92.
23. Badger GR. Caries incidence in child abuse and neglect. *Pediatr Dent* 1986; **8**: 101-102.

24. Moura LFAD, Sousa HS, Lima CCB, Moura MS, Lopes TSP, Lima MDM. Oral Health of Children and Adolescents Victims of Maltreatment Housed in Foster Care: A Case-Control Study. *Brazilian Research in Pediatric Dentistry and Integrated Clinic* 2016; **16**: 279-287.
25. Jackson AM, Deye K. Aspects of abuse: consequences of childhood victimization. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care* 2015; **45**: 86-93.
26. Schuch HS, Correa MB, Torriani DD, Demarco FF, Goettems ML. Perceived dental pain: determinants and impact on brazilian schoolchildren. *J Oral Facial Pain Headache* 2015; **29**: 168-176.
27. Valencia-Rojas N, Lawrence HP, Goodman D. Prevalence of early childhood caries in a population of children with history of maltreatment. *J Public Health Dent* 2008; **68**: 94-101.
28. Brazil. Ministry of Health. Secretariat of Health Surveillance. Viva: Violence and Accidents Surveillance, 2009, 2010 and 2011. Brasilia: *Ministry of Health* 2013.
29. Deslandes SF. Care of Children and Adolescents Suffering Domestic Violence: Analysis of a Service. *Cad Saúde Pública* 1994; **10**: 177-187.
30. Waiselfisz JJ. Map of Violence 2012: children and adolescents in Brazil. Rio de Janeiro, 2012 [assessed 2016 Set 25]. Available from: http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2012/MapaViolencia2012_Crianças_e_Adolescentes.pdf.

Table 1: Sample distribution according to socioeconomic and demographic characteristics and the type of abuse suffered. Pelotas, Brazil, 2016.

Variables	N	(%)
Age		
8-9	29	(27.36)
10-17	77	(72.64)
Sex		
Male	40	(37.74)
Female	66	(62.26)
Skin color		
White	73	(68.87)
Non white	33	(31.13)
Family Income		
No income	03	(2.83)
Up to 2 BMW ^a	52	(49.06)
More than 2 BMW to 5 BMW	25	(23.58)
More than 5 BMW	02	(1.89)
No Information	24	(22.64)
Type of abuse		
Sexual Abuse	56	(52.83)
Physical Abuse	06	(5.66)
Psychological Abuse	15	(14.15)

Neglect	05	(4.72)
Multiple maltreatment	17	(16.04)
Non specified	07	(6.60)
TOTAL	106	(100.00)

a

BMW – Brazilian Minimum Wages

Table 2: Averages and Standard Deviation (SD) of decayed, missing and filled teeth index (dmft) and Decayed, Missing and Filled Teeth Index (DMFT) in the deciduous and permanent dentition, respectively. Pelotas, Brazil, 2016.

	AVERAGE (SD)	%
dmft (n= 43 individuals)	2.03 (2.04)	100.00
decayed	1.90 (1.98)	93.60
missing	0.04 (0.21)	1.97
filled	0.09 (0.36)	4.43
DMFT (n= 106 individuals)	1.01 (1.57)	100.00
Decayed	0.55 (1.04)	54.45
Missing	0.04 (0.25)	3.96
Filled	0.42 (1.05)	41.58
dmft/DMFT (n= 106 individuals)	2.68 (3.47)	100.00

Table 3: Oral hygiene, gingivitis, toothache report and visit to the dentist in the last 6 months in maltreated children and adolescents. Pelotas, Brazil, 2016.

Variables	Total	(%)
Oral Hygiene		
Good (0-1)	56	(52.83)
Fair (1.10-2)	36	(33.96)
Bad (≥ 2.10)	14	(13.21)
Gingivitis		
No	11	(10.38)
Yes	95	(89.62)
Toothache in the last 6 months		
No	51	(48.11)
Yes	55	(51.89)
Visit to the dentist in the last 6 months		
No	64	(60.38)
Yes	39	(36.79)
Does not know /Does not remember	03	(2.83)
TOTAL	106	(100.00)

6 Artigo 3*

Oral health-related quality of life in child abuse victims: a comparative study

Ivam Freire da Silva Júnior¹, Andréia Drawanz Hartwig², Giulia Tarquínio Demarco³, Marília Leão Goettems⁴, Marina Sousa Azevedo⁴.

1- Master Student, Post-Graduate Program in Dentistry, Federal University of Pelotas, Pelotas, Brazil.

2- PhD Student, Post-Graduate Program in Dentistry, Federal University of Pelotas, Pelotas, Brazil

3- Dental Student, Faculty of Dentistry, Federal University of Pelotas, Pelotas, Brazil.

4- Adjunct Professor, Post-Graduate Program in Dentistry, Federal University of Pelotas, Pelotas, Brazil.

Correspondence address: Marina Sousa Azevedo

Department of Social and Preventive Dentistry, Federal University
of Pelotas

Rua Gonçalves Chaves, 457, Centro, Pelotas, RS, Brasil. 96015-
560

Phone/Fax: +55 53 3222-6690 r.135

email: marinasazevedo@hotmail.com

Author contributions: I.F.S.J. conceived the ideas, collected the data, analyzed the data and led the writing; A.H. and G.T.D. collected the data; M.L.G. and M.S.A. conceived the ideas, analyzed the data and led the writing.

* Artigo formatado para a revista International Journal of Paediatric Dentistry.

Oral health-related quality of life in child abuse victims: a comparative study

Summary

Background: Oral Health-Related Quality of Life (OHRQoL) is influenced not only by health conditions, but also by behavioral and psychosocial features. Studies assessing OHRQoL in children victims of maltreatment are scarce in the literature. **Aim:** To assess and compare OHRQoL in children victims of maltreatment and children not maltreated in a Southern Brazilian city. **Design:** This study compared two groups of children aged between 8 and 10 years from a southern Brazilian city. The sample included 48 children victim of maltreatment in a Child and Adolescent Psychological Support (NACA) and 144 public and private school students. Data collection consisted of application of the Child Perceptions Questionnaire 8–10 (CPQ₈₋₁₀) to measure OHRQoL (dependent variable), clinical examination (dental caries) and collection of socioeconomic and demographic information (age, sex, skin color, family income and type of school). Multiple linear regression models were used to assess the association between maltreatment presence and OHRQoL and subscales. **Results:** After adjustment for clinical and sociodemographic variables, children victims of maltreatment presented higher CPQ scores on the overall scale and on oral symptoms and functional limitations subscales. **Conclusion:** Children victims of maltreatment have a higher impact on the OHRQoL compared to a comparative group.

Introduction

Child maltreatment is the abuse (physical, sexual and emotional mistreatment) and neglect that occurs to children under 18 years of age. While it is not possible to state the exact number of child victims, maltreatment has been recognized globally as a serious public health issue. According to the United Nations Children's Fund (UNICEF), each year millions of children around the world are abused and/or neglected¹.

The literature points to a higher risk of developing some life-long diseases among child victims of maltreatment, such as obesity, heart and pulmonary diseases^{2,3}. The maltreatment can affect their physical and mental health⁴ during childhood⁵ and throughout their lives⁶ with a significant impact on quality of life.

The impact of child maltreatment on oral health has received far less attention. The few studies available have focused on oral health problems prevalence and have showed that children maltreated presented higher levels of dental caries than children who did not suffer maltreatment and a high prevalence of dental trauma⁷.

However, clinical parameters of oral diseases are not entirely suitable to capture the new concept of health, where health is not only not having a disease, but also being in balance with the mind and social relationships, as well as the individual perceives itself in relation to quality of life⁸. In the past few decades, Oral Health-Related Quality of Life (OHRQoL) indicators have been recognized as an important tool to understand the impact of oral health disparities on overall health and well-being and on children's quality of life⁹.

Thus, oral health being part of general health also requires attention. It is unknown, however, if maltreated children could have a different perception of problems originated from their oral condition than does the general population. As child abuse victims have an increased negative

perception of their quality of life^{4,5}, probably due to psychological sequel and absence of family structure, it is possible that they present an impaired perception about ORHQoL.

Thus, the aim of this study was to assess and compare OHRQoL in children victims of maltreatment with children without register for maltreatment in the same age group in a Southern Brazilian city. The study hypothesis was that maltreated children would have greater impact on OHRQoL than children not abused and/or neglect.

Material and methods

Ethical aspects

The study was approved by the Human Research Ethics Committee of Federal University of Pelotas and written informed consent was obtained from each parent or guardian. The children and adolescents who needed dental treatment were forwarded to the public service at the health center in the neighborhood where they lived or to the Dental School of the Federal University of Pelotas.

Study design, study setting and sampling procedure

A cross-sectional comparative study was carried out in Pelotas, a Southern Brazilian city with a population estimated at 343,651 inhabitants¹⁰. The study compared two independents samples of children aged 8 to 10 years: 48 children victim of maltreatment recruited during 12 consecutive months from a center of Child and Adolescent Psychological Support (NACA, the acronym in Portuguese) for maltreated children, and 144 public and private school students.

The NACA has a team of psychologists and social workers that works in partnership with the city hall and provides free social, psychological and legal support center for family members children and adolescents victims of all types of maltreatment (sexual abuse, physical, psychological abuse and neglect). After notification of abuse in the child and adolescent protective organs, the case is referred to the NACA. All Pelotas maltreated children are referred

to NACA. In some moment the child may be on guard of the state, but most of the children in the NACA live with their families.

Among school children (comparative group), data was obtained from a database study carried-out in 2010^{11,12}. In order to maintain the proportionality 5 private and 15 public schools were randomly selected from 25 private and 91 public Pelotas schools. Five 2nd to 6th grade classes in each school were randomly selected. More information can be obtained in the methodology article of this study¹¹. The same variables were collected in both studies.

Children were considered eligible for the comparison group when met the following criteria: school being close to the maltreated child school. In order to ensure a more reliable comparison the children were paired by sex, age and type of school. It was verified among children from comparative group that four children had already registered in NACA, being excluded of the sample. They were replaced by others four children that did not have registry at the center.

The exclusion criteria for the abused children and the comparative groups were individuals with a mentally disabled or who were unable to understand notions of temporality to respond to research instruments.

A total sample size of 144 patients, with a ratio between groups of 3 (3 comparison children for 1 case of maltreated children), the study has 80% power to detect a mean difference of 8.2, assuming an overall significance level of 5%.

Data collection

Data collection consisted of application of the OHRQoL questionnaire, clinical examination and collection of socioeconomic and demographic information. The clinical examination included dental caries. For both groups children were also questioned about dental fear. The socioeconomic variables used were age, sex, skin color, family income and type of

school. Among comparative group, demographic and socioeconomic data were obtained by a child face-to-face interview and familiar income was collected by means of self-administered questionnaire to parents in a continuous form; while among victims of child maltreatment these variables were collected from NACA's registration form, in which parents were interviewed.

Skin color was collected based on interviewer perception according to Brazilian Institute of Geography and Statistics (IBGE, the acronym in Portuguese), after dichotomized as White and Non-white (brown, black, yellow or indigenous). The familiar income per month was collected in Brazilian Minimum Wage (BMW), which corresponded to approximately 880 Brazilian Real, for the analysis income was dichotomized in up 2 BMW or more than two BMW. The type of school was categorized in public or private school. The children were also asked about the dental fear and the answers could be: "yes" or "no".

Dental caries was measured using the decayed (d), missing (m) or filled (f) index (dmft) for the deciduous dentition and the Decayed (D), Missing (M) or Filled (F) Index (DMFT) for the permanent dentition¹³. The variable used for adjustment was only the decayed component (d/D) and was considered untreated dental caries when the child had at least 1 untreated carious deciduous or permanent tooth.

The clinical examination followed the biosafety protocol recommended by the World Health Organization (2013)¹³ and was carried out in a classroom of the school, for the comparative group, and in a reserved room in the NACA, for the group of children victims of maltreatment. In both groups, artificial light was used.

Dependent variable

The Child Perceptions Questionnaire (CPQ) was used to measure OHRQoL¹⁴. The CPQ₈₋₁₀ version is used in children 8 to 10 years of age and was adapted to Brazil by Martins et al.

(2009)¹⁵. It has 25 questions, covering 4 subscales: Oral Symptoms, Functional Limitations, Emotional Well-Being and Social Well-Being.

The CPQ8-10 is a Likert-type scale and has questions related to the last 4 weeks. The response and scores options are: 'Never' (scoring 0), 'Once or twice' (scoring 1), 'Sometimes' (scoring 2), 'Often' (scoring 3), and 'Every day or almost every day' (scoring 4). The scores for each of the four subscales were calculated and through a sum of all the scores it was obtained overall CPQ₈₋₁₀. The interval for the overall CPQ₈₋₁₀ ranges from 0 to 100 points, distributed in subscales: oral symptoms, functional limitations and emotional well-being range from 0 to 20 points each, while social well-being ranges from 0 to 40 points.

Training and calibration

For both groups, all interviewers were previously trained to apply OHRQoL instrument. The examiners had no contact with children at the time of application of the questionnaire in order to guarantee the blinding for the clinical examination.

For the comparative group, six post-graduate dental students received four-hours of theoretical training about the indexes used. After, the fieldwork team practiced the examination with children of the same age group from a school not included in the study. The calibration was performed in the same school where the theoretical and practice was realized, the DMFT/dmft kappa coefficient was 0.74.

In the clinical examination carried out on child victims of maltreatment, a single examiner performed the oral exam, who also received a theoretical training of 4 hours about all of indexes. A calibration for the DMFT/dmft indexes was carried out with scholars. The Kappa compared to a Gold-Standard (PhD Professor in Pediatric Dentistry) was of 0.86.

Data analysis

The Stata program, version 13.0 (Stata Corporation, College Station, TX, USA) was used to perform statistical analysis. Simple descriptive statistics were performed to characterize the sample and chi-squared and Fisher's Exact tests were used to compare the groups (maltreated children and comparative group). Differences in mean CPQ scores (overall scale and by subscale) between the groups was evaluated by using t-test. It was considered statistically significant when P-value <0.05.

Multiple linear regression models were used to assess the effects of groups on CPQ overall scale and subscales. Besides maltreatment presence (the main independent variable), to manage confounding the following variables were included in model fitting: family income, type of school, skin color, sex, age, dental fear and untreated dental caries ("D/d"). The independent variables had support in the literature about their association with OHRQoL^{12,16}, thus, regardless of P-values in the unadjusted analysis all independent variables were included in the adjusted analysis. P-value of <0.05 was considered significant.

Results

Table 1 presents the characteristics of the maltreated children (n=48) in comparison to the group of school children distributed by socioeconomic, demographic dental fear and untreated dental caries. Age, sex and type of school were used as pairing variables (P=1.00). Participants in both groups were comparable in terms of skin color, family income, untreated dental caries and dental fear (P>0.05).

Regarding CPQ, the overall score ranged from 0 to 72 among maltreated children and from 0 to 58 among the comparative group (Table 2). For both groups, emotional well-being was the subscale with largest variation (0–20), and in the others subscales the variation was largest among maltreated children. Maltreated children presented the highest mean in CPQ score and

subscales, but only oral symptoms and functional limitation were shown to be statistically significant ($P < 0.05$).

After adjustment for confounding variables, multiple linear regression showed that children victims of maltreatment presented higher scores on the CPQ overall scale of CPQ and on oral symptoms and functional limitations subscales with statistically significant difference (Table 3).

Discussion

To the best of our knowledge, this is the first work addressing the OHRQoL of children who have been maltreated. This study has confirmed the hypothesis that children victims of maltreatment present a higher impact on OHRQoL when compared to children with no history of abuse and neglect.

Although there is no other study to confirm this finding, this result was consistent with previous study which found that psychosocial characteristics are the key contributors to OHRQoL and appear to be more important than clinical and sociodemographic characteristics¹⁶, according to the authors, when psychosocial characteristics were included the model's overall explanatory power increased. Overall, research studies have found that childhood maltreatment present several psychosocial consequences, such as low self-esteem and self-care, lack of freedom of expression and autonomy, anxiety and depression^{17,18}. Despite psychosocial characteristics have not been measured, the fact that child maltreated exhibit a range of complex psychological and psychosocial problems can explain the higher impact on OHRQoL among the maltreated victims.

Besides that, it is worth noting that OHRQoL comprises a complex array of aspects being also determined by the environment and the characteristics of each individual, according to a model for HRQL proposed by Wilson and Cleary (1995)¹⁹. Studies have found that OHRQoL

perception can be negatively affected by individual's relationship to features of their environment^{12,20}. Also, a study with adolescents verified that some familiar aspects presented a strong association with OHRQoL²¹. For children, the center of their healthy development is the environment they live in and the relationships they have with their parents. However, for children suffering from maltreatment, home and family relationships are not always conducive to their development, further contributing to a negative perception of their OHRQoL.

In addition children victims of maltreatment also showed greater impact in all subscales, but only oral symptoms and functional limitations had a statistically significant association. A possible explanation may be due to the more negative pain and discomfort perceptions as a result of the trauma caused by the history of violence, resulting in a perception much more negative than those children who did not live this experience. According to McGrath (1994), the perception of pain is influenced by the situation in which the individual is going through²². In addition to situational factors, the perception of pain also depends on the environment in which the individual is inserted, such as culture and family, and may even predispose pain in the absence of an organic disease. In the specific case of child abuse victims, another hypothesis for a negative perception of complaints of pain and discomfort may lie in the mechanism of defenses behind the pain, where they may exaggerate in the complaint of pain in the intention of receive more attention by the family, that is, a way for the child to be seen in the context of neglect and/or abuse²².

Contrary to expectation, the emotional and social well-being subscales did not present statistical difference between the groups. Although studies showed that nonmaltreated children function more resiliently over the time than maltreated child, most of children continue to have resilient strivings as they strive to actively cope with the numerous stressors they encounter in their lives. Maltreated children tends to be more reserved, controlled, and rational because they

have to be more attuned to what is necessary to cope successfully in their adverse home environments, they have to create an emotional and well-being shield to not provoke attention and reactions from others that could result in greater risk for continued maltreatment and developmental failure this could explain our results^{23,24}. Moreover, when children were interviewed they had already been welcomed in a psychological support service and this can cause a considerable number of children that were acquiring coping characteristics and emotional resilience²⁵.

A study with children with neutropenia also did not observe statistical difference in the subscales emotional well-being, when compared with a control group and the authors attribute this finding to acquired emotional maturity along with living with a chronic illness, reinforcing the hypothesis proposed in this study for this finding²⁶.

One of the limitations of this study was to achieve a comparative group sample from a database of students of 2010, although this students have been paired by sex, age, type and region of the school, other factors not controlled or paired may be influencing, such as family structure and possible cases of maltreatment that were not notified to the protection organs. It is important to note that even in case-control studies it is a difficult task to ensure that the control group is not actually a victim of some form of violence, since intrafamily violence is a "silent" phenomenon and diagnosis is often difficult¹⁸. In addition, although all staff members were trained, the interviewers between the groups were different and the 6-year time interval itself could modify some clinical variables, justified by the greater access to information and the public oral health service offered in Brazil. Thus, these results should be interpreted taking into account these limitations.

Other limitation, inherent of all questionnaire-based studies, is that the accuracy of the answers depends on the compliance of the participants In the case of children who are victims of

maltreatment and that violence is intrafamily, specifically, they tend to be "indoctrinated" in responding to certain questions, since the aggressor tends to make a "silence pact" in the home¹⁸. However, every effort was taken to reduce bias in both samples, including the application of the questionnaire prior to the clinical examination and by another staff member other than the examiner and in a place that would guarantee the secrecy of the answers.

CPQ has been widely used in different studies such as in children with chronic or systemic diseases^{26,27}, countries and cultures, and has been shown good psychometric properties¹⁵, but none study has evaluated their psychometric properties in victims of violence. Actually, no instrument was used in this type of sample. A disadvantage of this instrument is that it does not include open-ended questions and does not elicit the specific cause for OHRQoL impact²⁸.

In conclusion, children victims of maltreatment have a higher impact on the OHRQoL and sensorial and functional subscales of CPQ. Further research is needed to better understand the complex role of child maltreatment in OHRQoL. Based on the results, it is possible to suggest that greater care should be taken in these children, not only providing treatment for the oral disorders, but also an interdisciplinary care, helping them to tackle these problems in the best possible way.

Bullet Points (Why this paper is important to pediatric dentists?):

- Perception about oral health-related quality of life is an important factor in the planning of their dental treatment and, more specifically, in children victims of maltreatment it is important to develop more effective public health policies.
- This study shows the importance of the environment and psychosocial characteristics of the child as regards oral health.

- Children with history of maltreatment have shown to present higher negative impact on oral health-related quality of life (OHRQoL) when compared to children with no history of maltreatment.

Acknowledgements

To the Brazilian Agency for the Improvement of Higher Educational Professionals (CAPES) for the Master's course scholarship granted, as well as for the NACA president-director, Gisele Scobernatti, the secretary Jéssica Petzinger and all the staff, for the collaboration in the execution of this research.

Conflict of interest

The authors declare no conflict of interest.

References

1. UNICEF. Hidden in plain sight: a statistical analysis of violence against children 2014 [assessed 2016 Dec 12]. Available from: http://files.unicef.org/publications/files/Hidden_in_plain_sight_statistical_analysis_EN_3_Sept_2014.pdf.
2. Hemmingsson E, Johansson K, Reynisdottir S. Effects of childhood abuse on adult obesity: a systematic review and meta-analysis. *Obes Rev* 2014; **15**: 882-893.
3. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D *et al*. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *Am J Prev Med* 1998; **14**: 245-258.
4. Afifi TO, Enns MW, Cox BJ, de Graaf R, ten Have M, Sareen J. Child abuse and health-related quality of life in adulthood. *J Nerv Ment Dis* 2007; **195**: 797-804.
5. Lanier P, Kohl PL, Raghavan R, Auslander W. A preliminary examination of child well-being of physically abused and neglected children compared to a normative pediatric population. *Child Maltreat* 2015; **20**: 72-79.
6. Moeller TP, Bachmann GA, Moeller JR. The combined effects of physical, sexual, and emotional abuse during childhood: long-term health consequences for women. *Child Abuse Negl* 1993; **17**: 623-640.
7. Silva Júnior IF, Goettems ML, Azevedo MS. Oral health status of children and adolescents victims of abuse: a literature review. *RSBO* 2016; **13**: 104-108.
8. Bennadi D, Reddy CV. Oral health related quality of life. *J Int Soc Prevent Communit Dent* 2013; **3**: 1-6.
9. Sischo L, Broder HL. Oral health-related quality of life: what, why, how, and future implications. *J Dent Res* 2011; **90**: 1264-1270.

10. Brazilian Institute of Population Estimates 2016 [assessed 2016 Dec 04]. Available at: ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2016/estimativa_dou_2016_20160913.pdf.
11. Goettems ML, Correa MB, Vargas-Ferreira F, et al. Methods and logistics of a multidisciplinary survey of schoolchildren from Pelotas, in the Southern Region of Brazil. *Cad Saude Publica* 2013; **29**: 867-878.
12. Schuch HS, Costa Fdos S, Torriani DD, Demarco FF, Goettems ML. Oral health-related quality of life of schoolchildren: impact of clinical and psychosocial variables. *Int J Paediatr Dent* 2015; **25**:358-365.
13. World Health Organization. *Oral health surveys: basic methods*. 5th Ed. Geneva: WHO 2013.
14. Jokovic A, Locker D, Tompson B, Guyatt G. Questionnaire for measuring oral health-related quality of life in eight- to ten-year-old children. *Pediatr Dent* 2004; **26**: 512-518.
15. Martins MT, Ferreira FM, Oliveira AC, et al. Preliminary validation of the Brazilian version of the Child Perceptions Questionnaire 8-10. *Eur J Paediatr Dent* 2009; **10**: 135-140.
16. Foster Page LA, Thomson WM, Ukra A, Farella M. Factors influencing adolescents' oral health-related quality of life (OHRQoL). *Inter J Paediatr Dent* 2013; **23**: 415-423.
17. Minayo CMS. Violence against children and adolescents: a social and a health problem. *Rev. bras. saude matern. infant* 2001;**1**: 91-102.
18. Pfeiffer L, Salvagni EP. Current view of sexual abuse in childhood and adolescence. *Jornal de Pediatria*. 2005; **81** (Suppl): 197-204.
19. Wilson IB, Cleary PD. Linking clinical variables with health-related quality of life. A conceptual model of patient outcomes. *JAMA* 1995; **273**: 59-65.

20. de Souza Barbosa T, Gaviao MB, Castelo PM, Leme MS. Factors Associated with Oral Health-related Quality of Life in Children and Preadolescents: A Cross-sectional Study. *Oral health Prev Dent* 2016; **14**: 137-148.
21. Paula JS, Meneghim MC, Pereira AC, Mialhe FL. Oral health, socio-economic and home environmental factors associated with general and oral-health related quality of life and convergent validity of two instruments. *BMC Oral Health* 2015; **15**:26.
22. McGrath PA. Psychological aspects of pain perception. *Archs oral Biol* 1994; **39** (Suppl): 55S-62S.
23. Herrenkohl EC, Herrenkohl RC, Egolf B. Resilient early school-age children from maltreating homes: outcomes in late adolescence. *Am J Orthopsychiatry* 1994; **64**: 301-309.
24. Cicchetti D, Rogosch FA. The role of self-organization in the promotion of resilience in maltreated children. *Dev Psychopathol* 1997; **9**: 797-815.
25. Pedro-Carroll JL. Fostering resilience in the aftermath of divorce: The Role of Evidence-Based Programs for Children. *Family Court Review* 2005; **43**: 52-64.
26. Cheretakis C, Locker D, Dror Y, Glogauer M. Oral health-related quality of life of children with neutropenia. *Spec Care Dentist* 2007; **27**: 6-11.
27. Rovaris NS, Galato D, Schuelter-Trevisol F, et al. Oral health status and its impact on the quality of life of children and adolescents living with HIV-1. *BMC Research Notes* 2014; **7**: 478.
28. Kotecha S, Turner PJ, Dietrich T, Dhopatkar A. The impact of tooth agenesis on oral health-related quality of life in children. *J Orthod* 2013; **40**: 122-129.

Table 1: Characteristics of the maltreated children (n=48) in comparison to the group of school children (n=144) in Pelotas/Brazil. 2016.

	Maltreated Children	Comparative Group	
	N (%)	N (%)	p*
Age			1.00
8	17 (35.42)	51 (35.42)	
9	12 (25.0)	36 (25.0)	
10	19 (39.58)	57 (39.58)	
Sex			1.00
Male	22 (45.83)	66 (45.83)	
Female	26 (54.17)	78 (54.17)	
Skin color			0.19
White	38 (79.17)	98 (69.50)	
Non white	10 (20.83)	43 (30.50)	
Family Income			0.96
Up to 2 BMW	27 (75.0)	95 (75.4)	
More than 2 BMW	09 (25.0)	31 (24.6)	
Type of School			1.00 [†]
Private	02 (4.17)	06 (4.17)	
Public	46 (95.83)	138 (95.83)	

Untreated dental		0.39
caries		
Absence	17 (35.42)	61 (42.36)
Present	31 (64.58)	83 (57.64)
Dental Fear		0.54
Absence	32 (66.67)	102 (71.33)
Present	16 (33.33)	41 (28.67)

**p*-values obtained from Chi-square test.

†*p*-values obtained from Fisher's exact test.

Table 2: Mean scores of CPQ₈₋₁₀ and subscales for the group of maltreated children (n=48) and a comparative group (n=144). Pelotas, Brazil, 2016 (n=192).

		Possible Range	Range	Mean (SD)	P*
Overall scale	Maltreated Children	0-100	0-72	18.18 (15.57)	0.062
	Comparative Group		0-58	14.21 (11.57)	
Subscales					
Oral Symptoms	Maltreated Children	0-20	0-17	6.33 (4.18)	0.039
	Comparative Group		0-14	5.16 (3.08)	
Functional Limitations	Maltreated Children	0-20	0-15	4.20 (4.30)	0.007
	Comparative Group		0-14	2.69 (2.96)	
Emotional well-being	Maltreated Children	0-20	0-20	4.14 (5.07)	0.168
	Comparative Group		0-20	3.20 (3.66)	
Social well-being	Maltreated Children	0-40	0-29	3.50 (5.84)	0.704
	Comparative Group		0-26	3.18 (4.72)	

*p-values obtained from t-test

Table 3: Results of the multiple linear regression Analysis (n=192).

Dependent Variables: OHRQoL (CPQ8-10 overall score and domains)			
Independent Variable: Child maltreatment (0=No (Ref); 1=Yes)			
	β	<i>P</i> -value	R^2
Overall Scale*	4.944	0.029	0.14
Oral Symptoms*	1.328	0.003	0.10
Functional Limitations*	1.907	0.003	0.13
Emotional well-being*	1.188	0.123	0.11
Social well-being*	0.507	0.540	0.11

*Adjusted by family income, type of school, skin color, sex, age, dental fear, and untreated dental caries (“D/d”)

7 Considerações Finais

Os resultados encontrados nesse trabalho mostram que apesar da literatura apontar para uma pior condição de saúde bucal em crianças e adolescentes que sofreram de maus-tratos do que aquelas sem esse histórico, tal relação ainda é inconclusiva devido à escassez de estudos. Observou-se que as crianças e adolescentes atendidas no NACA apresentaram alta prevalência de dentes cariados não-tratados e gengivite e que, quando comparadas com um grupo de crianças sem histórico de maus-tratos, apresentaram um maior impacto na QVRSB. Tais resultados revelam a importância do Cirurgião-Dentista no cuidado interdisciplinar às crianças vítimas de maus-tratos, a fim de auxiliá-las a enfrentar os problemas de uma maneira melhor. Mais estudos são necessários com a intenção de elucidar algumas questões que ficaram pendentes, como avaliar a associação dos tipos de abuso com os desfechos bucais.

-

Referências

AFIFI, T.O.; ENNS, M.W.; COX, B.J. DE GRAAF, R.; TEN HAVE, M.; SAREEN, J. Child Abuse and Health-Related Quality of Life in Adulthood. **The Journal of Nervous and Mental Disease**, v.195, n.10, p.797-804, 2007.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY (AAPD): 2016–17. **Guideline on Oral Health and Dental Aspects of Child Abuse and Neglect**. 2016. 4p. Disponível em: <http://www.aapd.org/media/Policies_Guidelines/G_Childabuse1.pdf> Acesso em: 10 Dez. 2016.

ANTUNES, J.L.F.; PERES, M.A. **Epidemiologia da Saúde Bucal**. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

ASSIS, S.G.; AVANCI, J.Q.; PESCE, R.P.; PIRES, T.O.; GOMES, D.L. Notificações de violência doméstica, sexual e outras violências contra crianças no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.9, p.2305-2317, 2012.

ASSIS, S.G.; SOUZA, E.R. Morbidade por violência em crianças e adolescentes do município do Rio de Janeiro. **Jornal de Pediatria**, v.71, n.6, p.303-312, 1995.

AZEVEDO M.A.; GUERRA V. Violência doméstica contra crianças e adolescentes: Um Cenário em Desconstrução. 2005. 14p. Disponível em: <http://www.unicef.org/brazil/pt/Cap_01.pdf> Acesso em: 10 mai. 2015.

AZEVEDO M.S.; GOETTEMES M.L.; BRITO, A.; POSSEBON, A.P.; DOMINGUES, J.; DEMARCO, F.F.; TORRIANI, D.D. Child maltreatment: a survey of dentists in southern Brazil. **Brazilian Oral Research**, v.26, p.5-11, 2012

BADGER, G.R. Caries incidence in child abuse and neglect. **Pediatric Dentistry**, v.8, n.1, p.101-2, 1986.

BENNADI, D.; REDDY, C.V. Oral health related quality of life. **Journal of International Society of Preventive and Community Dentistry**, v.3, p.1-6, 2013.

BERGER, T.D.; KENNY, D.J.; CASAS, M.J.; BARRETT, E.J.; LAWRENCE, H.P. Effects of severe dentoalveolar trauma on the quality-of-life of children and parents. **Dental Traumatology**, v.25, p.462-469, 2009.

BHATIA, S.K.; MAGUIRE, S.A.; CHADWICK, B.L.; HUNTER, M.L.; HARRIS, J.C.; TEMPEST, V.; MANN, M.K.; KEMP, A.M. Characteristics of child dental neglect: A systematic review. **Journal of Dentistry**, v.42, n.3, p.229-239, 2014.

BRASIL. Estatuto da criança e do adolescente: Lei federal nº 8069, de 13 de julho de 1990. **Rio de Janeiro: Imprensa Oficial**, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Projeto SB Brasil 2003. Condições de saúde bucal da população brasileira: 2002-2003. Resultados principais. **Brasília: Ministério da Saúde**, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde: um passo a mais na cidadania em saúde. **Brasília: Ministério da Saúde**, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde. SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais. **Brasília: Ministério da Saúde**, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde. Impacto da violência na saúde das crianças e adolescentes. **Brasília: Ministério da Saúde**, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. **Brasília: Ministério da Saúde**, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Viva: Vigilância de Violências e Acidentes, 2009, 2010 e 2011. **Brasília: Ministério da Saúde**, 2013.

BUCZYNSKI A.K.; CASTRO G.F.; LEÃO A.T.; SOUZA I.P. Impact of oral health on the quality of life of 3-6-years old HIV-infected children. Quality of life in HIV+ children. **European Journal of Paediatric Dentistry**, v.12, n.2, p.81-86, 2011.

CAIRNS, A.M; MOK, J.Y.Q.; WELBURY, R.R. Injuries to the head, face, mouth and neck in physically abused children in a community setting. **International Journal of Paediatric Dentistry**, v.15, n.5, p.310–318, 2005.

CAVALCANTI, A. L.; DUARTE, R. C. Manifestações bucais do abuso infantil em João Pessoa – Paraíba – Brasil. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v.7, n.2, p.161-170, 2003.

CAVALCANTI, A.L. Prevalence and characteristics of injuries to the head and orofacial region in physically abused children and adolescents – a retrospective study in a city of the Northeast of Brazil. **Dental Traumatology**, v.26, n.2, p.149–153, 2010.

CHERETAKIS, C.; LOCKER, D.; DROR, Y.; GLOGAUER, M. Oral health-related quality of life of children with neutropenia. **Special Care in Dentistry**, v.27, n.1, p.6-11, 2007.

CHIAPINOTTO, F.A.; VARGAS-FERREIRA, F.; DEMARCO, F.F.; CORRÊA, F.O.B.; MASOTTI, A.S. Risk factors for gingivitis in a group of Brazilian schoolchildren. **Journal of Public Health Dentistry**, v.73, n.1, p.9-17, 2013.

CICCHETTI, D.; ROGOSCH, F.A. The role of self-organization in the promotion of resilience in maltreated children. **Development and Psychopathology**, v.9, n.4, p.797-815, 1997.

CUKOVIC-BAGIC, I.; DUMANCIC, J.; TILJAK, M.K.; DRVARIC, I.; BORIC, B.; KOPIC, V.; KRUPIC, I.; BAKARCIC, D.; BUDIMIR, M.; WELBURY, R.R. Croatian dentists' knowledge, experience, and attitudes in regard to child abuse and neglect. **International Journal of Paediatric Dentistry**, v.25, n.6, p.444-450, 2015.

CUKOVIC-BAGIC, I. The role of dentists in recognition of child abuse. **Acta Stomatologica Croatica**, v.44, n.4, p.285-292, 2010.

DA FONSECA M.A.; FEIGAL R.J.; TEN BENSEL R.W. Dental aspects of 1248 cases of child maltreatment on file at a major county hospital. **Pediatric Dentistry**, v.14, n.3, p.152-157, 1992.

DAHLBERG, L.L.; KRUG, E.G. Violência: um problema global de saúde pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.11 (Supl), p.1163-1178, 2007.

DESLANDES, S. F. Care of Children and Adolescents Suffering Domestic Violence: Analysis of a Service. **Cadernos de Saúde Pública**, v.10, n.1, p.177-187, 1994.

DE SOUZA BARBOSA T, GAVIAO MB, CASTELO PM, LEME MS. Factors Associated with Oral Health-related Quality of Life in Children and Preadolescents: A Cross-sectional Study. **Oral health & Preventive Dentistry**, v.14, n.2, p.137-148, 2016.

DUDA, J.G.; BISS, S.P.; BERTOLI, F.M.; BRUZAMOLIN, C.D.; PIZZATTO, E.; SOUZA, J.F.; LOSSO, E.M. Oral health status in victims of child abuse: a case-control study. **International Journal of Paediatric Dentistry**. 2016. 7p. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ipd.12254/abstract>> Acessado em: 05 out. 2016.

FABIAN, A.A.; BENDER, L. Head injury in children: predisposing factors. **American Journal of Orthopsychiatry**, v.17, n.1, p.68–79, 1947.

FDI WORLD DENTAL FEDERATION. **FDI unveils new universally applicable definition of 'oral health'**. 1p. Disponível em: <<http://www.fdiworldental.org/media/press-releases/latest-press-releases/06092016-fdi-unveils-new-universally-applicable-definition-of-%E2%80%99oral-health%E2%80%99.aspx>> Acessado em: 22 set. 2016.

FELITTI, V.J.; ANDA, R.F.; NORDENBERG, D.; WILLIAMSON, D.F.; SPITZ, A.M.; EDWARDS, V.; KOSS, M.P.; MARKS, J.S. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. **American Journal of Preventive Medicine**, v.14, n.4, p.245-258, 1998.

FERNÁNDEZ, M.R.; GOETTEMES, M.L.; ARDENGHI, T.M.; DEMARCO, F.F.; CORREA, M.B. The role of School Social Environment on Dental Caries Experience in 8 to 12 Year-Old Brazilian Children: A Multilevel Analysis. **Caries Research**, v.49, n.5, p.548-556, 2015.

FOSTER PAGE, L.A.; THOMSON, W.M.; UKRA, A.; FARELLA, M. Factors influencing adolescents' oral health-related quality of life (OHRQoL). **International Journal of Paediatric Dentistry**, v.23, n.6, p.415-423, 2013.

FRACON, E.T.; SILVA, R.H.A.; BREGAGNOLO, J.C. Avaliação da conduta do cirurgião-dentista ante a violência doméstica contra crianças e adolescentes no município de Cravinhos (SP). **Revista Sul-Brasileira de Odontologia**, v.8, n.2, p.153-159, 2011.

GHIJSELINGS, I.; BROSENS, V.; WILLEMS, G.; FIEUWS, S.; CLIJMANS, M.; LEMIERE, J. Normative and self-perceived orthodontic treatment need in 11- to 16-year-old children. **European Journal of Orthodontics**, v.36, n.2, p.179–185, 2014.

GOETTEMES, M.L.; CORREA, M.B.; VARGAS-FERREIRA, F.; TORRIANI, D.D.; MARQUES, M.; DOMINGUES M.R.; HALLAL P.C.; DEMARCO, F.F. Methods and logistics of a multidisciplinary survey of schoolchildren from Pelotas, in the Southern Region of Brazil. **Cadernos de Saude Publica**, v.29, n.5, p.867-878, 2013.

GOETTEMES, M.L.; COSTA, F.; FLACH, R.; ROSA, Q; LUZ, M.S.; TORRIANI, D.D. Oral health-related quality of life of preschool children according to reasons for seeking dental care. **Clinical and Laboratorial Research in Dentistry**, v.20, n.1, p.31-38, 2014.

GOURSAND, D.; PAIVA, S.M.; ZARAR, P.M.; RAMOS-JORGE, M.L.; CORNACCHIA, G.M.; PORDEUS, I.A.; ALLISON, P.J. Cross-cultural adaptation of the Child Perceptions Questionnaire 11-14 (CPQ11-14) for the Brazilian Portuguese language. **Health Qual Life Outcomes**, v.6, n.2, 2008.

GREENE, J.C.; VERMILLION, J.R. The simplified oral hygiene index. **Journal of the American Dental Association**, v.68, n.1, p.7-13, 1964.

GREENE, P.E.; CHISICK, M.C.; AARON G.R. A comparison of oral health status and need for dental care between abused/ neglected children and nonabused/nonneglected children. **Pediatric Dentistry**, v.16, n.1, p. 41-45, 1994.

GUEDES, D.P.; GUEDES, J.E.R.P. Tradução, adaptação transcultural e propriedades psicométricas do KIDSCREEN-52 para a população brasileira. **Revista Paulista de Pediatria**, v.29, n.3, p.364-371, 2011.

HART, S.N.; BRASSARD, M.R. A major threat to children's mental health. **American Psychological Association**, v.42, n.2, p.160-165, 1987.

HEADS, D.; AHN, J.; PETROSYAN, V.; PETERSEN, H.; IRELAND, A.; SANDY, J. Dental caries in children: a sign of maltreatment or abuse? **Nursing children and young people**, v.25, n.6, p.22-24, 2013.

HEMMINGSSON, E.; JOHANSSON, K.; REYNISDOTTIR S. Effects of childhood abuse on adult obesity: a systematic review and meta-analysis. **Obesity Reviews**, v.15, n.11, p.882-893, 2014.

HERRENKOHL, E.C.; HERRENKOHL RC, EGOLF B. Resilient early school-age children from maltreating homes: outcomes in late adolescence. **American Journal of Orthopsychiatry**, v.64, n.2, p.301-309, 1994.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **IBGE**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home>> Acesso em: 15 dez. 2016.

JACKSON, A.M.; DEYE, K. Aspects of Abuse: Consequences of Childhood Victimization. **Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care**, v.45, n.3, p.86-93, 2015.

JERNBRO, C.; TINDBERG, Y; LUCAS, S.; JANSON, S. Quality of life among Swedish school children who experienced multitype child maltreatment. **Acta Pædiatrica**, v.104, n.3, p.320–325, 2015.

JESSEE, S.A. Orofacial manifestations of child abuse and neglect. **American Family Physician**, v.52, n.6, p.1829-1834, 1995.

JESSEE, S.A. The neglect of our youth: a dental perspective. **ASDC Journal of Dentistry for Children**, v.60, n.4, p.361-364, 1993.

JOKOVIC, A.; LOCKER, D.; STEPHENS, M.; KENNY, D.; TOMPSON, B.; GUYATT, G. Validity and reliability of a questionnaire for measuring child oral-health-related quality of life. **Journal of Dental Research**, v.81, n.7, p.459-463, 2002.

KEENE, E.J.; SKELTON, R.; DAY, P.F.; MUNYOMBWE, T.; BALMER, R.C. The dental health of children subject to a child protection plan. **International Journal of Paediatric Dentistry**, v.25, n.6, p.428-435, 2015.

KENZIK, K.M; TULI, S.Y.; REVICKI, D.A.; SHENKMAN, E.A.; HUANG, I. Comparison of 4 Pediatric Health-Related Quality-of-Life Instruments: A Study on a Medicaid Population. **Medical Decision Making**, v.34, n.5, p.590–602, 2014.

KIRKENGEN, A.L.; LYGRE, H. Exploring the relationship between childhood adversity and oral health: an anecdotal approach and integrative view. **Medical Hypotheses**, v.85, n.2, p.134-140, 2015.

KOTECHA, S.; TURNER, P.J.; DIETRICH, T.; DHOPATKAR, A. The impact of tooth agenesis on oral health-related quality of life in children. **Journal of Orthodontics**, v.40, n.2, p.122-129, 2013.

LANIER, P.; KOHL, P.L.; RAGHAVAN, R.; AUSLANDER, W. A Preliminary Examination of Child Well-Being of Physically Abused and Neglected Children Compared to a Normative Pediatric Population. **Child Maltreatment**, 2015, v.20, n.1, p.72-79, 2015.

LEENERS, B.; STILLER, R.; BLOCK, E.; GFRRES, G.; IMTHURN, B.; RATH, W. Consequences of childhood sexual abuse experiences on dental care. **Journal of Psychosomatic Research**, v.62, n.5, p.581– 588, 2007.

LOSSO, E.M.; MARENGO, G.; SARRAF, M.C.E.; BARATTO-FILHO, F. Child abuse: perception and management of the Brazilian endodontists. **Revista Sul-Brasileira de Odontologia**, v.9, n.1, p.62-66, 2012.

LOURENÇO, C.B.; SAINTRAIN, M.V.L.; VIEIRA, A.P.G.F. Child, neglect and oral health. **BMC Pediatrics**, v.13, n.13, p.188, 2013.

MARTINS, C.B.G.; JORGE, M.H.P.M. Maus-tratos infantis: um resgate da história e das políticas de proteção. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.23, n.3, p.423-428, 2010.

MARTINS, M.T.; FERREIRA, F.M.; OLIVEIRA, A.C.; PAIVA, S.M.; VALE, M.P.; ALLISON, P.J.; PORDEUS, I.A. Preliminary validation of the Brazilian version of the Child Perceptions Questionnaire 8-10. **European Journal of Paediatric Dentistry**, v.10, n.3, p.135-140, 2009.

MASSONI, A.C.L.T; FERREIRA, A.M.B.; ARAGÃO, A.K.R; MENEZES, V.A.; COLARES,V. Aspectos orofaciais dos maus-tratos infantis e da negligência odontológica. **Ciência & Saúde Coletiva**, V.15, n.2, p.403-410, 2010.

MCGRATH, P.A. Psychological aspects of pain perception. **Archives of Oral Biology**, v.39 (Supl. 1), n. p.55S-62S, 1994.

MINAYO, M.C.S. Violência contra crianças e adolescentes: questão social, questão de saúde. **Revista brasileira de saúde materno-infantil**, v.1, n.2, p.91-102, 2001.

MINAYO, M.C.S. Violência social sob a perspectiva da saúde pública. **Cadernos de Saúde Pública**, v.10 (Supl 1), p.07-18. 1994.

MOELLER, T.P.; BACHMANN, G.A.; MOELLER, J.R. The combined effects of physical, sexual, and emotional abuse during childhood: long-term health consequences for women. **Child abuse and neglect**, v.17, n.5, p.623-640, 1993.

MONTECCHI, P.P.; DI TRANI, M.; SARZI AMADÈ, D.; BUFACCHI, C.; MONTECCHI, F.; POLIMENI, A. The dentist's role in recognizing childhood abuses: study on the dental health of children victims of abuse and witnesses to violence. **European Journal of Paediatric Dentistry**, v.10, n.4, p.185-187, 2009.

MOURA, L.F.A.D.; SOUSA, H.C.S.; LIMA, C.C.B.; MOURA, M.S.; LOPES, T.S.P.; LIMA, M.D.M. Oral Health of Children and Adolescents Victims of Maltreatment Housed in Foster Care: A Case-Control Study. **Brazilian Research in Pediatric Dentistry and Integrated Clinic**, v.16, n.1, p.279-287, 2016.

NACA (Núcleo de Atenção à Criança e ao Adolescente). **Relatório Anual 2014**. 2015. Disponível em: <<http://www.naca.org.br/cms/2015/03/11/relatorio-anual-2014>>. Acesso em: 25 abr. 2015.

NAIDOO, S. A profile of the oro-facial injuries in child physical abuse at a children's hospital. **Child Abuse & Neglect**, v.24, n.4, p.521-534, 2000.

O'BRIEN, M. **Children's dental health in the United Kingdom 1993**. In: Report of dental survey, Office of Population Censuses and Surveys. London: Her Majesty's Stationery Office, 1994.

OLIVAN G. Untreated dental caries is common among 6 to 12-year-old physically abused/neglected children in Spain. **European Journal of Public Health**, v.13, n.1, p.91-92, 2003.

PAULA JS, MENEGHIM MC, PEREIRA AC, MIALHE FL. Oral health, socio-economic and home environmental factors associated with general and oral-health related quality of life and convergent validity of two instruments. **BMC Oral Health**, v.15, n.15, p.26, 2015.

PAUL, E.; ECKENRODE, J. Childhood psychological maltreatment subtypes and adolescent depressive symptoms. **Child Abuse & Neglect**, v.47, n.1, p.38-47, 2015.

PEDRO-CARROLL, J.L. Fostering resilience in the aftermath of divorce: The Role of Evidence-Based Programs for Children. **Family Court Review**, v.43, n.1, p.52-64, 2005.

PERES, M.A.; TRAEBERT, J.; MARCENES, W. Calibração de examinadores para estudos epidemiológicos de cárie dentária. **Cadernos de Saúde Pública**, v.17, n.1, p.153-159, 2001.

PFEIFFER, L.; SALVAGNI, E.P. Visão atual do abuso sexual na infância e adolescência. **Jornal de Pediatria**, v.81, n.5, 2005.

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

POWER, C.; SNEHAL, M.P.P.; LEAH, L. Childhood Maltreatment and BMI Trajectories to Mid-Adult Life: Follow-Up to Age 50y in a British Birth Cohort. **Plos one** DOI:10.1371/journal.pone.0119985, v.26, n.3, p:e0119985, 2015.

PROSSER, L.A.; CORSO, P.S. Measuring health-related quality of life for child maltreatment: a systematic literature review. **Health and Quality of Life Outcomes**, v.5, n.42, 2007.

QUICENO, J.M.; MATEUS, J.; CARDENAS, M.; VILLAREAL, D.; VINACCIA, S. Calidad de vida, resiliencia e ideación suicida en adolescentes víctimas de abuso sexual. **Revista de Psicopatología y Psicología Clínica**, v.18, n.2, p.107-117, 2013.

RAMAZANI, N. Child Dental Neglect: A Short Review. **International Journal of High Risk Behaviors Addiction**, v.3, n.4, p.e21861, 2014.

RAMOS, M.L.C.O.; SILVA, A.L. Estudo Sobre a Violência Doméstica Contra a Criança em Unidades Básicas de Saúde do Município de São Paulo – Brasil. **Saúde e Sociedade**, v.20, n.1, p.136-146, 2011.

RAVENS-SIEBERER, U.; GOSCH, A.; RAJMIL, L.; ERHART, M.; BRUIL, J.; DUER, W.; AUQUIER, P.; POWER, M.; ABEL, T.; CZEMY, L.; MAZUR, J.; CZIMBALMOS, A.; TOUNTAS, Y.; HAGQUIST, C.; KILROE, J.; THE EUROPEAN KIDSCREEN GROUP. KIDSCREEN-52 quality-of-life measure for children and adolescents. **Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research**, v.5, n.3, p.353-364, 2005.

RAYMAN, S.; DINCER, E.; ALMAS, K. Child abuse: concerns for oral health practitioners. **The New York State Dental Journal**, v.79, n.4, p.30-34, 2013.

RONCALLI, A.G.; SHEIHAM, A.; TSAKOS, G.; ARAUJO-SOUZA, G.C.; WATT, R.G. Social Factors Associated with the Decline in Caries in Brazilian Children between 1996 and 2010. **Caries Research**, v.50, n.6, p.551-559, 2016.

ROVARIS, N.S.; GALATO, D.; SCHUELTER-TREVISOL, F. DA SILVA, J.; LINHAR, LDA. S.; NICKEL, D.A.; TRAEBERT, J. Oral health status and its impact on the quality of life of children and adolescents living with HIV-1. **BMC Research Notes**, v.7, n.1, p.478, 2014.

SANO-ASAHITO, T.; SUZUKI A.; MATSUYAMA, J.; MITOMI, T.; KINOSHITA-KAWANO, S.; HAYASHI-SAKAI S.; ASAHITO, T. Self-esteem and oral condition of institutionalized abused children in Japan. **The Journal of Clinal Pediatric Dentistry**, v.39, n.4, p.322-325, 2015.

SANTOS JF, NUNES KS, CAVALCANTI AL, SILVA EC. Maus-tratos infantis: conhecimentos e atitudes de odontopediatras em Uberlândia e Araguari, Minas Gerais. **Pesquisa Brasileira de Odontopediatria e Clínica Integrada**. v.6, n.3, p.273-279, 2006

SÃO PAULO (CIDADE). Secretaria de saúde. **Caderno de violência doméstica e sexual contra crianças e adolescentes**. Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde – CODEPPS. 60 p, 2007.

SCHUCH, H.S.; CORREA, M.B.; TORRIANI, D.D.; DEMARCO, F.F.; GOETTEMES, M.L. Perceived dental pain: determinants and impact on Brazilian schoolchildren. **Journal of Oral & Facial Pain and Headache**, v.29, n.2, p.168-176, 2015.

SCHUCH, H.S.; COSTA, FDOS. S.; TORRIANI, D.D.; DEMARCO, F.F.; GOETTEMES, M.L. Oral health-related quality of life of schoolchildren: impact of clinical and psychosocial variables. **International Journal of Paediatric Dentistry**, v.25, n.5, p.358-365, 2015.

SILVA JÚNIOR, I.F.; GOETTEMES, M.L.; AZEVEDO, M.S. Oral health status of children and adolescents victims of abuse: a literature review. **Revista Sul-Brasileira de Odontologia**, v.13, n.2, p.104-108, 2016.

SISCHO, L.; BRODER, H.L. Oral health-related quality of life: what, why, how, and future implications. **Journal of Dental Research**, v.90, n.11, p.1264-1270, 2011.

SOMER, E.; BRAUNSTEIN, A. Are children exposed to interparental violence being psychologically maltreated? **Aggression and Violent Behavior**, v.4, n.4, p.449–456, 1999.

THE KIDSCREEN GROUP EUROPE. The KIDSCREEN questionnaires: quality of life questionnaires for children and adolescents. **Pabst Science Publishers**, 2006.

UNICEF. **Hidden in Plain Sight: A statistical analysis of violence against children**. 2014. 202p. Disponível em:
<http://files.unicef.org/publications/files/Hidden_in_plain_sight_statistical_analysis_EN_3_Sept_2014.pdf> Acesso em: 12 dez. 2016.

VALENCIA-ROJAS, N.; LAWRENCE, H.P.; GOODMAN, D. Prevalence of early childhood caries in a population of children with history of maltreatment. **Journal of Public Health Dentistry**, v.68, n.2, p.94-101, 2008.

VALENTE, L.A.; DALLEDONE, M.; PIZZATTO, E.; ZAITER, W.; SOUZA, J.F.; LOSSO, E.M. Domestic violence against children and adolescents: prevalence of physical injuries in a southern Brazilian metropolis. **Brazilian Dental Journal**, v.26, n.1, p.55-60, 2015.

WASELFISZ, J. J. **Mapa da violência 2012: crianças e adolescentes do Brasil**. 1.ed. Rio de Janeiro: 2012. 83p. Disponível em:
<mapadaviolencia.org.br/pdf2012/MapaViolencia2012_Crianças_e_Adolescentes.pdf> Acesso em: 25 abr. 2015.

WILSON, I.B.; CLEARY, P.D. Linking clinical variables with health-related quality of life. A conceptual model of patient outcomes. **Journal American Medical Association**, v.273, n.1, p.59-65, 1995.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence. 2003. 154p. Disponível em:
<<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42788/1/924154628X.pdf?ua=1>> Acesso em: 12 jul. 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Oral health surveys: basic methods. 5th Ed. Geneva: **WHO**, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Young People's Health - a Challenge for Society. Report of a WHO Study Group on Young People and Health for All. Geneva: **WHO**, 1986.

WORLD HEALTH ORGANIZATION AND INTERNATIONAL SOCIETY FOR PREVENTION OF CHILD ABUSE AND NEGLECT. Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence. Geneva: **WHO**, 2006.

Apêndices

Apêndice A - Ficha Clínica

Nome: _____

Nº: _____

Data: ____/____/____

Índice de Placa

16 11 26

46 31 36

Índice de Sangramento

16 11 26

46 31 36

Índice de Cálculo

16 11 26

46 31 36

Traumatismos Dentários

12 11 21 22

Dano				
Necessidade				
Tto executado				

42 41 31 32

Dano				
Necessidade				
To executado				

18	17	16	_5	_4	_3	_2	_1	FACE	_1	_2	_3	_4	_5	26	27	28
								O								
								M								
								V								
								D								
								L								
								Dente Séptico								
48	47	46	_5	_4	_3	_2	_1	FACE	_1	_2	_3	_4	_5	36	37	38
								O								
								M								
								V								
								D								
								L								
								Dente Séptico								

Apêndice B - Critérios a serem utilizados no exame clínico

SANGRAMENTO GENGIVAL

Código	Critérios
0	Ausência de sangramento
1	Sangramento à sondagem e/ou espontâneo
9	Excluído

ÍNDICE DE PLACA E CÁLCULO

Código	Critérios
0	Ausência de placa/cálculo
1	Presença de placa/cálculo <1/3
2	Presença de placa/cálculo >1/3<2/3
3	Presença de placa/cálculo >2/3
9	Excluído

CONDIÇÃO DA CORA DENTÁRIA

Código	Estado/Condição
0	Hígida
1	Cariada
2	Restaurada, mas com cárie
3	Restaurada e sem cárie
4	Perdido devido à cárie
5	Perdido por outras razões
6	Apresenta selante
7	Apoio de ponte ou coroa
8	Não erupcionado
9	Excluído
T	Trauma (Fratura)

TRAUMATISMO DENTÁRIO – Necessidade de tratamento	
0	Tratamento não necessário
1	Restauração adesiva
2	Restauração adesiva e tratamento endodôntico
3	Restauração adesiva, tratamento endodôntico, clareamento
4	Prótese unitária
5	Prótese unitária e tratamento endodôntico
6	Prótese móvel
7	Outro tratamento – especificar
8	NSA (dente sem trauma ou com tratamento executado)
9	Não avaliado

TRAUMATISMO DENTÁRIO – Tratamento executado	
0	Traumatismo não tratado
1	Restauração de resina composta
2	Restauração e tratamento endodôntico
3	Coroa unitária
4	Prótese removível
5	Outro tipo de tratamento
8	NSA (dente sem trauma/sem necessidade)
9	Não avaliado

TRAUMATISMO DENTÁRIO - Dano	
0	Sem Trauma
1	Fratura de esmalte somente
2	Fratura de esmalte/dentina
3	Qualquer fratura e sintomas de envolvimento pulpar
4	Sem fratura, sinais/sintomas de envolvimento pulpar
5	Dente perdido devido ao traumatismo
6	Outro dano
9	Não avaliado

Apêndice C – Termo de Consentimento Livre e Informado



Universidade Federal de Pelotas
Programa de Pós-graduação em Odontologia



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO

Investigadora responsável: Prof^{fa}. Dra. Marina Sousa Azevedo

Prezados Pais ou Responsáveis,

Seu (sua) filho (a) está sendo convidado a participar da pesquisa **“Condição bucal e qualidade de vida de crianças e adolescentes vítimas de maus tratos”**, com o objetivo de avaliar as condições de saúde oral das crianças e adolescentes, bem como averiguar a qualidade de vida delas relacionada à saúde geral e bucal. Solicitamos sua autorização para que seja realizado um questionário e para examinar a boca de seu (sua) filho (a). A participação dele (a) é MUITO IMPORTANTE, pois trará BENEFÍCIOS para a sociedade e para a saúde pública, através dos dados conseguidos, mas a decisão de participar é VOLUNTÁRIA, o que significa que o (a) Sr. (a) tem o direito de decidir se pode participar ou não, bem como desistir de fazê-lo a qualquer momento.

Os exames serão realizados, no próprio Núcleo de Atenção à Criança e ao Adolescente (NACA), com toda segurança e higiene, conforme as normas da Organização Mundial de Saúde, além de ser SIMPLES e RÁPIDO. Será aplicado um questionário para a criança ou adolescente responder e em seguida um exame para observar a existência de cárie e de problemas na gengiva. Este exame não trará problemas para seu (sua) filho (a), gerando mínimos desconfortos e riscos.

Garantimos que será mantida a CONFIDENCIALIDADE e o ANONIMATO, ou seja, o nome do seu (sua) filho (a) não será mencionado em qualquer hipótese ou circunstância, mesmo em publicações científicas. Serão disponibilizados os resultados obtidos no exame de saúde bucal para cada criança/adolescente, de forma escrita e as crianças com necessidade de tratamento odontológico de urgência serão encaminhadas à Faculdade de Odontologia, se assim os pais desejarem e os demais poderão ser encaminhados para as unidades de referência do bairro de origem. Como forma de manifestar seu consentimento, **pedimos que assine o documento ao lado e devolva o mesmo para o NACA através do seu filho**. Antecipadamente agradecemos a sua colaboração!

Contato: Programa de Pós Graduação em Odontologia
Profa. Dra. Marina Sousa Azevedo
Telefone: (53) 3222-4162
email: marinasazevedo@hotmail.com



Universidade Federal de Pelotas
Programa de Pós Graduação em Odontologia



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO

Investigador responsável: Prof. Dra. Marina Sousa Azevedo

Esta pesquisa tem como objetivo avaliar as condições bucais de crianças e adolescentes vítima de maus tratos, bem como avaliar a qualidade de vida. A coleta dessas condições não causa dor alguma e possui mínimos riscos, todos os instrumentais foram esterilizados ou são descartáveis.

Gostaríamos de informar também que todas as informações obtidas são confidenciais, ou seja, o nome do seu (sua) filho (a) não constará em nenhuma análise.

Como forma de manifestar seu consentimento, pedimos que assine este documento.

Antecipadamente agradecemos a sua colaboração.

Contato: Programa de Pós Graduação em Odontologia
Profa. Dra. Marina Sousa Azevedo
Telefone: (53) 3222-4162
email: marinasazevedo@hotmail.com

Recebi as explicações sobre o estudo registradas nesse Termo de Consentimento. Concordo com a participação do meu (minha) filho (a) na pesquisa.

Pelotas, ____ de _____ de 201__.

Assinatura do Responsável

Nome da criança



Apêndice D - Termo de Assentimento Livre e Esclarecido



Gostaríamos de te convidar a participar de um trabalho que vai avaliar a condição de higiene e a saúde dos teus dentes. Precisaremos fazer um rápido exame da tua boca para ver os teus dentes e gengiva. Depois iremos te fazer algumas perguntas sobre você, seus hábitos, sensações...

Teus pais já permitiram que tu participasses, mas tu não precisas participar das atividades se não quiseres, é um direito teu e não terá nenhum problema se desistires. Se tiveres alguma dúvida, nos pergunte.

Tu gostarias de participar?

() SIM () NÃO

Apêndice E – Autorização do NACA



AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA

Pelotas, 14 de Agosto de 2015.

Eu, Gisele Scobernatti, na função de diretora presidente do Núcleo de Atenção à Criança e ao Adolescente (NACA), autorizo a execução do projeto de pesquisa “Condição Bucal e Qualidade de Vida de Crianças Vítimas de Violência Doméstica”, sob responsabilidade da Profª Drª Marina Sousa Azevedo, autorizando ainda o acesso as fichas de acolhimento desta instituição, bem como a realização do exame clínico bucal no ambiente do NACA.

Atenciosamente,

Assinatura da Diretoria do NACA

Gisele Scobernatti
Diretora Presidente

Apêndice F - Laudo



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA



LAUDO DIAGNÓSTICO DAS CONDIÇÕES BUCAIS

Prezados pais:

Após realização de um exame odontológico breve em seu (sua) filho (a):

☐

Aparentemente seu filho apresenta boas condições de saúde bucal. Entretanto, lembramos que esse exame não dispensa a necessidade de um exame odontológico completo. Procure um dentista para uma consulta preventiva.

☐

Foram diagnosticados em seu filho problemas odontológicos que podem requerer tratamento: cárie ☐ traumatismo ☐ problema de mordida ☐ outro
Aconselhamos que leve seu (sua) filho(a) a um dentista para tratamento.

Encaminhamento:

Unidade Básica de Saúde (Posto): _____

Telefone Posto: _____ Dentista: _____

Em caso de dúvida ligue: (53) 3222-4162 – Prof^ª. Dra. Marina Sousa Azevedo

Anexos

ANEXO A - FORMULÁRIO DE ACOLHIMENTO NACA

DATA:..... / /..... **Nº PASTA:**

PBF ☐ Sim ☐ Não **NIS:** _____

Nome do beneficiário: _____

BPC/LOAS: ☐ Sim ☐ Não **PETI:** ☐ Sim ☐ Não Qtos? _____

ABRIGO: ☐ Sim ☐ Não **MSE:** ☐ Sim ☐ Não Qual?

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

1.1. Família:

1.2. Nome(s) do(s) Paciente(s):

1.3. Data(s) de Nascimento(s):

1.4. Raça(s): ☐ B ☐ P ☐ N

1.5. Sexo(s): ☐ M ☐ F

1.6. Idade(s):

1.7. Escolaridade(s): 1.8. Alfabetizado: ☐ Sim ☐ Não

1.9. Escola: 1.10. Turno: ☐ M ☐ T ☐ N

1.11. Filiação:

Pai: Mãe:

1.12. Estado Civil dos Pais:

☐ Casados ☐ Separados ☐ União Livre ☐ Outros: _____

Endereço dos Pais: Telefone:

Religião da Família:

1.13. Responsáveis/Cuidadores:

Endereço dos Responsáveis: **Bairro:**

Telefone:

2. ÓRGÃO NOTIFICADOR:

☐ Conselho Tutelar ☐ Juizado Regional da Infância e da Juventude

☐ Delegacias de Polícia ☐ Ministério Público ☐ Outros

Processo Nº _____

Motivo do Encaminhamento: _____

3. COMPOSIÇÃO FAMILIAR

3.1. Genograma

3.2. Arranjo familiar Atual

NOME IDADE POSIÇÃO ESCOLARIDADE PROFISSÃO

3.3. Uniões/(RE)casamentos

Companheiro (a): Nº de Filhos:

Nome Idade Escolaridade Estado

Civil

Residência

Observações:

4. SITUAÇÃO SÓCIO-ECONÔMICA

Responsável/Cuidador:

Nome:

Ocupação: Horário de Trabalho:

Mantenedor:

4.1. Renda familiar

☐ Sem rendimento ☐ Até 1 SM ☐ De 1 a 2 SM ☐ De 2 a 3SM

☐ De 3 a 5 SM ☐ Mais de 5 SM ☐ Sem informação

4.2. Composição da Renda:

☐ Trabalho Formal ☐ Trabalho Informal ☐ Programas Sociais

☐ Aposentadoria ☐ Pensões ☐ Outras

4.3. Condições de Moradia:

☐ Alvenaria ☐ Madeira ☐ Mista

☐ Residência compartilhada com terceiros ☐ Alugada ☐ Própria ☐ Emprestada

☐ Água ☐ Luz ☐ Esgoto ☐ Barraco

☐ Conjugada ☐ Banheiro

Nº de Peças: _____ Distribuição dos Cômodos: _____

Nº de Moradores: _____

4.4. Tempo de moradia no Município

4.5. Tempo de moradia na comunidade

Observações:

5. QUANTO AOS FATOS

5.1. Síntese dos acontecimentos:

5.2. Sintomas apresentados pelo paciente e período que iniciaram:

5.4. Antecedentes Pessoais/Vítima:

5.4.1. ☐ Patologia Orgânica: ☐ Patologia Psiquiátrica Especificar:

5.4.2. Esteve Abridado: ☐ Sim ☐ Não Local: Período:

5.4.3. Está ou esteve em atendimento em outro Serviço? ☐ Sim ☐ Não
Local: Período:

5.5. Outras Vulnerabilidades identificadas na(s) vítima(s)

☐ Pessoa Portadora de Deficiência ☐ Situação de Abandono

☐ Ausência de documentos ☐ Inexistência do Grupo familiar

☐ Vítima de violência + familiares ☐ Trabalho infantil

☐ Alcoolismo/Drogadição ☐ Mendicância

☐ Fragilização dos vínculos afetivos relacionais ☐ Evasão Escolar

☐ Situação de prostituição infantil ☐ Outras especificar

Formas de Abuso detectadas pelo profissional:

☐ Abuso físico ☐ Abuso Psicológico ☐ Abuso Sexual ☐ Negligência ☐ Todos

5.6- Encaminhamento feitos:

☐ Programa de Renda Mínima ☐ Cultura

☐ Grupo de Convivência PPD/Idosos ☐ Educação

☐ Benefícios eventuais ☐ Saúde / avaliação psiquiátrica

☐ PETI (Programa de Erradicação do Trabalho Infantil) ☐ Habitação

☐ Habilitação e Reabilitação ☐ Esporte e Lazer

☐ BPC (Benefício de Prestação Continuada) ☐ Trabalho e Renda

☐ Programa de Atenção às Vítimas de Violência

☐ Abrigo

☐ Albergagem

☐ Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos

6. CONVIVÊNCIA FAMILIAR E COMUNITÁRIA

6.1. Relacionamento do Casal (Tempo de união/separações/dia a dia etc):

6.2. Relacionamento entre irmãos:

6.3. Relacionamento Extrafamiliares:

6.4. Antecedentes Familiares:

☐ Patologia Orgânica ☐ Patologia Psiquiátrica Especificar:

6.4.1. Irmãos Abridados: ☐ Sim ☐ Não

Local: Período:

6.4.2. Familiares em atendimento em outro Serviço ☐ Sim ☐ Não

Local:

Período:

6.4.3. Identificados Sintomas em outros membros da família ☐ Sim ☐ Não

Quem? _____ Período que iniciaram: _____

6.4.4. Identificadas outras vítimas na família? ☐ Sim ☐ Não

Quem? _____

Quais tipos de Abuso detectados pelo profissional:

☐ Abuso físico ☐ Abuso Psicológico

☐ Abuso Sexual ☐ Negligência ☐ Todos

7. DENÚNCIA

7.1. Quem fez a denúncia?

7.2. Notificação do Abuso:

☐ Conselho Tutelar ☐ Delegacia de Polícias ☐ Ministério Público ☐ Outros: _____

7.3. Medidas de Proteção (em relação á vítima):

☐ Mantida no lar com afastamento do abusador ☐ Família Substituta Provisória

☐ Abrigamento ☐ Família Substituta Definitiva ☐ Tratamento Biopsicossocial

8. INFORMAÇÕES SOBRE O ABUSADOR**8.1. Quem é o abusador?**

☐ Pai ☐ Mãe ☐ Madrasta ☐ Padrasto ☐ Mãe Adotiva ☐ Irmão ☐ Avós
☐ Pai Adotivo ☐ Tios ☐ Vizinhos ☐ Amigos ☐ Desconhecido ☐ Outros

8.2. Nome: **8.3. Sexo:** ☐ M ☐ F

8.4. Endereço: **8.5. Telefone:**

8.6. Raça: ☐ B ☐ P ☐ N **8.7. Profissão:**

8.8. Idade:

☐ 9 à 11 anos ☐ De 12 à 18 anos ☐ De 19 à 32 anos ☐ De 33 à 46 anos
☐ De 47 à 61 anos ☐ Mais de 62 anos

8.9. Escolaridade:

8.10. Uso de Álcool: ☐ Sim ☐ Não

8.11. Uso de Drogas: ☐ Sim ☐ Não

8.12. Possui Transtorno Psiquiátrico? ☐ Sim ☐ Não Especifique:

8.13. Medidas Judiciais:

☐ Responsabilização Criminal ☐ Suspensão do Pátrio Poder

☐ Destituição de Pátrio Poder ☐ Encaminhamento para Tratamento Biopsicossocial

8.14. Observações:

9. Impressões gerais sobre o caso (Técnicos)

10. Encaminhamentos:

11. Indicação Terapêutica:

Técnico Responsável:

ANEXO B – KIDSCREEN-52

KIDSCREEN-52

QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE

Questionário para Jovens

Ola !!!

Como está? Como você se sente? Isto é o que queremos saber de você.

Por favor, leia cada pergunta com atenção enquanto pensa em sua resposta. Procure recordar a última semana, ou seja, os últimos 7 dias. Qual é a resposta que primeiro ocorre a você? Escolha a opção que acredita ser melhor para você e assinale a resposta com um X.

Lembre-se: Isto não é uma prova. Não existem respostas certas ou erradas. Porém, é importante que responda todas as perguntas e que possamos identificar claramente o X.

Não comente suas respostas com ninguém. Ninguém mais, além de nós, terá acesso as suas respostas. Suas respostas serão confidenciais.

Por favor, anote a data de hoje:

___/___/___
Dia Mês Ano

Qual é o seu sexo?

- ☐ Feminino
☐ Masculino

Qual é a data de seu nascimento?

___/___/___
Dia Mês Ano

Você tem alguma deficiência, doença ou problema médico crônico?

- ☐ Não
☐ Sim Qual? _____

1. Saúde e Atividade Física

De maneira geral, como você descreve a sua saúde?

1.

- ☐ Excelente
- ☐ Muito boa
- ☐ Boa
- ☐ Regular
- ☐ Mal

Considerando a última semana...

	Nada	Um pouco	Moderada-mente	Muito	Muitíssimo
2. Você se sentiu bem e em boa forma?	☐	☐	☐	☐	☐
3. Você foi ativo/a fisicamente? (por exemplo, correu, andou de bicicleta, etc.)?	☐	☐	☐	☐	☐
4. Você foi capaz de correr ("brincadeiras de corrida")?	☐	☐	☐	☐	☐

Considerando a última semana...

	Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Quase sempre	Sempre
5. Você se sentiu com muita energia/disposição?	☐	☐	☐	☐	☐

2. Sentimentos

Considerando a última semana...

	Nada	Um pouco	Moderada-mente	Muito	Muitíssimo
1. Sua vida tem sido agradável?	☐	☐	☐	☐	☐
2. Você se sentiu bem por estar vivo/a?	☐	☐	☐	☐	☐
3. Você se sentiu satisfeito/a com sua vida?	☐	☐	☐	☐	☐

Considerando a última semana...		Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Quase sempre	Sempre
4.	Você se sentiu de bom humor?	Nunca ☐	Quase nunca ☐	Algumas vezes ☐	Quase sempre ☐	Sempre ☐
5.	Você se sentiu alegre?	Nunca ☐	Quase nunca ☐	Algumas vezes ☐	Quase sempre ☐	Sempre ☐
6.	Você se divertiu?	Nunca ☐	Quase nunca ☐	Algumas vezes ☐	Quase sempre ☐	Sempre ☐

3. Estado Emocional

Considerando a última semana...		Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Quase sempre	Sempre
1.	Você se sentiu como estivesse feito tudo errado?	Nunca ☐	Quase nunca ☐	Algumas vezes ☐	Quase sempre ☐	Sempre ☐
2.	Você se sentiu triste?	Nunca ☐	Quase nunca ☐	Algumas vezes ☐	Quase sempre ☐	Sempre ☐
3.	Você se sentiu tão mal que não queria fazer nada?	Nunca ☐	Quase nunca ☐	Algumas vezes ☐	Quase sempre ☐	Sempre ☐
4.	Você se sentiu como tudo em sua vida estava mal?	Nunca ☐	Quase nunca ☐	Algumas vezes ☐	Quase sempre ☐	Sempre ☐
5.	Você se sentiu farto/a (cheio/a)?	Nunca ☐	Quase nunca ☐	Algumas vezes ☐	Quase sempre ☐	Sempre ☐
6.	Você se sentiu sozinho?	Nunca ☐	Quase nunca ☐	Algumas vezes ☐	Quase sempre ☐	Sempre ☐
7.	Você se sentiu pressionado ("estressado")?	Nunca ☐	Quase nunca ☐	Algumas vezes ☐	Quase sempre ☐	Sempre ☐

4. Auto-Percepção

Considerando a última semana...		Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Quase sempre	Sempre
1.	Você se sentiu contente com a sua maneira de ser?	Nunca ☐	Quase nunca ☐	Algumas vezes ☐	Quase sempre ☐	Sempre ☐
2.	Você se sentiu contente com as suas roupas?	Nunca ☐	Quase nunca ☐	Algumas vezes ☐	Quase sempre ☐	Sempre ☐
3.	Você esteve preocupado/a com a sua aparência?	Nunca ☐	Quase nunca ☐	Algumas vezes ☐	Quase sempre ☐	Sempre ☐
4.	Você sentiu inveja da aparência de seus colegas?	Nunca ☐	Quase nunca ☐	Algumas vezes ☐	Quase sempre ☐	Sempre ☐
5.	Você gostaria de mudar alguma parte do seu corpo?	Nunca ☐	Quase nunca ☐	Algumas vezes ☐	Quase sempre ☐	Sempre ☐

5. Autonomia e Tempo Livre

Considerando a última semana...		Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Quase sempre	Sempre
1.	Você teve tempo suficiente para você mesmo?	Nunca ☐	Quase nunca ☐	Algumas vezes ☐	Quase sempre ☐	Sempre ☐
2.	Você fez o que gosta de fazer no seu tempo livre?	Nunca ☐	Quase nunca ☐	Algumas vezes ☐	Quase sempre ☐	Sempre ☐
3.	Você teve oportunidade suficiente de estar ao ar livre?	Nunca ☐	Quase nunca ☐	Algumas vezes ☐	Quase sempre ☐	Sempre ☐
4.	Você teve tempo suficiente para encontrar os amigos/as?	Nunca ☐	Quase nunca ☐	Algumas vezes ☐	Quase sempre ☐	Sempre ☐
5.	Você escolheu o que fazer no seu tempo livre?	Nunca ☐	Quase nunca ☐	Algumas vezes ☐	Quase sempre ☐	Sempre ☐

6. Família/Ambiente Familiar

Considerando a última semana...		Nada	Um pouco	Moderadamente	Muito	Muitíssimo
1.	Seus pais entendem você?	Nada ☐	Um pouco ☐	Moderadamente ☐	Muito ☐	Muitíssimo ☐
2.	Você se sentiu amado/a pelos seus pais?	Nada ☐	Um pouco ☐	Moderadamente ☐	Muito ☐	Muitíssimo ☐

Considerando a última semana...		Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Quase sempre	Sempre
3.	Você se sentiu feliz em sua casa?	Nunca ☐	Quase nunca ☐	Algumas vezes ☐	Quase sempre ☐	Sempre ☐
4.	Seus pais tiveram tempo suficiente para você?	Nunca ☐	Quase nunca ☐	Algumas vezes ☐	Quase sempre ☐	Sempre ☐
5.	Seus pais trataram você de forma justa?	Nunca ☐	Quase nunca ☐	Algumas vezes ☐	Quase sempre ☐	Sempre ☐
6.	Você conversou com seus pais como você queria?	Nunca ☐	Quase nunca ☐	Algumas vezes ☐	Quase sempre ☐	Sempre ☐

7. Aspectos Financeiros

Considerando a última semana...		Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Quase sempre	Sempre
1.	Você teve dinheiro suficiente para fazer as mesmas coisas que os seus amigos/as fazem?	Nunca ☐	Quase nunca ☐	Algumas vezes ☐	Quase sempre ☐	Sempre ☐
2.	Você teve dinheiro suficiente para os seus gastos?	Nunca ☐	Quase nunca ☐	Algumas vezes ☐	Quase sempre ☐	Sempre ☐

Considerando a última semana...		Nada	Um pouco	Moderadamente	Muito	Muitíssimo
3.	Você teve dinheiro suficiente para fazer o que deseja com seus amigos/as?	Nada ☐	Um pouco ☐	Moderadamente ☐	Muito ☐	Muitíssimo ☐

8. Amigos e Apoio Social

Considerando a última semana...		Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Quase sempre	Sempre
1.	Você teve tempo suficiente para ficar com seus amigos/as?	Nunca ☐	Quase nunca ☐	Algumas vezes ☐	Quase sempre ☐	Sempre ☐
2.	Você realizou atividades com outros jovens?	Nunca ☐	Quase nunca ☐	Algumas vezes ☐	Quase sempre ☐	Sempre ☐
3.	Você se divertiu com seus amigos/as?	Nunca ☐	Quase nunca ☐	Algumas vezes ☐	Quase sempre ☐	Sempre ☐
4.	Você e seus amigos/as se ajudaram uns/umas aos outros/as?	Nunca ☐	Quase nunca ☐	Algumas vezes ☐	Quase sempre ☐	Sempre ☐
5.	Você falou o que queria com seus amigos/as?	Nunca ☐	Quase nunca ☐	Algumas vezes ☐	Quase sempre ☐	Sempre ☐
6.	Você sentiu que pode confiar em seus amigos/as?	Nunca ☐	Quase nunca ☐	Algumas vezes ☐	Quase sempre ☐	Sempre ☐

9. Ambiente Escolar

Considerando a última semana...		Nada	Um pouco	Moderadamente	Muito	Muitíssimo
1.	Você se sentiu feliz na escola?	Nada ☐	Um pouco ☐	Moderadamente ☐	Muito ☐	Muitíssimo ☐
2.	Você foi bom/boa aluno/a na escola?	Nada ☐	Um pouco ☐	Moderadamente ☐	Muito ☐	Muitíssimo ☐
3.	Você se sentiu satisfeito/a com seus professores?	Nada ☐	Um pouco ☐	Moderadamente ☐	Muito ☐	Muitíssimo ☐

Considerando a última semana...		Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Quase sempre	Sempre
4.	Você foi capaz de prestar atenção nas aulas?	Nunca ☐	Quase nunca ☐	Algumas vezes ☐	Quase sempre ☐	Sempre ☐
5.	Você gostou de ir à escola?	Nunca ☐	Quase nunca ☐	Algumas vezes ☐	Quase sempre ☐	Sempre ☐
6.	Você teve uma boa relação com seus professores?	Nunca ☐	Quase nunca ☐	Algumas vezes ☐	Quase sempre ☐	Sempre ☐

10. Provocação/Bullying

Considerando a última semana...		Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Quase sempre	Sempre
1.	Você sentiu medo de outros jovens?	Nunca ☐	Quase nunca ☐	Algumas vezes ☐	Quase sempre ☐	Sempre ☐
2.	Outros jovens zombaram ("gozaram") você?	Nunca ☐	Quase nunca ☐	Algumas vezes ☐	Quase sempre ☐	Sempre ☐
3.	Outros jovens intimidaram ou ameaçaram você?	Nunca ☐	Quase nunca ☐	Algumas vezes ☐	Quase sempre ☐	Sempre ☐

¡Muito obrigado pela sua participação!



ANEXO C – CPQ
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
ENTREVISTA CRIANÇAS DE 8 A 10 ANOS



Nome _____

NO ULTIMO MÊS, QUANTAS VEZES....

1. você sentiu dor de dentes ou na boca?	(0) Nunca	(1) 1 ou 2 vezes	(2) Algumas vezes	(3) Frequentemente	(4) Todos dias /quase todos
2. você teve feridas na sua boca?	(0) Nunca	(1) 1 ou 2 vezes	(2) Algumas vezes	(3) Frequentemente	(4) Todos dias /quase todos
3. você sentiu dor nos seus dentes quando comeu alguma coisa ou bebeu alguma coisa gelada?	(0) Nunca	(1) 1 ou 2 vezes	(2) Algumas vezes	(3) Frequentemente	(4) Todos dias /quase todos
4. a comida ficou agarrada em seus dentes?	(0) Nunca	(1) 1 ou 2 vezes	(2) Algumas vezes	(3) Frequentemente	(4) Todos dias /quase todos
5. você ficou com cheiro ruim na sua boca ?	(0) Nunca	(1) 1 ou 2 vezes	(2) Algumas vezes	(3) Frequentemente	(4) Todos dias /quase todos
6. você gastou mais tempo do que os outros para comer sua comida por causa de seus dentes ou de sua boca?	(0) Nunca	(1) 1 ou 2 vezes	(2) Algumas vezes	(3) Frequentemente	(4) Todos dias /quase todos
7. você teve dificuldade para morder ou mastigar comidas mais duras como: maçã, pão, milho ou carne, por causa de seus dentes ou de sua boca?	(0) Nunca	(1) 1 ou 2 vezes	(2) Algumas vezes	(3) Frequentemente	(4) Todos dias /quase todos
8. foi difícil para você comer o que você queria por causa dos seus dentes ou de sua boca?	(0) Nunca	(1) 1 ou 2 vezes	(2) Algumas vezes	(3) Frequentemente	(4) Todos dias /quase todos
9. você teve problemas para falar por causa dos seus dentes ou de sua boca?	(0) Nunca	(1) 1 ou 2 vezes	(2) Algumas vezes	(3) Frequentemente	(4) Todos dias /quase todos
10. você teve problemas para dormir à noite por causa dos seus dentes ou de sua boca?	(0) Nunca	(1) 1 ou 2 vezes	(2) Algumas vezes	(3) Frequentemente	(4) Todos dias /quase todos
11. você ficou chateado por causa dos seus dentes ou de sua boca?	(0) Nunca	(1) 1 ou 2 vezes	(2) Algumas vezes	(3) Frequentemente	(4) Todos dias /quase todos
12. você ficou com vergonha por causa dos seus dentes ou de sua boca?	(0) Nunca	(1) 1 ou 2 vezes	(2) Algumas vezes	(3) Frequentemente	(4) Todos dias /quase todos
13. você se sentiu triste por causa dos seus dentes ou de sua boca?	(0) Nunca	(1) 1 ou 2 vezes	(2) Algumas vezes	(3) Frequentemente	(4) Todos dias /quase todos
14. você ficou preocupado (a) com o que as outras pessoas pensam sobre seus dentes ou sua boca?	(0) Nunca	(1) 1 ou 2 vezes	(2) Algumas vezes	(3) Frequentemente	(4) Todos dias /quase todos
15. você achou que você não era tão bonito quanto outras pessoas por causa dos seus dentes ou de sua boca?	(0) Nunca	(1) 1 ou 2 vezes	(2) Algumas vezes	(3) Frequentemente	(4) Todos dias /quase todos
16. você faltou à aula por causa dos seus dentes ou de sua boca?	(0) Nunca	(1) 1 ou 2 vezes	(2) Algumas vezes	(3) Frequentemente	(4) Todos dias /quase todos
17. você teve problemas para fazer seu dever de casa por causa dos seus dentes ou de sua boca?	(0) Nunca	(1) 1 ou 2 vezes	(2) Algumas vezes	(3) Frequentemente	(4) Todos dias /quase todos
18. você teve dificuldade para prestar	(0)	(1) 1 ou 2	(2) Algumas	(3)	(4) Todos dias

atenção na aula por causa dos seus dentes ou de sua boca?	Nunca	vezes	vezes	Frequentemente	/quase todos
19. você não quis falar ou ler em voz alta na sala de aula por causa dos seus dentes ou de sua boca?	(0) Nunca	(1) 1 ou 2 vezes	(2) Algumas vezes	(3) Frequentemente	(4) Todos dias /quase todos
20. você deixou de sorrir ou dar risadas quando estava junto de outras crianças por causa dos seus dentes ou de sua boca?	(0) Nunca	(1) 1 ou 2 vezes	(2) Algumas vezes	(3) Frequentemente	(4) Todos dias /quase todos
21. você não quis falar com outras crianças por causa dos seus dentes ou de sua boca?	(0) Nunca	(1) 1 ou 2 vezes	(2) Algumas vezes	(3) Frequentemente	(4) Todos dias /quase todos
22. você não quis ficar perto de outras crianças por causa dos seus dentes ou de sua boca?	(0) Nunca	(1) 1 ou 2 vezes	(2) Algumas vezes	(3) Frequentemente	(4) Todos dias /quase todos
23. você ficou de fora de jogos e brincadeiras por causa dos seus dentes ou de sua boca?	(0) Nunca	(1) 1 ou 2 vezes	(2) Algumas vezes	(3) Frequentemente	(4) Todos dias /quase todos
24. outras crianças fizeram gozação ou colocaram apelidos em você por causa dos seus dentes ou de sua boca?	(0) Nunca	(1) 1 ou 2 vezes	(2) Algumas vezes	(3) Frequentemente	(4) Todos dias /quase todos
25. outras crianças fizeram perguntas para você sobre seus dentes ou sua boca?	(0) Nunca	(1) 1 ou 2 vezes	(2) Algumas vezes	(3) Frequentemente	(4) Todos dias /quase todos

AGORA EU VOU TE FAZER UMAS PERGUNTAS SOBRE TEUS DENTES

27) Tu foste ao dentista nos últimos 6 meses? (0) Não (1) Sim (9) IGN
26) Tu tem/teria medo de ir ao dentista? (0) Não (1) Um pouco (2) Sim, muito
27. Você teve dor de dente nas últimos 6 meses? (0) Não (1) Sim (9) IGN
28. Você teve dor de dente nas últimas 4 semanas? (0) Não (1) Sim (9) IGN



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
ENTREVISTA CRIANÇAS E ADOLESCENTES DE 11 A 18 ANOS



Nome _____

NOS ÚLTIMOS 3 MESES, COM QUE FREQUÊNCIA VOCÊ TEVE?

1. Dor nos seus dentes, lábios, maxilares ou boca?	(0) Nunca	(1) 1 ou 2 vezes	(2) Algumas vezes	(3) Frequentemente	(4) Todos dias/quase todos
2. Feridas na boca?	(0) Nunca	(1) 1 ou 2 vezes	(2) Algumas vezes	(3) Frequentemente	(4) Todos dias/quase todos
3. Mau hálito?	(0) Nunca	(1) 1 ou 2 vezes	(2) Algumas vezes	(3) Frequentemente	(4) Todos dias/quase todos
4. Restos de alimentos presos dentro ou entre os seus dentes?	(0) Nunca	(1) 1 ou 2 vezes	(2) Algumas vezes	(3) Frequentemente	(4) Todos dias/quase todos
5. Demorou mais que os outros para terminar sua refeição por causa de seus dentes, lábios ou boca?	(0) Nunca	(1) 1 ou 2 vezes	(2) Algumas vezes	(3) Frequentemente	(4) Todos dias/quase todos
6. Dificuldade para morder ou mastigar alimentos como maçãs, espiga de milho ou Carne por causa de seus dentes, lábios ou boca??	(0) Nunca	(1) 1 ou 2 vezes	(2) Algumas vezes	(3) Frequentemente	(4) Todos dias/quase todos
7. Dificuldades para dizer algumas palavras por causa de seus dentes, lábios ou boca?	(0) Nunca	(1) 1 ou 2 vezes	(2) Algumas vezes	(3) Frequentemente	(4) Todos dias/quase todos
8. Dificuldades para beber ou comer alimentos quentes ou frios por causa de seus dentes, lábios ou boca?	(0) Nunca	(1) 1 ou 2 vezes	(2) Algumas vezes	(3) Frequentemente	(4) Todos dias/quase todos
9. Ficou irritado (a) ou frustrado (a) por causa de seus dentes, lábios ou boca?	(0) Nunca	(1) 1 ou 2 vezes	(2) Algumas vezes	(3) Frequentemente	(4) Todos dias/quase todos
10. Ficou tímido, constrangido ou com vergonha por causa de seus dentes, lábios ou boca?	(0) Nunca	(1) 1 ou 2 vezes	(2) Algumas vezes	(3) Frequentemente	(4) Todos dias/quase todos
11. Ficou chateado por causa de seus dentes, lábios ou boca?	(0) Nunca	(1) 1 ou 2 vezes	(2) Algumas vezes	(3) Frequentemente	(4) Todos dias/quase todos
12. Ficou preocupado com o que as outras pessoas pensam sobre seus dentes, lábios, boca ou maxilares?	(0) Nunca	(1) 1 ou 2 vezes	(2) Algumas vezes	(3) Frequentemente	(4) Todos dias/quase todos
NOS ÚLTIMOS 3 MESES, COM QUE FREQUÊNCIA VOCÊ:					
13. Evitou sorrir ou dar risadas quando está com outras crianças por causa de seus dentes, lábios ou boca?	(0) Nunca	(1) 1 ou 2 vezes	(2) Algumas vezes	(3) Frequentemente	(4) Todos dias/quase todos

14. Discutiu com outras crianças ou pessoas de sua família por causa de seus dentes, lábios ou boca?	(0) Nunca	(1) 1 ou 2 vezes	(2) Algumas vezes	(3) Frequentemente	(4) Todos dias/quase todos
15. Outras crianças lhe aborreceram ou lhe chamaram por apelidos por causa de seus dentes, lábios ou boca ?	(0) Nunca	(1) 1 ou 2 vezes	(2) Algumas vezes	(3) Frequentemente	(4) Todos dias/quase todos
16. Outras crianças lhe fizeram perguntas sobre seus dentes, lábios, maxilares e boca?	(0) Nunca	(1) 1 ou 2 vezes	(2) Algumas vezes	(3) Frequentemente	(4) Todos dias/quase todos

AGORA EU VOU TE FAZER UMAS PERGUNTAS SOBRE TEUS DENTES

17) Tu foste ao dentista nos últimos 6 meses?

(0) Não (1) Sim (9) IGN

18) Tu tem/teria medo de ir ao dentista?

(0) Não (1) Um pouco (2) Sim, muito

19. Você teve dor de dente nas últimos 6 meses?

(0) Não (1) Sim (9) IGN

20. Você teve dor de dente nas últimas 4 semanas?

(0) Não (1) Sim (9) IGN

Anexo D – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

FACULDADE DE
ODONTOLOGIA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CONDIÇÃO BUCAL E QUALIDADE DE VIDA DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES VÍTIMAS DE MAUS TRATOS

Pesquisador: MARINA SOUSA AZEVEDO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 49331415.7.0000.5318

Instituição Proponente: Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Pelotas/ FO-UFPEl

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.290.122

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo transversal que pretende investigar a qualidade de vida relacionada com a saúde bucal de crianças e adolescentes vítimas de maus tratos e violência atendidas no Núcleo de Atenção à Criança e ao Adolescente (NACA), localizado em Pelotas, RS. A amostra será composta por todas as crianças e adolescentes entre 8 e 18 anos de idade em atendimento no NACA entre Outubro de 2015 a Setembro de 2016. A condição de saúde bucal das crianças será avaliada por meio de um exame bucal e um questionário a ser aplicado com as crianças irá avaliar a qualidade de vida relacionada com a saúde bucal.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar as condições de saúde bucal e a qualidade de vida de crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica. Mais especificamente:

1. Avaliar a relação entre as condições de saúde bucal e a qualidade de vida relacionada à saúde bucal da criança e do adolescente vítima de maus tratos.
2. Verificar a associação entre a experiência de cárie dentária e doença periodontal nas diferentes formas de violência doméstica.
3. Analisar a associação entre as condições bucais mais prevalentes relacionadas às crianças vítimas de abuso e as variáveis socioeconômicas e demográficas.

Endereço: Rua Gonçalves Chaves, 457

Bairro: Centro

CEP: 96.015-560

UF: RS

Município: PELOTAS

Telefone: (53)3222-4439

Fax: (53)3222-4439

E-mail: cep.fop@gmail.com

**FACULDADE DE
ODONTOLOGIA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE**



Continuação do Parecer: 1.290.122

4. Mensurar o Impacto da qualidade de vida relacionada à saúde geral nas crianças maltratadas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos mínimos. Como benefícios, o estudo contribui com a geração de novos conhecimentos. Em contrapartida a participação na pesquisa, as crianças e adolescentes que necessitarem de atendimento de urgência serão atendidos na clínica da Unidade de Clínica Infantil da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Pelotas e todos receberão laudo ao final do exame clínico, as crianças que necessitarem de tratamento eletivo receberão encaminhamento para a Unidade Básica de Saúde do seu bairro

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Todas as crianças e adolescentes de 8 a 18 anos de idade atendidas no NACA no período de outubro de 2015 a setembro de 2016 serão avaliadas quanto à saúde bucal por meio de um exame a ser realizado por dentista. Os dados socioeconômicos e demográficos (idade, raça, sexo, escolaridade e renda) e de informações referentes ao tipo de abuso pelos órgãos notificadores e sobre o vitimizador também serão coletados a partir da ficha utilizada neste serviço do NACA em todas as crianças que a saúde bucal for avaliada. Um questionário para avaliar a qualidade de vida relacionada com a saúde bucal será aplicado com as crianças. Além das perguntas relativas aos instrumentos dos questionários, serão coletadas informações sobre: uso do serviço odontológico, medo odontológico e dor dentária.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos apresentados de forma adequada.

Recomendações:

Nenhuma

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Nenhuma

Considerações Finais a critério do CEP:

Solicitações contidas no parecer n° 1.267.179 foram atendidas no protocolo reapresentado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_585468.pdf	13/10/2015 20:47:44		Aceito

Endereço: Rua Gonçalves Chaves, 457
 Bairro: Centro CEP: 96.015-560
 UF: RS Município: PELOTAS
 Telefone: (53)3222-4439 Fax: (53)3222-4439 E-mail: cep.fop@gmail.com

FACULDADE DE
ODONTOLOGIA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE



Continuação do Parecer: 1.290.122

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoMastratosplataforma.doc	13/10/2015 20:46:11	MARINA SOUSA AZEVEDO	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_revisado_cep.doc	13/10/2015 20:39:39	MARINA SOUSA AZEVEDO	Acelto
Folha de Rosto	folhaassinada.pdf	11/09/2015 11:24:36	MARINA SOUSA AZEVEDO	Acelto
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AUTORIZACAOnACA.docx	04/09/2015 13:14:33	MARINA SOUSA AZEVEDO	Acelto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PELOTAS, 21 de Outubro de 2015

Assinado por:
Renato Waldemarin
(Coordenador)

Endereço: Rua Gonçalves Chaves, 457
Bairro: Centro CEP: 96.015-560
UF: RS Município: PELOTAS
Telefone: (53)3222-4439 Fax: (53)3222-4439 E-mail: cep.fop@gmail.com