

CONHECIMENTO E NOTIFICAÇÃO DO CIRURGIÃO DENTISTA SOBRE O ABUSO FÍSICO INFANTIL

Amanda Gonçalves VELOSO¹

Tátilla Alvarenga QUINTÃO²

Paula Carolina Mendes SANTOS³

Sérgio Ricardo MAGALHÃES⁴

Camilo Aquino MELGAÇO⁵

Kelly Oliva JORGE⁶

¹ Acadêmica do curso de Odontologia da Universidade Vale do Rio Verde – UninCor, *campus* Belo Horizonte.
E-mail: amandaemaykon@hotmail.com

² Acadêmica do curso de Odontologia da Universidade Vale do Rio Verde – UninCor, *campus* Belo Horizonte.
E-mail: tatilaodonto@yahoo.com.br

³ Mestre em Odontopediatria. Docente do curso de Odontologia da Universidade Vale do Rio Verde – UninCor, *campus* Belo Horizonte.
E-mail: paulamendes pne@yahoo.com.br

⁴ Doutor em Engenharia Biomédica. Docente do curso de Odontologia da Universidade Vale do Rio Verde – UninCor, *campus* Belo Horizonte.
E-mail: Sergio.magalhaes@unincor.edu.br

⁵ Doutor em Ortodontia. Docente do curso de Odontologia da Universidade Vale do Rio Verde – UninCor, *campus* Belo Horizonte.
E-mail: camilomelga@hotmail.com

⁶ Doutora em Odontopediatria. Docente do curso de Odontologia da Universidade Vale do Rio Verde – UninCor, *campus* Belo Horizonte.
E-mail: kellyoliva@yahoo.com.br

RESUMO:

A violência está presente em diversas sociedades e avança nos dias atuais. Muitas vezes, atitudes de agressões e abusos, são ignoradas, negligenciadas ou se tornam um fator social para muitos, quando na verdade trata-se de um problema de saúde pública que reflete nos serviços de saúde onde o cirurgião-dentista faz parte. Diante do mencionado o presente trabalho busca revisar a literatura sobre a identificação e conduta do cirurgião-dentista frente a situações de violência à crianças no âmbito de sua competência profissional. Pode-se concluir que é de extrema complexidade trabalhar as questões de maus-tratos e que devido a essa complexidade os cirurgiões-dentistas sentem-se inseguros quanto a identificação dos sinais de violência. Esta temática recebeu maior enfoque recentemente, o que justifica em parte o despreparo do cirurgião-dentista com relação a identificação e conduta dos casos de violência. O atendimento as vítimas de maus-tratos deve ser preferencialmente multidisciplinar. O que não exime o cirurgião-dentista da obrigatoriedade da notificação.

Palavras chave: Maus-tratos infantis. Violência. Crianças.

ABSTRACT:

Violence is present in many societies and is advancing today. Often, attitudes of aggression and abuse are ignored, neglected or become a social factor for many, when in fact it is a public health problem that reflects in the health services where the dental surgeon is a part. In view of the above, the present work seeks to review the literature on the identification and conduct of the dental surgeon in relation to situations of violence against children within the scope of their professional competence. It can be concluded that it is extremely difficult to deal with maltreatment issues and that because of this complexity dentists are uncertain about identifying signs of violence. This issue has received a greater focus recently, which partly justifies the lack of preparation of the dental surgeon in relation to the identification and conduct of violence cases. The care of victims of maltreatment should preferably be multidisciplinary. This does not exempt the dental surgeon from the obligation to notify.

Keywords: Child abuse. Violence. Children

INTRODUÇÃO

A violência está presente em diversas sociedades e avança nos dias atuais. Ela se alastra facilmente na mídia, redes sociais e outros meios eletrônicos. Muitas vezes, atitudes de agressões e abusos, são ignoradas, negligenciadas ou se tornam um fator social comum para muitos, quando na verdade trata-se de um problema de saúde pública.

Maus-tratos infantis permeiam todos os segmentos socioeconômicos, étnicos e culturais. Já existe uma consciência sobre este assunto, mas encontrar formas de prevenção ainda é um desafio (GRANVILLE-GARCIA *et al*, 2008).

A hipótese de violência, o abandono e os maus-tratos deve ser notificada ao juizado de menores, sob pena de sanções legais, e é competência de qualquer cidadão. Mas, o que se observa no Brasil é a subnotificação dos casos (ALVES & CAVALCANTI, 2003).

Quanto mais pessoas estiverem habilitadas a identificar e registrar sinais de violência infantil, mais recursos epidemiológicos existirão, e desta forma, será possível a elaboração de políticas públicas que norteiem a intervenção nos indicadores que serão encontrados.

Normalmente são os professores e os profissionais de saúde quem identificam a violência. Sendo assim, a subnotificação pode existir, entre outros motivos, simplesmente porque quando a violência ocorre, o agressor

não leva a criança aos mesmos profissionais de saúde ou permitem as faltas escolares a fim de garantir que não sejam descobertos (MENOLI *et al*, 2007)

Segundo Costa Neto *et al* (2011), os cirurgiões-dentistas são importantes para a identificação de maus tratos. De acordo com Alves & Cavalcanti (2003), Cavalcanti (2010), Bohner *et al* (2012) e Valente *et al* (2015), a maioria das lesões físicas infantis acometem cabeça e face, o que requer do cirurgião-dentista uma anamnese e exame clínico criteriosos, afim de que essas hipóteses diagnosticas sejam notificadas.

Considerando ser também responsabilidade do cirurgião-dentista notificar casos de abuso/violência, este profissional deve capacitar-se para identificar injúrias e saber qual a conduta mais apropriada frente as diversas situações de violência que podem ser encontradas (MENOLI *et al*, 2007).

Assim, foi objetivo do presente estudo realizar uma revisão bibliográfica sobre a identificação e conduta do cirurgião-dentista frente a situações de violência à crianças no âmbito de sua competência profissional.

METODOLOGIA

Este trabalho de revisão de literatura teve seus artigos obtidos através dos sites de busca Scielo, BBO, PubMed, Lilacs e BVS. Os descritores utilizados foram: odontologia,

violência e crianças. Consideraram-se como critérios de seleção dos artigos as palavras ou expressões: violência a crianças, conduta do cirurgião dentista, importância de notificação dos atos de violência e sinais de violência que podem ser identificados pelo cirurgião dentista. A presente revisão de literatura foi construída a partir da leitura crítica dos trabalhos encontrados sobre o tema.

REVISÃO DE LITERATURA

A infância e a juventude são consideradas áreas vulneráveis na sociedade, por serem alvos fáceis à violência, uma vez que os indivíduos não possuem condições de se defender ou tomar atitude (CAMPOS, 2010; SALES-PERES *et al*, 2008).

A violência às crianças não é uma realidade recente. Durante muito tempo, atos como infanticídio, abandonos, escravidão, trabalho infantil e mutilação de membros para mendicância foram relatados na literatura (PIRES & MIAZAKY, 2005).

Mais de dez milhões de crianças e adolescentes sofrem maus-tratos anualmente no Brasil (CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA, 2015). Apesar dessa informação, o que se observa é que no Brasil faltam dados reais sobre a incidência de maus-tratos a crianças e adolescentes (TERRA *et al*, 2013). Existem alguns dados regionalizados e de setores diferentes: medicina legal, conselho tutelar, delegacias e

escolas evidenciando parte da realidade (SALES-PERES *et al*, 2008; MANSSONI *et al*, 2010; CAVAZZOLA, 2011).

Os atos de violência podem ocasionar injúrias permanentes e problemas psicossociais (BOHNER *et al*, 2012). Sendo assim, “os profissionais de saúde devem atuar em conjunto, pois o abuso infantil é uma desordem médico-sócio-psicológica” (ALVES & CAVALTANTI, 2003, p.29).

Devido a sua magnitude, a violência deixou de ser um problema social e se tornou um problema de saúde pública, refletindo nos serviços de saúde onde o cirurgião-dentista faz parte. Desta forma, esses profissionais têm sempre que se posicionar corretamente sobre o que fazer e como ajudar a acabar com essas agressões (TORNAVOI *et al*, 2011).

Dentre os muitos desafios que a Odontologia apresenta no dia-a-dia, as questões sobre violência infanto-juvenil atinge ao Odontopediatra, bem como ao clínico-geral, em menor escala, mas não em menor importância (SALES-PERES *et al*, 2008).

É dever do cirurgião-dentista, até mesmo como cidadão, usar todos os meios possíveis, para pôr fim à situação de violência enfrentada pelo paciente infanto-juvenil (SALES-PERES *et al*, 2008).

CONCEITUAÇÃO

Conceituar violência é extremamente difícil, devido a sua abrangência,

complexidade e transcendência. O que se pode afirmar é que ela se expressa das mais variadas formas, como violência física, violência sexual, violência psicológica ou negligência. E é encontrada em diversos meios sociais, além de ser influenciada por diversos fatores, entre eles: condições socioeconômicas precárias, fatores culturais e étnicos, desemprego, ausência de políticas públicas, o narcotráfico, gravidez indesejada, má distribuição de renda e alcoolismo (ALVES & CAVALTANTI, 2003; SOUTO *et al*, 2012; BOHNER *et al*, 2012; VELASCO *et al*, 2015).

O artigo 136 do código penal- Decreto Lei 2848/40 define maus-tratos como:

Expor a perigo a vida ou a saúde de pessoa sob sua autoridade, guarda ou vigilância, para fim de educação, ensino, tratamento ou custódia, quer privando-a de alimentação ou cuidados indispensáveis, quer sujeitando-a a trabalho excessivo ou inadequado, quer abusando dos meios de correção ou disciplina (JUSBRASIL, 2015, p.1).

Os maus-tratos a crianças e adolescentes são danos físicos, psicológicos ou sexuais, contrariamente à vontade da vítima, executado por um indivíduo (BOHNER *et al*, 2012; FALCON *et al*, 2011). A negligência, a supressão ou transgressão dos direitos da criança, são formas de violência (EL SARRAF, 2010).

Os maus-tratos podem ser classificados em: violência física, quando o

agressor utiliza de força física ou armas que ocasionem lesões externas e/ou internas; violência sexual, através da coerção ou intimidação psicológica e uso de força física; violência psicológica, que causa danos à autoestima, identidade ou desenvolvimento da criança; e negligência, que é quanto os cuidados básicos são omitidos tendo como consequência o não atendimento de necessidades físicas e emocionais prioritárias (EL SARRAF, 2010).

Segundo Cavalcanti *et al* (2012), existe uma cultura que os filhos são posse dos pais que têm pleno direito a decisão sobre eles. Assim, durante muito tempo, várias formas de castigo foram aceitos como procedimentos adequados à educação familiar.

Porém, o que se observa nos estudos é que geralmente as agressões ocorrem no próprio lar, sendo a família a principal agressora (SALES-PERES *et al*, 2008; CAMPOS, 2010; MASSONI *et al*, 2010).

A família vem repassando os cuidados básicos de saúde para outras instituições, quando na verdade ela deveria ser a principal responsável por isto. Assim, a primeira instituição a absorver essa função de cuidado é a escola. O Estado fornece escova e creme dental, além dos profissionais da saúde, mas, a maioria das crianças desenvolvem o hábito de cuidado bucal apenas na escola por não ter incentivo e orientação em casa (CAVAZZOLA, 2011).

Quando a violência é no âmbito doméstico torna-se uma questão bastante complexa, porque as estratégias de ação diferem em função da idade da vítima, do cenário em que a violência ocorre e da relação entre vítima e agressor (CARVALHO *et al*, 2013).

DIAGNÓSTICO

A atuação multiprofissional é a melhor forma de identificação e atendimento às vítimas de maus-tratos (GRANVILLE-GARGIA *et al*, 2008).

Os profissionais de odontologia, particularmente os dentistas, estão sujeitos a tratar pacientes vítimas de traumas como abuso, negligência, violência doméstica, agressão sexual, maus-tratos e exposição a combates. Como forma de atender adequadamente casos como estes é preciso que o profissional entenda como esses pacientes podem se comportar no consultório, os requisitos básicos para notificação obrigatória e as estratégias de comunicação para ajudar envolver as vítimas no tratamento odontológico (RAJA *et al*, 2015).

Os cirurgiões-dentistas apresentam dificuldades na identificação e condutas frente à violência (CARVALHO *et al*, 2013). Ela está tão embutida nas diversas ações, que requer atenção para o seu reconhecimento. Um exemplo disto é o estudo de Lopes Junior *et al*, (2005) onde o autor destaca que, na

disciplina de Odontopediatria, os acadêmicos de Odontologia aprendem a técnica conhecida como mão sobre a boca. Que se trata de uma técnica utilizada em pacientes extremamente não cooperativos, onde o cirurgião dentista, sob consentimento dos pais, coloca a mão sobre a boca da criança, não impedindo a respiração e dizendo em baixo tom próximo ao ouvido da criança que só irá retirar a mão se ela parar de gritar e começar a escutar. O autor afirma que é prudente abolir esta técnica evitando possível risco físico-psíquico à criança e até mesmo aos pais, uma vez que reforça a ideia de violência.

Devido as dificuldades mencionadas, o Conselho Federal de Odontologia disponibilizou em seu site duas cartilhas, publicadas por faculdades de renome no país, a Universidade de São Paulo-USP e a Universidade Positivo de Curitiba-UP, com a intenção de fornecer informações sobre identificação e conduta dos cirurgiões-dentistas frente a violência (CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA, 2015).

A forma mais fácil de reconhecer uma agressão é quando ela é física, devido aos traumas físicos ou falta de desenvolvimento, principalmente porque quando ela ocorre, geralmente a justificativa dada não condiz com a severidade das lesões observadas (ALVES & CAVALTANTI, 2003; BOHNER *et al*, 2012).

Para as formas de agressão física, observar: transtornos na pele e mucosas,

contusões e abrasões na face, lábios, nádegas, braços, equimose e hematomas. Existe ainda a síndrome do bebê sacudido que ocasiona lesões cerebrais, oculares, atraso no desenvolvimento neuro-psicomotor ou morte (EL SARRAF, 2010).

Dentre as diversas formas de violência, a sexual deixa marcas gravíssimas ou se camuflam por falta de provas. Este tipo de abuso pode ser com contato físico ou sem contato físico, ocasionando depressão, sentimento de culpa, baixa estima, isolamento e falta de cuidados próprios. Geralmente, essas vítimas apresentam alto índice de placa, condições periodontais não saudáveis, halitose, não aderem a programas de promoção de saúde e uma minoria apresenta Human Papiloma Virus - HPV (CONGRESSO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE DA AMAZÔNIA, 2014). O dentista deve estar atento a qualquer forma de relato que indique carícias não desejadas, sinais de penetração oral, anal ou genital (isso pode ser observado através do desconforto na cadeira odontológica), relatos sobre conhecimento de material pornográfico e/ou linguagem erotizada (EL SARRAF, 2010).

O alto índice de placa está associado à baixa condição socioeconômica e a associação dessas condições com as sequelas deixadas pela violência sexual podem agravar ainda mais a saúde oral de crianças e adolescentes (SOARES *et al*, 2014, p. 1)

Quanto à violência psicológica, estar atento a insultos, desvalorização, rechaço, ridicularização, chantagem, rejeição, depreciação, discriminação, desrespeito e punições exageradas (EL SARRAF, 2010).

A negligência está associada à ausência de cuidados básicos e de proteção à criança, não atendendo as suas necessidades físicas e emocionais prioritárias (LOSSO *et al*, 2015). Os sinais de negligência podem ser observados quando nota-se ausência de cuidados médicos, falta de estímulos e condições para frequentar a escola, ausência de alimentação e cuidados de higiene, vestimenta inadequada e/ou insuficiente, abandono, ambiente inseguro, desnutrição e/ou expulsão da criança de casa (EL SARRAF, 2010; LOSSO *et al*, 2015).

Cavazzola (2011), afirma que na literatura odontológica, que abrange o tema de maus-tratos, poucos estudos consideram a negligência à saúde bucal como forma de maus-tratos, e sabe-se que as afecções bucais trazem prejuízos funcionais e psicológicos, além de prejudicar o crescimento e desenvolvimento da criança. Este autor destacou que a família é a principal responsável pela saúde bucal das crianças, mas que ela também é negligenciada pelo Estado.

Para o diagnóstico de maus tratos pelo cirurgião-dentista, o passo inicial é a anamnese e o exame físico extra e intra-oral realizados criteriosamente; observar aparência

geral da criança, vestimenta, estatura, comportamento (depressão, distímia, ansiedade, rebeldia, agressividade, delinquência, interação com o responsável); sinais e sintomas físicos e registrar tudo no prontuário. Esses indicadores isoladamente não caracterizam maus-tratos é preciso uma combinação de informações além de uma história médica e um exame físico associado a história clínica dentária para uma conduta adequada (COSTA NETO *et al*, 2011).

Segundo Calvacanti *et al* (2012), os grupos de risco incluem:

- Crianças não planejadas, não desejadas ou não aceitas;
- Crianças afastadas da mãe por longos períodos ou com risco de morte onde os vínculos foram abalados;
- Crianças com sexo diferentes das expectativas dos pais;
- Crianças com capacidade intelectual ou perspectivas diferentes da dos pais;
- Filhos criados com outras pessoas que tiveram os valores morais diferenciados;
- Filhos de outros relacionamentos;
- Filhos de comportamento difícil;
- Crianças hiperativas ou com transtorno de conduta;
- Portadores de doença crônica ou deficiência

Segundo o estudo de El Sarraf (2010) e Losso *et al* (2015), os cirurgiões-dentistas

devem observar a criança principalmente quanto aos seguintes sinais:

- Lábios com hematomas, lacerações, cicatrizes de traumas persistentes, queimaduras, equimose, arranhão ou cicatrizes na comissura (sinais de amordaça);
- Boca com lacerações no freio lingual ou labial (devido a beijos, alimentação ou sexo oral), lacerações na gengiva, língua, palato ou assoalho da boca, equimoses nas bochechas, condiloma acuminado, sífilis, gonorreia oral e perioral em crianças pré-puberais;
- Dentes fraturados, deslocados com mobilidade, avulsionados, raízes residuais múltiplas sem história plausível;
- Maxila ou mandíbula com sinais de fratura atual ou passadas, má oclusão incomum resultando de traumas anteriores;
- Na face notar hemorragia da retina, hematoma periorbital contusões, fraturas nasais, danos a membrana timpânica, hematoma na orelha. Alopecia nas regiões frontais e parietais (devido a puxões de cabelo);
- Pele com hematomas, contusões, queimaduras, marcas de mordida e equimoses;
- Alterações psicológicas como: ansiedade, depressão, apatia, rebeldia, agressividade, isolamento, aversão ao

contato físico, comportamento extremo de obediência, distúrbio do sono e da alimentação, baixo desempenho escolar e baixo autoestima;

- Comportamento sexual precoce através de brincadeiras ou conversas, lesões na região genital e anal (desconforto ao ficar na cadeira odontológica), doenças sexualmente transmissíveis na cavidade oral;
- Negligencia dos pais que não procuram tratamento precoce para cárie rampante, dor, infecção bucal, sangramento ou trauma afetando a cavidade bucal, ainda descontinuidade do tratamento;
- Realizar o diagnóstico diferencial de lesões não intencionais ou acidentais.

Losso *et al* (2015), afirmam também que os cirurgiões-dentistas devem observar as possíveis características dos agressores:

- Afastamento do contato com educadores;
- Histórico de violência doméstica;
- Falta de afeto entre membros da família;
- Distúrbios de comportamento;
- Impedimento da criança quanto ao convívio social;
- Desinteresse ou possessividade pela criança;
- Mães com histórico de depressão pós-parto;

- Uso de álcool ou substâncias ilícitas.

Em um estudo realizado por Cavalcanti (2009), ele identificou que injúrias na cavidade bucal em escolares mostrou-se elevada cerca de 50% e assim se faz necessário um estudo sobre a distribuição de lesões maxilofaciais. Segundo El Sarraf (2010), “a cavidade oral constitui-se no foco central da violência praticada contra crianças e adolescentes”.

CONDUTA

Compete ao cirurgião-dentista não apenas o diagnóstico e tratamento das vítimas, mas também a notificação aos órgãos competentes (COSTA NETO *et al*, 2011).

Crianças vítimas de violência deverão receber inicialmente o atendimento emergencial, caso necessário, seguido da notificação (SALES-PERES *et al*, 2008).

Os profissionais de odontologia devem analisar e identificar indícios de maus-tratos observando a presença de lesões físicas, principalmente na cabeça e face, realizar uma boa anamnese, observar o comportamento da criança e a relação dela com os responsáveis. E ainda, quando os profissionais estiverem inseridos nas equipes de Estratégias de Saúde da Família vivenciar o contexto da criança durante as visitas domiciliares (CAVAZZOLA, 2011).

A violência a crianças é uma infração á legislação brasileira e um agravo de saúde pública. As crianças têm seus direitos garantidos tanto pela Declaração Universal de Direitos Humanos como também na Constituição Federal Brasileira de 1988 e no Estatuto da Criança e do Adolescente, que buscam protegê-las de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão. Segundo o artigo 245 do Estatuto é obrigatória a notificação de casos suspeitos ou confirmados de maus-tratos, não só pela família e poder público como também pela sociedade e comunidade geral. Se os profissionais de saúde e os responsáveis escolares não fizerem a notificação podem pagar multa de 3 a 20 salários de referência, aplicando-se o dobro em caso de reincidência (CAMPOS, 2010; EL SARRAF, 2010; COSTA NETO *et al*, 2011; CONGRESSO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE DA AMAZÔNIA, 2014).

Considerando que o dentista é um profissional que prima pela atenção à saúde de forma integral, faz parte de suas funções uma atuação frente aos casos de violência contra crianças, definidos os limites de sua atuação e a ação que lhes compete (CAMPOS, 2010).

Garbin *et al* (2006) *apud* Carvalho *et al* (2013) afirmam que os profissionais temem notificar suspeitas de maus tratos por medo de perder pacientes, falta de confiança no serviço de proteção, medo dos pais, incerteza do

diagnostico e desconhecimento sobre o dever de notificação. O estudo de El Sarraf (2010) demonstra que existe a necessidade de estratégias para mudar o comportamento dos profissionais em casos de maus-tratos.

O conhecimento insuficiente sobre questões de violência e a necessidade de enfatizar este tema nas grades curriculares parece não ser uma questão exclusiva do Brasil. Um estudo realizado na Arábia Saudita aponta essas mesmas questões e propõe além da capacitação profissional a criação de um protocolo claro para seguir em casos de suspeitas de violência física (MOGADDAM *et al*, 2016). O estudo de Vam Dam *et al* (2015), realizado na Holanda também demonstra que os cirurgiões-dentistas não estão suficientemente informados para relatar e tomar medidas sobre questões de violência doméstica. E Cukovik-Bagic *et al* (2015), demonstram em seu estudo a falta de conhecimento e de incerteza dos cirurgiões-dentistas croatas em reconhecer e relatar casos sobre abuso e negligência infantil.

Vale ressaltar que a denúncia de uma suspeita não significa uma acusação, mas um pedido de investigação e assistência (COLARES, 2004 *apud* COSTA NETO *et al*, 2011).

Quando inseridos em equipe, o que é mais comum no setor público, o profissional encontra-se mais amparado para tomar decisões contra os atos de violência identificados. Já no setor privado o

isolamento profissional e o medo de um litígio se tornam obstáculos para a tomada de decisões (CAMPOS, 2010).

A decisão de enxergar ou negar a violência gera angústia nos profissionais, uma vez que eles temem reações principalmente por parte dos familiares. Capacitar os profissionais e cuidar da saúde dos mesmos são imprescindíveis para que o trabalho de combate a violência seja efetivo (LOPES *et al*, 2012).

Segundo Bohner *et al* (2012), os profissionais de saúde que atendem no SUS são obrigados realizar a notificação compulsória dos casos de violência, segundo recomenda o Ministério da Saúde. Contudo, segundo Garbin *et al* (2011), demonstram que a maioria dos profissionais são jovens e atuam a pouco tempo serviço público, mas mesmo com pouca experiência mostraram-se capazes de suspeitar ou presenciar a violência doméstica, mas a decisão a ser tomada é que atinge o cotidiano dos profissionais, poucos afirmam conhecer os documentos legais para notificação dos casos e a ficha específica sequer encontra-se disponíveis na maioria dos locais de trabalho.

Em caso de suspeita de maus tratos o cirurgião-dentista deve notificar o caso ao Conselho Tutelar, sob sigilo garantido, sem necessidade de apresentar provas e que preferencialmente não interfira pessoalmente na situação. Ou realizar a denúncia discando para o número 100- Disque Denúncia

Nacional; ou ainda na polícia e/ou ministério público (CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA, 2015).

Segundo El Sarraf (2010), uma documentação completa se faz necessária, com fotografias, radiografias, relato do responsável e da criança, descrição de toda a observação clínica, informar ao responsável o porquê dessas medidas e colher assinatura de consentimento por escrito. Avisar o conselho tutelar, na falta deste ao juizado da infância e juventude.

No Congresso de Educação em Saúde da Amazônia (2014), foi apresentado um estudo demonstrando que além de orientações de higiene oral e da resolução dos problemas bucais que as crianças vítimas de violência sexual sofrem o cirurgião-dentista deve complementar o laudo pericial que incluem a região anal e genital, incluindo informações sobre a cavidade bucal, tornando o laudo mais completo. Um estudo realizado por Sano-Asahito *et al* (2015), com crianças que sofreram abusos demonstrou que elas sofrem de baixa auto-estima e propôs identificar como a saúde bucal poderia intervir nesta questão da estima. Concluíram que intervenções de melhoria na saúde bucal pode ser eficaz para ajudar a melhorar a auto-estima das crianças abusadas.

Segundo Cavazzola (2011), introduzir conceitos e modificar as práticas que acometem a saúde bucal deve ser objetivo dos profissionais de saúde. Considerando a

cultura, situação socioeconômica, percepção sobre o processo saúde-doença e a relação com a saúde bucal. O trabalho conjunto dos diversos envolvidos com as crianças é que poderá modificar os hábitos de saúde bucal para melhor.

A notificação, análise epidemiológica e divulgação dos dados obtidos são de extrema importância para entender os fatores envolvidos e orientar de forma pautada as ações de prevenção e ação precocemente diminuindo os danos à saúde física e mental dos envolvidos (CARVALHO *et al*, 2013).

DISCUSSÃO

Segundo Almeida *et al* (2012), a grande maioria dos códigos de ética profissionais: medicina, odontologia, enfermagem, psicologia, nutrição, serviço social, fonoaudiologia, educação física, fisioterapia e farmácia, não mencionam o dever de denúncia dos casos de violência por parte dos profissionais tornando o assunto de pouca relevância frente à realidade social sobre o tema. O estudo aponta que o código de ética de Odontologia encontra-se defasado sobre esta temática, não existindo obrigatoriedade de notificação relatada de forma explícita. Esse estudo levanta a questão se os profissionais da área de saúde estão preparados para identificar e ter a conduta mais apropriada para a notificação destes casos.

Para Sales-Peres *et al* (2008), Campos (2010), El Sarraf (2010), no código de ética odontológico capítulo III, artigo 8, inciso IX está subentendido que o cirurgião-dentista tem respaldo para atuação frente a situações de violência considerando que evita-la melhora a qualidade de vida. O inciso afirma que é dever do profissional promover a saúde coletiva no desempenho de suas funções, cargos e cidadania, independentemente de exercer a profissão no setor público ou privado.

O desconhecimento dos cirurgiões-dentistas sobre a violência faz com que o número de casos seja subnotificado. Poucos são os profissionais que tem a questão de maus-tratos abordada na graduação e pós-graduação, assim como também não há esclarecimento sobre deveres e condutas definidos pelo Conselho Federal de Odontologia (GRANVILLE-GARCIA *et al*, 2008; BOHNER *et al*, 2012; LOPES *et al*, 2012). Os estudos de Alves & Cavalcanti (2003), Sales-Peres *et al* (2008), Serpa & Ramos (2011), Lopes *et al* (2012) demonstra que os profissionais sentem falta de clareza sobre os limites entre violência e rigidez educacional. Sentem insegurança e inaptidão para identificar sinais de violência, medo de levantar falsas suspeitas, resistência em notificar, falta integração entre os profissionais dos diversos setores, descrença na eficácia de medidas de proteção, averiguação de denúncias. As universidades

exercem um papel importante para que os cirurgiões-dentistas tenham a melhor conduta frente a suspeita ou constatação de violência ao paciente infantil (SALES-PERES *et al*, 2008, SERPA & RAMOS, 2011).

O estudo realizado por Fracon *et al* (2011), demonstra que os profissionais são capazes de identificar maus tratos e sabem, em parte, o que fazer nesta situação, mas existe a necessidade de mais treinamento e informação sobre o tema.

Granville-Garcia *et al* (2008), Garbin *et al* (2011), Matos *et al* (2013) concluem em seus trabalhos que os profissionais desconhecem aspectos legais relativos a notificação e sugere uma capacitação destes profissionais para isto.

Mas o estudo de Campos (2010) demonstra que 78,9% dos dentistas entrevistados notificariam os casos suspeitos ou confirmados de violência e os demais fariam a notificação apenas dos casos confirmados, mas nenhum profissional se eximiu da responsabilidade da notificação.

Lopes *et al* (2012), relata em seus estudos que os profissionais se preocupam com a não resolubilidade dos problemas e notam que a punição é priorizada ao invés do tratamento real da questão.

Muitos casos não são relatados por não saírem do ambiente da própria casa e muitos são direcionados a outros setores, como médicos, passando pelo dentista após ter passado por outros profissionais, contudo

isto não exime o dentista da responsabilidade da notificação (CHAIM, 2012 *apud* COSTA NETO *et al*, 2011).

A Faculdade de Odontologia de Araçatuba (FOA/UNESP), tem um projeto comunitário em Araçatuba executado pelos alunos que passam por um programa de capacitação e treinamento para detecção, notificação e condução para os casos de violência encontrados na comunidade considerando crianças até 7 anos. Este projeto identificou que a maior parte das notificações é relacionada à negligência dos pais no cuidado à criança quanto a higiene geral deficiente, roupas sujas e piolhos (CONGRESSO ODONTOLÓGICO DE ARAÇATUBA, 2015).

No estudo de Cavazzola (2011) quando dentistas, professores e conselheiros tutelares são questionados sobre a sua responsabilidade quanto aos cuidados com a saúde bucal das crianças eles se manifestaram de maneira semelhante, citando a família, o Estado e a sociedade, destacando a escola, com a responsabilidade pelo cuidado. Mas cada grupo assumiu sua responsabilidade pelo cuidado. Os cirurgiões-dentistas declaram sua responsabilidade, mas afirmam que a família é a principal responsável quanto a saúde bucal, além disto, citam a escola e o Estado como corresponsáveis. Os professores relatam que o núcleo familiar, a escola, os profissionais de odontologia e o Poder Público são os responsáveis, enfatizando a

ausência de participação da família nas escolas. Já os conselheiros tutelares citam os pais como responsáveis, mas enfatizam que é dever do Estado fornecer os serviços de saúde para que se obtenha a saúde bucal.

Um estudo realizado por Franzin *et al* (2012), sobre a violência notificada a crianças e adolescentes em Curitiba, conclui que 88,4% da violência é doméstica sendo provocada pela própria família. A faixa etária mais vulnerável foi de 5 a 14 anos. A negligência foi a modalidade mais registrada, seguida pelos maus-tratos físicos, sexuais e psicológicos. Em 52,1% dos casos de negligência e suas associações possui relação com a mãe, enquanto a violência física e psicológica teve como responsável o pai ou outros membros da família 23%.

O tipo de maus tratos mais identificados é a negligência (GRANVILLE-GARCIA *et al*, 2008).

CONCLUSÃO

É de extrema complexidade trabalhar a questão de maus-tratos. Devido a essa complexidade muitos profissionais de odontologia sentem-se inseguros quanto a identificação dos sinais de violência.

A ausência da inserção desta temática na grade curricular dos cursos de graduação e pós-graduação diminui e/ou impede a efetividade das ações profissionais.

O tema recebeu maior enfoque recentemente, o que justifica em parte o despreparo do cirurgião dentista com relação a identificação e conduta dos casos de violência.

Os dados estatísticos sobre o tema não são bem esclarecidos, o que dificulta a elaboração de ações de prevenção dos casos ou redução das sequelas.

O atendimento às vítimas de maus-tratos deve ser preferencialmente multidisciplinar. O que não exime o cirurgião-dentista da obrigatoriedade da notificação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, A. H. V.; SILVA, M. L. C. A.; MUSSE, J. O.; MARQUES, J. A. M. **A responsabilidade dos profissionais de saúde na notificação dos casos de violência contra crianças e adolescentes de acordo com seus códigos de ética.** Arq Odontol, 2012; 48:102-115.

ALVES, P. M.; CAVALCANTI, A. L. **Diagnóstico do abuso infantil no ambiente odontológico. Uma revisão da literatura.** Publ UEPG Ci Biol Saúde, 2003; 9:29-35.

BOHNER, L. O. L.; BOHNER, T. O. L.; CANTO, G. L. **Maus tratos na infância e adolescência: protocolo de atendimento no consultório odontológico.** Rev Elet Gestão Educ Tecnologia Ambiental, 2012; 6:1239-1243.

BRASIL. Código Penal. **Decreto-Lei nº2848, de 7 de dezembro de 1940.**

CAMPOS, P. C. M. **Odontopediatras e violência contra crianças e adolescentes: como eles atuam.** Rev Flum Odontol, 2010; 16:49-54.

CARVALHO, L. M. F.; GALO, R.; SILVA, R. H. A. **O cirurgião-dentista frente à violência doméstica: conhecimento dos profissionais em âmbito público e privado.** Medicina (Ribeirão Preto), 2013; 46:297-304.

CAVALCANTI, A. L. **Lesões no complexo maxilofacial em vítimas de violência no ambiente escolar.** Ciência & Saúde Coletiva, 2009; 14:1835-1842. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sciarttext&pid=S1413-81232009000500025&lng=em&nrm=iso>. Acesso em: 25 de abril de 2016.

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.** Dent Traumatol, 2010; 26:149-153.

CAVALCANTI, A. PRESTES, D. C.; ANGELO, D.; FORLIN, E.; CARNEIRO, E. C. F.; LOSSO, C. F. **Enfrentamento de maus-tratos contra crianças e adolescentes: Manual do profissional educação para identificação e conduta.** 2. ed. Curitiba: Hospital Pequeno Príncipe, 2012, 44 f.

CAVAZZOLA, A. S. **Percepção de profissionais voltados ao cuidado da criança em relação à negligência à saúde bucal como forma de maus-tratos.** 2011. (Pós-Graduação em Odontologia, Doutorado profissional em Odontologia) - Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis. CFO. CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. **Maus-tratos infantis: quando a Odontologia faz a diferença.** 2015.

CONGRESSO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE DA AMAZÔNIA. **Ações de saúde bucal integral a crianças e adolescentes vítimas de violência sexual em Belém/PA.** Anais do III Congresso de Educação em Saúde da Amazônia (COESA). 2014, Belém: UFPA. Acesso em: 25 de abril de 2016.

CONGRESSO ODONTOLÓGICO DE ARAÇATUBA. **Violência contra crianças: êxitos de um projeto de extensão.** Anais do 5º Congresso Odontológico de Araçatuba-UNESP. 2015, Araçatuba: UNESP.

COSTA NETO, J. P.; MEDEIROS, N. H.; NASCIMENTO, S. S.; SANTOS, V. S.; MATOS, A. N. F. **O papel do cirurgião-dentista frente aos maus tratos a criança e ao adolescente.** 2011. (Graduação em Odontologia, Bacharel em Odontologia) – Universidade Vale do Rio Doce. Governador Valadares.

CUKOVIC-BAGIC, I. *et al.* **Croatian dentists' knowledge, experience, and attitudes in regard to child abuse and neglect.** Int J Paediatr Dent, 2015; 25:444-450.

EL SARRAF, M. C. F. **Maus-tratos na infância e adolescência: percepção e conduta dos odontopediatras.** 2010. (Pós-Graduação em Odontologia, Mestrado profissional em Odontologia) - Universidade Positivo. Curitiba.

FRACON, E. T.; SILVA, R. H. A.; BREGAGNOLO, J. C. **Evaluation of dentist's behavior regarding domestic violence against children and adolescents in the city of Cravinhos (São Paulo – Brazil).** RSBO, 2011; 8:153-159.

FRANZIN, L. C. S.; FRAZIN, F. M.; MOYSÉS, S. T. **Violência doméstica contra crianças e adolescentes: prevalência em cidade do sul do Brasil.** Colloquium Vitae, 2012; 4:79-84.

GARBIN, C. A. S.; GARBIN, A. J. I.; MOIMAZ, S. A. S.; SALIBA, O.; COSTA, A. C. O. QUEIROZ, A. P. D. **Notificação de violência contra criança: conhecimento e comportamento dos profissionais de saúde.** Rev Bras de Pesq em Saúde, 2011; 13:17-23.

GRANVILLE-GARCIA, A. F.; SILVA, M. J. F.; MENEZES, V. A. **Maus-Tratos a Crianças e Adolescentes: Um Estudo em**

São Bento do Una, PE, Brasil. Pesq Bras Odontoped Clin Integr, 2008; 8:301-307, set./dez. 2008.

LOPES JUNIOR, C.; CARVALHO, S. P. M.; SILVA, R. H. A.; PERES, A. S. **Técnica da mão-sobre-a-boca em odontologia: implicações jurídicas e reflexões bioéticas.** Arq Ciênc Saúde, 2005; 12:97-101.

LOPES, M. D. C.; SILVA, M. L.; DIAS, H. Z. J.; ARPINI, D. M. **Significados atribuídos por profissionais à violência contra crianças e adolescentes: uma análise dos estudos atuais.** Barbarói, 2012; 36:56-69.

LOSSO, E. M. *et al.* **Maus-tratos infantis: o papel dos cirurgiões-dentistas na proteção das crianças e adolescentes.** Curitiba: Universidade Positivo, 2015, 9p.

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, 2010; 15:403-410.

MATOS, F. Z. *et al.* **Avaliação do conhecimento dos alunos de graduação em odontologia x cirurgia dentista no diagnóstico de maus-tratos a crianças.** Rev Odontol Bras Central, 2013; 63:153-157.

MENOLI, A. P.; FELIPETTI, F.; GOLF, F.; LUDWIG, D. **Manifestações bucais de maus-tratos físicos e sexuais em crianças – conduta do cirurgião-dentista.** Rev Varia Scientia, 2007; 7:11-22.

MOGADDAM, M.; KAMAL, I.; MERDAD, L. ALAMOUD, N. **Knowledge, attitudes, and behaviors of dentists regarding child physical abuse in Jeddah, Saudi Arabia.** Child Abuse Negl, 2016; 54:43-56.

PIRES, A. L. D.; MIYAZAKI, M. C. O. S. **Maus-tratos contra crianças e adolescentes: revisão da literatura para os**

profissionais da saúde. Arq Ciência Saúde, 2005; 12:42-9.

RAJA, S.; RAJAGOPALAN, C. F.; KRUTHOFF, M. KUPERSCHIMIDT, A.; CHANQ, P.; HOERSCH, M. **Teaching Dental Students to Interact with Survivors of Traumatic Events: Development of a Two-Day Module.** J Dent Educ, 2015; 79:47-55.

SALES-PERES, A.; SILVA, R. H. A.; LOPES-JUNIOR, C.; CARVALHO, S. P. M. **Odontologia e o desafio na identificação de maus tratos.** Odontologia Clinico-Cientifico, 2008; 7:185-189.

SANO-ASAHITO, T *et al.* **Self-Esteem and Oral Condition of Institutionalized Abused Children in Japan.** Journal of Clinical Pediatric Dentistry, 2015; 39:322-325 .

SERPA, E. M.; RAMOS, A. A. S. **Percepção dos maus tratos infantis pelos estudantes de odontologia da UFPB.** Int J Dent, 2011; 10:234-241.

SOARES, L. K. C.; ARANTES, D. C.; NASCIMENTO, L. S.; AZEVEDO, P. S. B. **Índice de placa dental e condição socioeconômica de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual.** Adolesc Saude, 2014; 11:61-6.

SOUTO, R. Q.; ARAÚJO, F. K. C. D.; CAVALCANTI, A. L. **Violência sexual: análise de dados relacionados ao atentado violento ao pudor.** Rev Bras Promoç Saúde, 2012; 25:235-242.

TERRA, B. B.; FIGUEIREDO, E. A.; TERRA, M. P. E. O. L.; ANDREOLI, C. V.; EJNIAMAN, B. **Child abuse: review of the literature.** Rev Bras ortop, 2013; 48:11-16.

TORNAVOI, D. C.; GALO, R.; SILVA, R. H. **Conhecimento de profissionais de Odontologia sobre violência doméstica.** RSBO, 2011; 8:54-59.

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.** Braz Dent J, 2015; 26:55-60.

VAM DAM, B. A. F. M.; SANDEN, W. J. M.
V. D.; BRUERS, J. J. M. **Recognizing and
reporting domestic violence: attitudes,
experiences and behavior of Dutch dentists.**
BMC Oral Health, 2015; 15:1-7.

VELASCO, L. E. L.; ROSA, G. C.;
BALDASSO, R. P.; FERNANDES, M. M.
**Responsibility of Dental Surgeons Facing
Abuse against Children – Literature
Review.** Brazilian Journal of Forensic
Sciences, Medical Law and Bioethics, 2015;
4:294-309.