

A ODONTOLOGIA E A IDENTIFICAÇÃO DA VIOLÊNCIA NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

DENTISTRY AND THE IDENTIFICATION OF VIOLENCE IN CHILDHOOD AND ADOLESCENCE

Luciana Reichert da Silva Assunção

*Universidade Federal do Paraná, Curitiba, Paraná, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7380-8583>
lurassuncao@yahoo.com.br*

Mariana Machado Teixeira de Moraes

*Centro Universitário de Maringá, Maringá, Paraná, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1722-5164>
marianamtmc@gmail.com*

Paula Dresch Portella

*Universidade Federal do Paraná, Curitiba, Paraná, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6429-2936>
pauladresch@hotmail.com*

Amanda Moraes Hauagge

*Universidade Federal do Paraná, Curitiba, Paraná, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7380-8583>
amanda.hauagge@ufpr.br*

Resumo

A infância é uma fase de intenso desenvolvimento psicoemocional e, ao mesmo tempo, de grande dependência dos pais e/ou responsáveis para o suprimento das necessidades básicas de sobrevivência. Um evento traumático neste período pode comprometer a saúde e o bem-estar do indivíduo e trazer conseqüências terríveis para a fase adulta. No Brasil, de acordo com um levantamento realizado a partir de informações do Disque 100 (canal da Ouvidoria Nacional de Direitos Humanos do Governo do Brasil), mais de 119,8 mil denúncias de violência contra crianças e adolescentes foram registradas em 2021. Para a superação deste problema, é importante que haja o envolvimento de todos os setores da sociedade, dentre eles, destacam-se os profissionais da saúde por serem, muitas vezes, os primeiros a lidarem com casos suspeitos de violência. Neste sentido, esta revisão bibliográfica traz uma importante reflexão sobre o papel dos cirurgiões-dentistas na identificação da violência praticada contra crianças e adolescentes. É fundamental que os profissionais priorizem em uma abordagem integral e humanizada de seus pacientes, a fim de reconhecer os sinais de violência infanto-juvenil e realizar a notificação de possíveis casos de violência.

Palavras-chave: Maus-Tratos Infantis; Odontologia para crianças; Notificação de abuso; Atenção à Saúde.

Abstract

Childhood is a phase of intense psycho-emotional development and, at the same time, of great dependence on parents and/or guardians for the supply of basic survival needs. A traumatic event in this period can compromise the individual's health and well-being and bring dire consequences for adulthood. In Brazil, according to a survey based on information from Disque 100 (the National Human Rights Ombudsman of the Government of Brazil), more than 119,800 complaints of violence against children and adolescents were registered in 2021. In order to overcome this problem, it is important to involve all sectors of society, among which health professionals stand out because they are often the first to deal with suspected cases of violence. In this sense, this bibliographic review brings an important reflection on the role of dentists in identifying violence committed against children and adolescents. It is essential that professionals prioritize an integral and humanized approach to their patients, in order to recognize the

signs of child and youth violence and carry out the notification of possible cases of violence.

Keywords: *Child Abuse; Dentistry for children; Abuse notification; Health Care.*

INTRODUÇÃO

A violência infanto-juvenil é definida como qualquer ação ou omissão que prejudique a integridade física, o bem-estar psicológico, a liberdade e os direitos das crianças e dos adolescentes (ECA, 1998). A infância é uma das fases mais importantes do desenvolvimento humano e um evento traumático neste período pode comprometer a saúde e o emocional do indivíduo e trazer conseqüências terríveis para a fase adulta (SATYANARAYANA; CHANDRA; VADDIPARTI, 2015). Crianças e adolescentes expostos à violência são mais propensos a apresentar problemas de saúde, incluindo ansiedade, depressão e violência com seus pares (POURNAGHASH-TEHRANI; FEIZABADI, 2009), ideação suicida (LAI; MCBRIDE-CHANG, 2001), dependência química (NYAMATHI *et al.*, 2001) e, futuramente, repetição dos maus-tratos sofridos em seus filhos (FALCKE, 2006; MENDLOWICZ; FIGUEIRA, 2007; WAREHAM; BOOTS; CHAVEZ, 2009).

As crianças e os adolescentes são reconhecidos juridicamente como pessoas titulares de direitos e obrigações, porém a pouca idade faz com que este seja um grupo particularmente vulnerável a situações de violência, devido ao elevado grau de dependência. Desde o momento em que nascem, dependem integralmente de outro ser para suprir suas necessidades básicas de sobrevivência, como alimentação, segurança física e emocional, entre outras. De acordo com um levantamento realizado a partir de informações do Disque 100¹ (canal da Ouvidoria Nacional de Direitos Humanos do Governo do Brasil), de janeiro a setembro de 2021, mais de 119,8 mil denúncias de violência contra crianças e adolescentes foram registradas em todo o país (BRASIL, 2021). Segundo estes registros, mais de 93% das denúncias (30.570) se referem contra a integridade física ou psíquica da vítima; 7.051 restrições de algum tipo de liberdade ou direito individual da criança e do adolescente; 3.355 vítimas também tiveram privações de direitos sociais básicos, como proteção e alimentação. Um total de 40.822 (81%) das denúncias, ocorreram dentro da casa da vítima, sendo assim, a maioria das violações contra crianças e adolescentes foi praticada por pessoas próximas ao seu convívio familiar (BRASIL, 2021).

1

Um dos canais da Ouvidoria Nacional de Direitos Humanos, do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos (ONDH/MMFDH) do Brasil para denúncia de violação de direitos humanos.

A mãe aparece como a principal violadora, com 15.285 denúncias; seguido pelo pai, com 5.861; padrasto/madrasta, com 2.664; e outros familiares, com 1.636 registros (BRASIL, 2021). Esses dados sustentam o fato de que a maioria dos atos de violência praticada contra crianças e adolescentes são praticados no âmbito intrafamiliar. Importante ressaltar que o conceito de violência intrafamiliar não se refere apenas ao espaço físico onde a violência ocorre, mas também nas relações em que se constroem e que se efetuam (BRASIL, 2001).

Para a superação deste problema, é importante que haja o envolvimento de todos os setores da sociedade. Entre eles, destacam-se os profissionais da saúde por serem, muitas vezes, os primeiros a lidarem com casos suspeitos de violência. O Estatuto da Criança e do Adolescente prevê no capítulo 2, artigo 245, pena de multa de três a 20 salários de referência, aplicando-se em dobro aos casos de reincidência, quando (BRASIL, 1998):

“Deixar o médico, professor ou responsável por estabelecimento de atenção à saúde e de ensino fundamental, pré-escola ou creche, de comunicar à autoridade competente os casos de que tenha conhecimento, envolvendo suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente.”

Muitas vezes, a criança ou o adolescente não relata o episódio de violência, por falta de compreensão ou por medo, porém alguns sinais podem ser percebidos de forma involuntária. Os profissionais da saúde, especialmente os cirurgiões-dentistas, possuem papel importante na detecção dos indícios da violência infanto-juvenil, já que durante as consultas com crianças e adolescentes, frequentemente, realizam a anamnese e o exame físico. Além disso, muitos sinais de violência física ou sexual podem ser detectados na região de cabeça, pescoço, face e boca (FISHER-OWENS; LUKEFHR; TATE, 2017). Por isso, é de extrema importância que estes profissionais saibam identificar situações de violação dos direitos infantis e, nos casos em que há suspeita ou confirmação, saibam prosseguir com a denúncia (AAPD, 2009).

Assim, esta revisão bibliográfica propõe discutir o papel da Odontologia na identificação e condução dos casos de violência que envolvem crianças e adolescentes. Ademais, de forma prática, este artigo inclui a descrição dos principais sinais ou sintomas de violência que podem ser identificados por estes profissionais e orientações quanto à notificação destas ocorrências.

CONCEITO DE VIOLÊNCIA

Antes da discussão com maior profundidade do papel do cirurgião-dentista frente aos casos de violência na infância e adolescência, se faz necessário a apresentação dos conceitos e tipos de violência que podem afetar crianças e adolescentes.

Dependendo da sua natureza, a violência pode ser classificada em quatro modalidades de expressão: física, psicológica, sexual e negligência, sendo muitas vezes classificada como “abuso” dentro das diferentes modalidades (VALENTE *et al.*, 2015). O abuso é considerado como um ato não-acidental ou lesão infligida a uma criança ou adolescente por um indivíduo com força ou idade superior.

A violência física é caracterizada por uma agressão física que pode gerar lesões de múltiplos tipos, como hematomas, queimaduras, lacerações, cortes, contusões, e escoriações no corpo, face, lábios e boca. A violência sexual, por sua vez, são os atos físicos que incluem toques nos órgãos genitais, tentativas de relações sexuais, masturbação, sexo oral e/ou penetração. Eles podem ser legalmente tipificados em: atentado violento ao pudor, corrupção de menores, sedução e estupro. Já a violência psicológica é caracterizada por ações que visem causar danos a auto-estima, desenvolvimento, identidade ou ainda intimidar uma criança ou um adolescente. A negligência, por sua vez, é o ato de omissão de aspectos cruciais ao desenvolvimento físico, intelectual e emocional de uma criança, a nível intencional ou não. O comportamento negligente traz danos à saúde e/ou desenvolvimento físico e psicossocial da criança ou jovem (MAGALHÃES, 2002).

Os diferentes tipos de violência e os seus conceitos estão expressos no Quadro 1.

QUADRO 1 - TIPOS DE VIOLÊNCIA

TIPOS DE VIOLÊNCIA	CONCEITO
FÍSICA	Uso de força física de forma intencional, não acidental, com o objetivo de ferir ou lesar a criança ou adolescente, deixando ou não, marcas evidentes em seu corpo.
SEXUAL	É toda ação, na qual, uma pessoa em situação de poder obriga uma outra à realização de práticas sexuais, contra a vontade, por meio da força física, influência psicológica, uso de drogas ou de armas.

PSICOLÓGICA	É toda a forma de rejeição, depreciação, discriminação, cobranças exageradas, punições humilhantes e utilização da
	criança ou do adolescente para atender às necessidades psíquicas de outra pessoa.
NEGLIGÊNCIA	É toda forma de omissão, ou seja, do não provimento das
	necessidades e cuidados básicos para o desenvolvimento físico, emocional e social da criança e do adolescente.

FONTE: Adaptado de “Violência intrafamiliar Orientações para a prática em serviço”. Ministério da Saúde, 2002.

GRUPOS VULNERÁVEIS

Devido ao seu elevado grau de dependência, as crianças e os adolescentes tornam-se um grupo muito submisso ao ambiente físico e social em que se encontram e, portanto, extremamente vulneráveis à violência. Contudo, alguns fatores podem aumentar ainda mais o risco da criança e do adolescente ter seus direitos individuais cerceados e, desta forma, servem como “sinais de alerta” no rastreamento dos casos de violência infanto-juvenil.

Estudos demonstram que quanto menor a idade da criança, maior a vulnerabilidade e o risco de violência (FANG *et al.*, 2022), uma vez que o desempenho das atividades básicas de sobrevivência depende inteiramente do cuidador. Um levantamento do Programa de Atenção à Criança e ao Adolescente Vítimas de Violência da Fundação para a Infância e Adolescência (FIA/RJ) traçou o perfil das crianças que sofrem com agressões e abusos. No estudo, foi possível identificar que 58% dos casos são de crianças na faixa etária de 0 a 6 anos (FIA/RJ, 2021).

O gênero também é um fator de risco à violência infanto-juvenil e do tipo de agressão sofrida. A literatura mostra que a maioria das vítimas de violência na infância, principalmente de abusos sexuais, são meninas (DAHLBERG; KRUG, 2006; MONTEIRO *et al.*, 2008; WHO, 2008; STOLTENBORGH *et al.*, 2014). As crianças do gênero masculino, parecem ser mais vítimas de agressões físicas (SILVA; FERRIANI, 2007; TRAN *et al.* 2021).

Crianças e adolescentes com deficiência (motora, sensorial ou cognitiva) possuem um risco de sofrer violência duas vezes maior em comparação àquelas que não possuem deficiência. Um estudo recente demonstrou que 31,7% das crianças e adolescentes de 0 a 18 anos com deficiência foram vítimas de violência (CARVALHO

et al., 2016; FANG *et al.*, 2022).

Contudo, por se tratar de um fenômeno complexo, outros fatores podem estar associados à ocorrência de violência contra crianças e adolescentes. As características do responsável e da família são aspectos importantes a serem averiguados, já que a maioria das situações de violência infanto-juvenil acontecem dentro da casa da vítima por pessoas próximas (CAPALDI *et al.*, 2012). Responsáveis que vivenciaram ou testemunharam violência em sua família de origem tem maior probabilidade de repetir este comportamento na idade adulta, já que os indivíduos possuem uma tendência a reproduzir experiências vivenciadas na infância (WAREHAM; BOOTS; CHAVEZ, 2009; APOSTÓLICO *et al.*, 2012; SILVA DAHMER *et al.*, 2013).

Com relação à composição familiar, estudos demonstram que famílias com pais jovens, separados ou desempregados e o maior número de irmãos podem se caracterizar como fatores de risco, assim como a criança ser adotada ou não (STHITI *et al.*, 2009; CAPALDI *et al.*, 2012; TAVARES *et al.* 2012; EUSER *et al.*, 2013). A literatura também mostra que o baixo nível socioeconômico pode aumentar o risco de abuso físico, abuso emocional, negligência e violência por parente íntimo (STHITI *et al.*, 2009; CAPALDI *et al.*, 2012). Contudo, vale ressaltar, que a vitimização infanto-juvenil não é determinada apenas pela classe social. Mesmo nas famílias com maior poder aquisitivo ou com maior escolaridade, a violência infanto-juvenil acontece, principalmente de forma mais velada e com maior sigilo do que em famílias menos privilegiadas.

SINAIS DE VIOLÊNCIA NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

O reconhecimento de sinais de violência infanto-juvenil na área odontológica requer sensibilidade, habilidades e conhecimentos específicos destes profissionais. A literatura enfatiza a posição estratégica dos cirurgiões-dentistas na detecção dos casos de violência ou maus-tratos, uma vez que a maioria das lesões se encontra na região da cabeça, pescoço, face e boca (FISHER-OWENS; LUKEFHR; TATE, 2017). Por outro lado, é importante que o cirurgião-dentista se atente a sinais não específicos de violência, sendo em sua maioria, de natureza comportamentais.

A Academia Americana de Odontopediatria (American Academy of Pediatric Dentistry) e Academia Americana de Pediatria (American Academic of Pediatric) publicaram uma revisão sobre os sinais que podem ser observados na cavidade bucal

que podem envolver abuso sexual ou negligência. O relato abordou a importância na identificação de marcas de mordida, bem como lesões periorais e intraorais, infecções e doenças que podem levantar suspeitas de abuso ou negligência infanto-juvenil (FISHER-OWENS; LUKEFHR; TATE, 2017).

Vários sinais podem ser observados durante uma consulta odontológica eletiva ou de urgência, incluindo os sinais inespecíficos (mais subjetivos e percebidos ao decorrer da consulta) e específicos (sinais clínicos intrabucais e extrabucais e sinais gerais, perceptíveis durante o exame). Lesões múltiplas ou em diferentes estágios de cicatrização, além de história discrepante do relato dos pais/cuidadores são sinais contundentes para a suspeita de maus-tratos ou violência (FISHER-OWENS; LUKEFHR; TATE, 2017).

SINAIS INESPECÍFICOS

Relação pais e crianças

Relações disfuncionais existentes entre a criança ou adolescente e seus familiares podem sugerir problemas de convivência, apontando a necessidade de investigar possíveis quadros de abuso ou negligência. Muitas vezes, tanto o menor como os responsáveis apresentam-se com comportamentos extremados, como passividade, insegurança, imaturidade ou, por outro lado, quadros de agressividade e ironia. Nestas condições, os responsáveis podem não demonstrar vínculos com a criança/adolescente, nem interesse pela sua saúde e seu desenvolvimento escolar. Por outro lado, podem também se mostrar extremamente rígidos e com padrões de comportamento extremos e agressivos. Em ambos os casos, a família geralmente não aceita o contato mais próximo com os profissionais da educação e da saúde por se preocuparem com possíveis retaliações (CAVALCANTI *et al.*, 2011).

Em relação ao agressor, este muitas vezes também apresenta características bem específicas, como extremos de desinteresse ou possessividade pela criança, histórico de violência doméstica e abuso de álcool ou drogas, além da possibilidade de distúrbios psicológicos ou doenças mentais. Muitas vezes, estes agressores também tentam evitar que a criança ou o adolescente vítima de maus tratos tenha contato com outras crianças e adultos (CAVALCANTI *et al.*, 2011).

Comportamento

Muitas vezes, a criança vítima de abuso pode apresentar alguns desvios de comportamento que, quando associado com outros fatores, podem indicar situações de violência. Entre estes desvios, pode-se observar crianças com comportamento muito passivo, silencioso, inseguro, desatento e isolado ou, em outro extremo, crianças excessivamente agitadas e agressivas. Podem ainda ser observados distúrbios alimentares, gerando obesidade ou baixo peso, relato de choro freqüente, enurese ou terror noturno (CAVALCANTI *et al.*, 2011).

SINAIS ESPECÍFICOS

Cabeça, face e boca

O cirurgião dentista, por trabalhar em contato direto com regiões orofaciais, pode ser um dos primeiros profissionais a identificar agressões físicas nessa região, uma vez que a maioria destas lesões físicas acontecem em regiões de cabeça, pescoço, rosto e cavidade bucal. Isso ocorre, pois, uma vez que a criança ou adolescente são atacados, estas regiões são as mais expostas e acessíveis, sendo freqüentemente envolvidas (CAIRNS; MOK; WELBURY, 2005; CAVALCANTI, 2010; CAVALCANTI *et al.*, 2011).

As agressões não acidentais, infligidas por um indivíduo com força ou idade superior, podem gerar hematomas, queimaduras, lacerações, cortes, contusões e escoriações. Na região orofacial, estas alterações são comumente observadas em tecidos moles, envolvendo lábio superior (próximo ao freio labial), lábio inferior e mucosa oral, além da ocorrência de fraturas dentárias, geralmente em incisivos superiores. Esses aspectos reforçam o papel do cirurgião-dentista no diagnóstico de lesões sofridas por vítimas de abuso (CAIRNS *et al.*, 2005; CAVALCANTI, 2010).

Nos casos de abuso sexual, a região orofacial também pode ser acometida, observando-se marcas de sucção no pescoço, marcas de mordida, lacerações de face, lábio, e freios linguais, erosão no palato (duro ou mole) além de lesões na região de comissura labial. Podem também ser observadas manifestações bucais de infecções sexualmente transmissíveis como o condiloma acuminado, as infecções por herpes tipo II, sífilis e gonorreia, além de eritemas e petéquias, os quais, quando presentes na junção entre palato duro e mole ou em região de assoalho bucal, podem indicar sexo oral forçado. Caso o abuso sexual tenha sido recente, podem ser encontrados pelos

pubianos e sêmen na cavidade bucal da criança ou do adolescente (JESSE, 1995; LOUZADO *et al.*, 2001; CAVALCANTI, 2003; MASSONI *et al.*, 2010).

Além destas agressões físicas específicas, situações de abuso podem favorecer, a médio e longo prazo, quadros de saúde bucal insatisfatórios, como ausência de higiene bucal, lesões de cárie extensas e alterações orofaciais de diferentes complexidades. Alguns estudos sugerem índices mais altos de cárie em dentes decíduos e permanentes em crianças e adolescentes que sofrem abuso e negligência (OLIVAN, 2003; VALENCIA-ROJAS; LAWRENCE; GOODMAN, 2008; DUDA *et al.*, 2017). Estas crianças podem apresentar, com maior frequência, problemas oclusais, como mordida aberta anterior. Estes quadros podem ser associados com aleitamento materno insuficiente e um ambiente familiar que gere estresse e insegurança, favorecendo a instalação de hábitos de sucção não nutritivos (DUDA *et al.*, 2017).

Negligência

A negligência pode ser observada não somente pela falta de cuidados com a saúde bucal da criança, mas também com questões mais amplas como falta de higiene corporal, roupas sujas e inadequadas em relação à temperatura do ambiente, falta de estímulos para o bom desenvolvimento social e educacional, além de diferentes tipos de descuidos (CAVALCANTI *et al.*, 2011).

Além destas condições gerais, muitas vezes se observam quadros de negligência de origem odontológica, como nos casos de cáries frequentes, agudas e não tratadas, necessidade de tratamentos endodônticos e cirúrgicos, muitas vezes estando estes associados à infecção e sintomatologia dolorosa (CAVALCANTI *et al.*, 2011). Estas condições bucais insatisfatórias podem repercutir em uma baixa qualidade de vida para a criança ou adolescente, uma vez que lesões não tratadas podem gerar alterações sistêmicas diversas, baixo peso, quadros de dor, limitação da mastigação e da fala, além da diminuição da auto-estima (VALENCIA-ROJAS; LAWRENCE; GOODMAN, 2008; DUDA *et al.*, 2017).

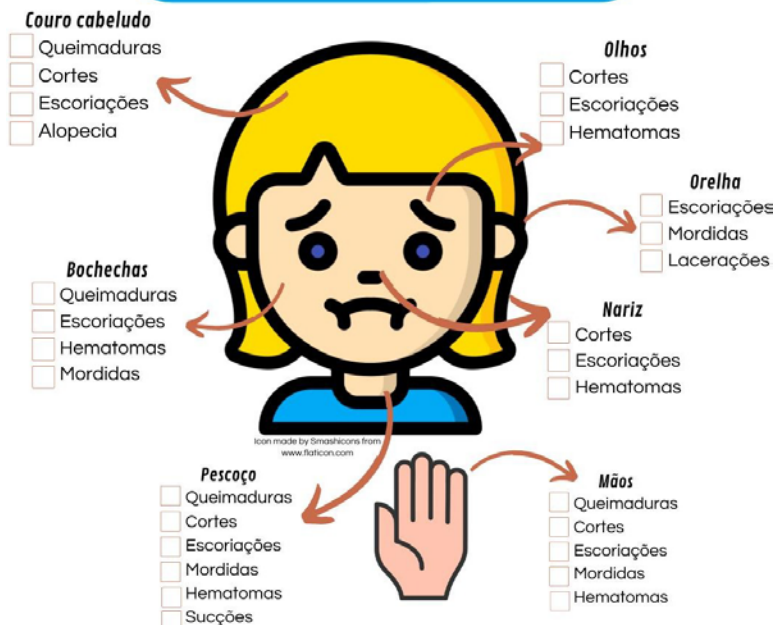
EXAME FÍSICO ODONTOLÓGICO EM CASOS DE SUSPEITA

É importante que, em casos de suspeita de violência, o profissional realize um

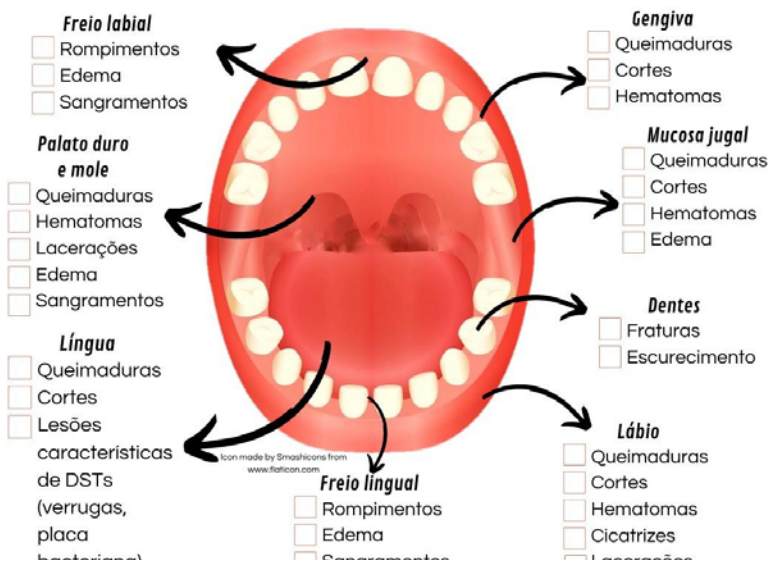
exame físico sistematizado. Para tal, é crucial a utilização de uma ficha clínica específica para garantir a correta averiguação de todos os aspectos pertinentes ao potencial caso de violência infanto-juvenil. A Figura 1 esquematiza os principais sinais que podem ser detectados em região de cabeça, face, pescoço e cavidade bucal em crianças e adolescentes vítimas de violência.

FIGURA 1 - SINAIS DE VIOLÊNCIA QUE PODEM ACOMETER AS DIFERENTES REGIÕES DA CABEÇA, FACE, PESCOÇO E CAVIDADE BUCAL

Exame extra-bucal



Exame intra-bucal



FONTE: Os autores (2022).

HISTÓRICO E FREQUÊNCIA DAS LESÕES

A infância e a adolescência são períodos de grande interação social, brincadeiras e esportes, por isso, nesta fase da vida, acidentes podem acontecer com frequência. Assim, como saber se a lesão percebida durante uma consulta odontológica

é realmente fruto de um “acidente” e ou se é um caso de violência infanto-juvenil?

Primeiramente, durante o exame físico, a gravidade, a quantidade e a localização das lesões deverão ser averiguadas. Verificada a incompatibilidade entre os aspectos clínicos da lesão e a história relatada pelo responsável sobre o possível “acidente”, a notificação da suspeita de violência infanto-juvenil deve ser realizada (BRASIL, 2021). Contudo, nem sempre a violência é resultado de uma agressão física contundente, as lesões de menor gravidade, como os hematomas, são as mais comuns (BRASIL, 2021). Segundo os dados do Disque 100 (ONDH/MMFDH), mais de 70% dos casos de violência com crianças e adolescentes do Brasil, ocorrem todos os dias fruto de agressões físicas de menor gravidade, por entes próximos a vítima (BRASIL, 2021). Por isso, mesmo que a lesão verificada seja compatível com um possível acidente, notado um número incomum de pequenas lesões, a denúncia deve ser realizada, pois provavelmente é um caso de violência infanto-juvenil.

Outro aspecto físico das lesões, sejam elas grandes ou pequenas, que deve ser averiguado no exame físico é o seu estágio de cicatrização. Desde o momento em que ocorre um trauma de amplitude suficiente para gerar uma lesão, o organismo age localmente promovendo a cicatrização e cura da região (CAMPOS *et al.*, 2007). Por exemplo, os hematomas em sua fase inicial de cicatrização, normalmente são de cores roxo-azulados. Em fase final, próximo da cicatrização total, apresentam-se amarelados (ROBBINS; COTRAN, 2010). Da mesma forma, cortes e feridas recém causadas podem se apresentar com secreção, dor e edema, já em fase final apresentam crosta de cicatrização e menor sensibilidade (CAMPOS *et al.*, 2007). Portanto, casos com múltiplas lesões em diferentes estágios de cicatrização são indicativos de que esta criança ou adolescente sofreu traumas em momentos distintos, e isto, por si só, confronta relatos de possíveis “acidentes”.

Além da avaliação dos aspectos físicos das lesões, é de suma importância que o profissional considere o contexto em que a criança ou adolescente está inserido para a investigação de casos de violência infanto-juvenil, incluindo a interação com o cuidador, o estágio de desenvolvimento da criança e o seu comportamento (CAVALCANTI *et al.*, 2011 ROSA *et al.*, 2015). Como abordado anteriormente nesta revisão bibliográfica, nem sempre os sinais de violência infanto-juvenil são específicos.

NOTIFICAÇÃO

Em suspeita de maus-tratos de crianças ou adolescentes, o cirurgião-dentista tem a obrigação legal de notificar o caso às autoridades competentes, sem necessidade de apresentar provas, com sigilo garantido, sendo sugerido não interferir pessoalmente na situação, em conformidade com o Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990).

No entanto, as dúvidas desses profissionais de saúde se relacionam a “quando”, “a quem” e “como” notificar casos suspeitos de violência que envolvem crianças e adolescentes. Vale ressaltar, que a notificação da violência é de extrema importância pois possibilita a visibilidade ao problema, contribuindo para a formulação de políticas públicas de atendimento (CURITIBA, 2018).

Muitos profissionais se sentem receosos em notificar baseado na crença de que precisam ter provas suficientes e concretas de que a violência, de fato ocorreu. Este aspecto nos remete a primeira dúvida de muitos profissionais: “Quando devo notificar?”. O Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990) afirma claramente que (BRASIL, 1990):

“Casos confirmados ou suspeitos de castigo físico, tratamento cruel ou degradante e de maus-tratos contra criança ou adolescente devem ser obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar”.

Sendo assim, é explícito que não somente casos confirmados devem ser notificados, mas aqueles em que haja suspeita de violência, seja ela de qualquer natureza, sem necessidade de apresentação de provas. É importante ressaltar que a notificação não é uma forma de punição à família, mas um instrumento de proteção social da criança ou do adolescente e de apoio à família, além de proporcionar a elaboração de políticas públicas tendo em vista o dimensionamento epidemiológico do problema (MOREIRA *et al.*, 2015).

Os casos suspeitos ou confirmados devem ser notificados às autoridades competentes que incluem os conselhos tutelares de cada município ou o juizado de menores. Alguns canais de denúncia também estão disponíveis como o “Disque Denúncia Nacional: disque 100” ou disque denúncias específicos de cada localidade. Na impossibilidade de contatar o Disque Denúncia ou Conselho Tutelar, as notificações podem ser realizadas na autoridade policial e/ou Ministério Público.

Importante destacar que, caso o profissional esteja vinculado a uma instituição, que o encaminhamento da denúncia seja realizado de maneira institucional. Em todos os casos, o anonimato, o sigilo de quem faz a denúncia é garantido conforme previsto no Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990).

Finalmente, o cirurgião-dentista poderá comunicar às autoridades competentes os casos suspeitos ou confirmados de violência através de ligações telefônicas, relatos por escrito, utilizando formulário específico de notificação.

A *Ficha de Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada* é um formulário elaborado pelo Ministério da Saúde (MS) e registrado no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan). O instrumento deve ser preenchido pelas unidades ou serviços de saúde para qualquer caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra as mulheres e os homens em todas as idades. No caso de o agravo ser contra crianças (de 0 a 9 anos de idade, segundo OMS) ou adolescentes (de 10 a 19 anos, segundo OMS), o caso é de notificação compulsória, e obrigatoriamente deve haver uma comunicação do caso ao conselho tutelar ou às autoridades competentes, diretriz prevista no ECA (ECA, 2019). Recomenda-se que as comunicações exigidas por lei às instâncias de proteção e responsabilização não sejam feitas com a cópia da ficha de notificação, mas em um informe sintético que não identifique o (a) profissional ou o serviço que notificou. Essa medida visa proteger os (as) profissionais que realizam as notificações.

Em 2016, o MS publicou um manual instrutivo com orientações para o preenchimento da Ficha de Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada a fim de subsidiar profissionais a um preenchimento padronizado na coleta dos dados (BRASIL, 2016). A ficha de notificação deve ser preenchida em duas vias. Uma das vias permanece na unidade notificadora enquanto a outra via deverá ser encaminhada ao setor municipal responsável pela vigilância epidemiológica para que ocorra a digitação e consolidação dos dados coletados.

Assim, o conhecimento por profissionais da Odontologia das diferentes vias de comunicação de casos de violência contra crianças e adolescentes é um importante aspecto para que as notificações sejam, de fato, consumadas. Um estudo conduzido com 212 cirurgiões-dentistas em 85 municípios do estado do Ceará observou que, ter conhecimento sobre a ficha de notificação, aumentou a chance da identificação de

maus-tratos na infância e adolescência (MOREIRA *et al.*, 2015).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este artigo trouxe uma importante reflexão sobre o papel dos profissionais da Odontologia na identificação da violência praticada contra crianças e adolescentes. Com base nos aspectos abordados, é possível concluir que a violência é um tema complexo e que envolve múltiplas dimensões. Assim, é fundamental que os profissionais priorizem em sua abordagem, uma avaliação integral e humanizada de seus pacientes, atentando-se, especialmente nos sinais inespecíficos da violência, evitando-se assim atendimentos baseados somente em sintomatologias.

Além disso, para que os sinais de violência sejam de fato detectados, é imperioso que o profissional desenvolva competências necessárias para a prevenção, a identificação das evidências e a conduta necessária diante de todas as formas de violência contra crianças e adolescentes, incluindo também o adequado acolhimento da possível vítima.

Por fim, destaca-se a importância da incorporação desta temática nos cursos de graduação em Odontologia no Brasil, colaborando para a formação e a capacitação dos futuros profissionais no diagnóstico e na conduta frente à casos de violência na infância e adolescência.

REFERÊNCIAS

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY (AAPD). American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect; American Academy of Pediatric Dentistry Council on Clinical Affairs. Guideline on oral and dental aspects of child abuse and neglect. **Pediatric Dentistry**, Chicago, v. 30, n. 7, p. 86-89, 2009.

APOSTÓLICO, M. R.; NÓBREGA, C. R.; GUEDES, R. N.; FONSECA, R. M. G. S.; EGRY, E. Y. Características da violência contra a criança em uma capital brasileira. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 2, p. 266-273, 2012.

BRASIL. **Lei 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 16 jul. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço. **Cadernos de Atenção Básica**, n. 8, Brasília, 2001.

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

BRASIL. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. Ouvidoria Nacional de Direitos Humanos. **Relatório do disque 100**: janeiro de 2021 a setembro de 2021. Ouvidoria Nacional de Direitos Humanos, Brasília, 2021.

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

CAMPOS, A. C.; BORGES-BRANCO, A.; GROTH, A. K. Cicatrização de feridas. **Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 51-58, 2007.

CAPALDI, D. M.; KNOBLE, N. B.; SHORTT, J. W.; KIM, H. K. A systematic review of risk factors for intimate partner violence. **Partner Abuse**, New York, v. 3, p. 231-280, 2012.

CARVALHO, J.; DONAT, J.; EINLOFT BRUNET, A.; SILVA, T.; SILVA, G.; KRISTENSEN, C. Cognitive, neurobiological and psychopathological alterations associated with child maltreatment: A review of systematic reviews. **Child Indicators Research**, v. 9, n. 2, p. 389-406, 2016.

CAVALCANTI, A. L. Child Abuse: Oral Manifestations and their Recognition by Dentists. **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**, v. 15, n. 2, p. 123-128, 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**: official publication of International Association for Dental Traumatology, Copenhagen, v. 26, p. 149-53, 2010.

CAVALCANTI, A. L.; PRESTES, D. C.; ANGELO, D.; FORLIN, E.; CARNEIRO, E. C. F.; LOSSO, E. M. **Enfrentamento de maus-tratos contra crianças e adolescentes**: Manual do profissional educação para identificação e conduta. Hospital Pequeno Príncipe: Curitiba, 2011.

CURITIBA. Secretaria Municipal da Educação. Secretaria Municipal da Saúde. Protocolo da rede de proteção à criança e ao adolescente em situação de risco para a

violência. *Secretaria de Saúde*, Curitiba, ed. 3, 2018.

DAHLBERG L. L.; KRUG E. G. Violence a global public health problem. **Revista Ciência & Saúde Coletiva da Associação Brasileira de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, p.277-292, 2006.

DUDA, J. G.; BISS, S. P.; BERTOLI, F; M. P.; 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**, Oxford, v. 27, n. 3, p. 210-216, 2017.

EUSER, S.; ALINK, L. R.; PANNEBAKKER, F.; VOGELS, T.; BAKERMANS-KRANENBURG, M. J.; VAN IJZENDOORN, M. H. The prevalence of child maltreatment in the Netherlands across a 5-year period. **Child Abuse and Neglect**, Cambridge, v. 37, p. 841-851, 2013.

FALCKE, D. Filho de peixe, peixinho é: a importância das experiências na família de origem. **Colóquio**, Taquara, v. 3, n. 2, p. 83-97, 2006.

FANG, Z.; CERNA-TUROFF, I.; ZHANG, C.; MENG YAO, L.; LACHMAN, J. M.; BARLOW, J. Global estimates of violence against children with disabilities: an updated systematic review and meta-analysis. **The Lancet Child & Adolescent Health**, Cambridge, v. 6, n. 5, p. 313-323, 2022

FISHER-OWENS, S.A.; LUKEFAHR, J. L.; TATE, A. R. American Academy of Pediatrics, Section on Oral Health; Committee on Child Abuse and Neglect; American Academy of Pediatric Dentistry, Council on Clinical Affairs, Council on Scientific Affairs; Ad Hoc Work Group on Child Abuse and Neglect. Oral and Dental Aspects of Child Abuse and Neglect. **Pediatrics**, Illinois, v. 140, n. 2,

FUNDAÇÃO PARA A INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA (FIA/RJ). **Relatório do Programa de Atenção à Criança e ao Adolescente Vítimas de Violência: 2021**. Rio de Janeiro, 2021.

JESSE, S. A. Physical manifestation of child abuse to the head, face and mouth: A hospital survey. **ASDC journal of dentistry for children**, Chicago, v. 62, n. 4, p. 245-249, 1995.

LAI, K. W; MCBRIDE CHANG, C. Suicidal ideation, parenting style, and family climate among Hong Kong adolescents. **International Journal of Psychology**, Chichester, v. 36, n. 2, p. 81-87, 2001.

LOUZADO, M.; ARAÚJO, C. H.; SCARIOT, F.; DORNELLES, M. S. O.; PRADO, D. Manifestações orais em crianças abusadas sexualmente. **Revista Brasileira de Odontologia**, Rio de Janeiro, v. 58, n. 1, p. 33-34, 2001.

MAGALHÃES, T. Maus Tratos em Crianças e Jovens: Guia prático para profissionais. **Saúde e Sociedade**, Coimbra, n. 13, 2002.

MASSONI, A. C. L. T.; FERREIRA, A. M. B.; ARAGÃO, A. K. R.; DE MENEZES, V. A.;

COLARES, V. Aspectos orofaciais dos maus-tratos infantis e da negligência odontológica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 403-410, 2010.

MENDLOWICZ, M.; FIGUEIRA, I. Transmissão intergeracional da violência familiar: o papel do estresse pós-traumático. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 29, p.88-89, 2007.

MONTEIRO, C. F. S.; TELES, D. C. B. S.; CASTRO, K. L.; DE VASCONCELOS. N. S.V.; MAGALHÃES, R. L. B.; DE DEUS, M. C. B. R. Violência sexual contra criança no meio intrafamiliar atendidos no SAMVVIS, Teresina, PI. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 61, p. 459-463, 2008.

MOREIRA, G. A. R.; ROLIM, A. C. A.; SAINTRAIN, M. V. L.; VIEIRA, L. J. E. S. Atuação do cirurgião-dentista na identificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes naatenção primária. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, p. 257-267, 2015.

NYAMATHI, A.; LONGSHORE, D.; KEENAN, C.; LESSER, J. LEAKE, B. D. Childhoodpredictors of daily substance use among homeless women of different ethnicities. **The American behavioral scientist**, Princeton, v. 45, n. 1, p. 35-50, 2001.

OLIVAN, G. Untreated dental caries is common among 6 to 12-year-old physically abused/neglected children in Spain. **European journal of public health**, Oxford, v. 13, p.91-92, 2003.

POURNAGHASH-TEHRANI, S.; FEIZABADI, Z. Predictability of physical and psychological violence by early adverse childhood experiences. **Journal of Family Violence**, New York, v. 24, n. 6, p. 417-422. 2009

ROSA, L.W.; HAACK, KARLA & FALCKE, DENISE. Rompendo o Ciclo de Violência naFamília: Concepções de Mães que Não Reproduzem o Abuso Sofrido na Infância com Seus Filhos. **Revista de Psicologia da IMED**, Passo Fundo, v. 7, n. 2, p. 26-36, 2015.

SATYANARAYANA, V. A.; CHANDRA, P. S.; VADDIPARTI, K. Mental health consequences of violence against women and girls. **Current opinion in psychiatry**, Philadelphia, v. 28, n. 5, p. 350-356, 2015.

SILVA, M. A.; FERRIANI, M. G.; Domestic violence: from the visible to the invisible. **Revista Latino-americana de enfermagem**, São Paulo, v. 15, p. 275-281, 2007.

SILVA DAHMER, T.; GABATZ, R. I. B.; VIEIRA, L. B.; PADOIN, S. M. M. Violência no contexto das relações familiares: implicações na saúde e vida das mulheres. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 11, n. 3, p. 497-505, 2013.

STITH, S. M.; LIU, T.; DAVIES, C.; BOYKIN, E. L.; ALDER, M. C.; HARRIS, J. M.; SOM, A.; MCPHERSON, M. DEES, J. E. M. E. G. Risk factors in child maltreatment: A meta-analytic review of the literature. **Aggression and Violent Behavior**, Oxford, v.14, p. 13-29, 2009.

STOLTENBORGH, M.; BAKERMANS-KRANENBURG, M. J.; ALINK, L. R. A.; VAN IJZENDOORN, M. H. The prevalence of child maltreatment across the globe: Review of a series of meta-analyses. **Child abuse review: journal of the British Association for the Study and Prevention of Child Abuse and Neglect**. Chichester, v. 24, p. 37-50, 2014.

TAVARES, L. C.; IWAMOTO, H. H.; GONTIJO, D. T.; MEDEIROS, M. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, Uberaba, v. 1, 2012.

TRAN, N. K.; VAN BERKEL, S. R.; VAN IJZENDOORN, M. H.; ALINK, L. R. A. Child and Family Factors Associated with Child Maltreatment in Vietnam. **Journal of Interpersonal Violence**, Thousand Oaks, v. 36, p. 5-6, 2021.

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**, Raleigh, v. 68, p. 94-101, 2008.

VALENTE, L. A.; DALLEDONDE, 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**, Ribeirão Preto, v. 26, p. 55-60, 2015.

WAREHAM, J.; BOOTS, D. P.; CHAVEZ, J. M. A test of social learning and intergenerational transmission among batterers. **Journal of Criminal Justice**, New York, v. 37, p. 163-173, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World report on child injury prevention.**
Geneva:WHO/UNICEF, 2008.