

## A IMPORTÂNCIA DO CIRURGIÃO-DENTISTA NA DETECÇÃO DOS MAUS-TRATOS INFANTIS

## THE IMPORTANCE OF THE DENTAL SURGEON IN THE DETECTION OF CHILD MALTREATMENT

Beatriz Cancian de Jesus Carvalho\*  
Evellin Raiane Grecco Costa\*  
Évilin Cristina da Rocha Santos\*  
Isabela Terumi Yamauchi\*  
Tainara de Campos Galão\*  
Aline de Barros Nóbrega Dias Pacheco Bersi\*\*

**Resumo:** O cirurgião-dentista é um profissional que está apto a realizar diagnóstico e denúncia em casos de abusos, uma vez que possui contato prolongado com as vítimas durante o período de tratamento odontológico. Apesar dos altos índices de abuso infantil, muitos casos ainda não são relatados e denunciados, por motivos de insegurança e falta de confiança nos órgãos responsáveis. Esse trabalho tem como objetivo demonstrar a importância do cirurgião-dentista em reconhecer lesões e comportamentos causados por maus-tratos infantis e orientar como o profissional deve proceder frente a essa situação, com base em uma revisão de literatura no período de 1989 a 2021. Nos dias atuais o dentista deve saber identificar sinais, sintomas e comportamentos que o paciente e o abusador podem apresentar durante consulta clínica, reconhecer as diversas lesões bucais causadas pela violência que levam a uma possível hipótese diagnóstica, além disso deve-se executar uma anamnese minuciosa junto do exame clínico extra e intrabucal e se necessário também exames complementares. Conclui-se com essa revisão de literatura que com a denúncia realizada corretamente pelo profissional pode-se evitar o prolongamento do abuso, diminuir os traumas que foram causados com o auxílio do tratamento multidisciplinar, gerar punição ao abusador e levar maior segurança e qualidade de vida às vítimas de abuso.

**Palavras-chave:** Cirurgião-dentista. Maus-tratos Infantis. Manifestações orais.

**Abstract:** To demonstrate the importance of the dentist in recognizing injuries, behaviors caused by child abuse and how the professional should proceed in the face of this situation through a literature review from 1989 to 2021. Nowadays, the dentist must know identify signs, symptoms and behaviors that the patient may present in the clinical consultation, recognize the various oral lesions caused by violence that will lead to a possible diagnosis, in addition we must perform a detailed anamnesis together with the extra and intraoral clinical examination and if feasible also complementary exams. This work addresses the main injuries affected, behaviors found in victims who suffer abuse, how to notify the responsible body, and the effects that will be generated to the dentist if they do not communicate them. The complaint made correctly by the professional can avoid the prolongation of the abuse, reduce the trauma that was caused with the help of multidisciplinary treatment, and finally generating punishment for the abuser.

**Keywords:** Dental surgeon. Child Maltreatment. Oral manifestations.

\* Aluno(a) do 9º período do Curso de Odontologia da Universidade de Sorocaba.

\*\*Docente do Curso de Odontologia da Universidade de Sorocaba. aline.bersi@prof.uniso.br.

## 1 INTRODUÇÃO

Caracteriza-se como abuso infantil intencional o trauma físico, emocional, sexual ou mental. Qualquer responsável legal, como pais, irmãos, babás, professores ou qualquer outra pessoa que age *in loco parentis*, é responsável caso haja negligência ou exploração infantil da criança ou adolescente sob seus cuidados. (HABIGZANG *et al.*, 2005).

De acordo com Losso *et al.* (2015), estima-se que aproximadamente 10 milhões de crianças sofrem maus-tratos no Brasil por ano independente de escolaridade, religião ou classe social. Esses números oficiais de estatísticas que já são altos, não condizem com a realidade pois de dez a vinte casos registrados no Brasil apenas um é notificado ao órgão responsável. (ALVES *et al.*, 2016).

O cirurgião-dentista está entre os primeiros profissionais da saúde capazes de reconhecer vítimas de maus-tratos infantis, uma vez que as agressões ocorrem principalmente na região da face, cabeça e pescoço. Este profissional tem o dever de reconhecer os sinais, identificar os maus-tratos, realizar diagnóstico, assim como amparar a vítima nessa situação e notificar a agressão (CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA, 2015). Porém, infelizmente se observa que atualmente os cirurgiões-dentistas não estão preparados para atuar na prática dos maus-tratos infantis, que muitas vezes acabam passando despercebidos pelo profissional (MOREIRA *et al.*, 2015).

De acordo com a Lei do Estatuto da Criança e do Adolescente, de 13 de julho de 1990, sob a Lei nº 8.069 Artigo 5 p. 11,

Nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punido na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais. (BRASIL, 1990, p.11)

Frente a essa situação, este trabalho visa responder o seguinte questionamento: como o cirurgião-dentista poderá diagnosticar e como deverá proceder frente aos casos de suspeitas de abuso infantil?

Para Herschaft (2009), são sinais concretos de abuso sexual em menores de idade quando são diagnosticadas doenças sexualmente transmissíveis. Qualquer lesão eritematosa ou petéquias encontradas no palato ou ulcerações na região sublingual são causados por traumas físicos associados às cunilíngua ou felação. Os casos de maus-tratos infantis devem ser denunciados aos órgãos responsáveis, tais como o conselho tutelar, polícia civil e militar e disque denúncia. De acordo com o Ministério Público do Paraná (BRASIL, 2014), o número para realizar a notificação é disque 100, nacional e disque 181, estadual.

Este trabalho teve como objetivo analisar o papel do cirurgião-dentista na detecção de maus-tratos infantis e orientar como diagnosticar as lesões orais, faciais e comportamentais, auxiliando a identificar o comportamento dos responsáveis e orientando como prosseguir frente a detecção do abuso, uma vez que relatos apontam um menor índice de denúncias realizadas por odontólogos quando comparados a médicos e enfermeiros.

## 2 DESENVOLVIMENTO

### 2.1 DEFINIÇÃO DE MAUS-TRATOS, ABUSO E NATUREZA DA VIOLÊNCIA

Segundo Michaelis (2015), a palavra "maus-tratos" pode ser definida como crime que se consuma na forma de castigos cruéis e imposições desumanas, infligidas a uma pessoa que se encontra sob a guarda ou dependência de quem dela deveria cuidar; tal delito geralmente inclui o castigo abusivo, o trabalho exaustivo, a privação de alimentos e de cuidados imprescindíveis ao bem-estar de um ser humano, inclusive os cuidados médicos.

Em geral, o abuso contra crianças e adolescentes é uma questão de saúde mundial, envolvendo aspectos sociais, culturais, políticos e econômicos, assim considerado um problema de caráter multifatorial. (MINAYO; SOUZA, 1997 *apud* HABIGZANG *et al.*, 2005)

A natureza da violência pode ser classificada conforme a Fiocruz (2016), em quatro tipos: quando a criança sofre um maltrato significativo causado pelo pai ou cuidador se caracteriza como abuso físico. No momento em que há exploração sexual da criança causada por uma pessoa mais velha se considera o abuso sexual. A negligência é o terceiro tipo de abuso pois se caracteriza quando os pais ou os cuidadores responsáveis pela criança não fornecem suportes para as necessidades básicas, prejudicando assim a saúde e o desenvolvimento da criança. O quarto e último tipo de abuso é o emocional que consiste quando os pais ou os responsáveis de forma rotineira ameaçam, assustam e rejeitam a criança de maneira que a intimide e cause um grande desconforto emocional.

#### 2.1.1 Abuso físico

O abuso físico de crianças é definido como: qualquer lesão proposital ou omissão dos responsáveis que conseqüentemente leva a lesão, risco de morte ou prejuízo à saúde da criança. (STEIN, 1993 *apud* MARTINS-JÚNIOR *et al.*, 2019)

A violência doméstica ocorre na faixa etária de 0 a 4 anos de idade, por conta de ainda estar desenvolvendo a fala, e não saber relatar. (CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA, 2015)

As lesões encontradas na pele são comuns e incluem marcas de mão e dedos causadas por tapas, equimoses por lesões de cintos, queimaduras e marcas de mordida. As fraturas como de dentes, dedos e ossos longos também podem estar associadas. Essas crianças demonstram ser medrosas, irritadiças e podem apresentar alguns sintomas como depressão, estresse pós-traumático e ansiedade. As vezes a vítima apresenta sintomas parecidos com o transtorno de déficit de atenção e são diagnosticadas de maneira errada. Há comportamentos suicidas e/ou violentos. (PEKARSKY, 2018)

O uso de roupas em excesso durante períodos de calor, que atingem altas temperaturas durante ano, pode ser uma tentativa de mascarar ou esconder lesões típicas de maus-tratos, aumentando a hipótese de estar diante de uma situação de abuso infantil. (HERSCHAFT, 2009).

### 2.1.2 Abuso psicológico/emocional

O abuso psicológico pode ser definido como danos emocionais que são causados por palavras ou ações. São exemplos de ações: quando o responsável reprova a criança com raiva por causa da criança gritar e a intimida, despreza e/ou aterroriza com ameaças (PEKARSKY, 2018). O abuso pode ocorrer também quando ações são omitidas ou recusadas, representando uma negligência emocional. A criança que sofre esse tipo de abuso pode ter o equilíbrio emocional enfraquecido e geralmente se mostra com um comportamento inseguro, ansioso, frustrado e passivo (PIERCE *et al.*, 2010 *apud* PEKARSKY, 2018).

### 2.1.3 Abuso sexual

Segundo Azevedo e Guerra (1989), Thomas, Eckenrode e Garbarino (1997 *apud* HABIGZANG *et al.*, 2005), a interação sexual pode ocorrer de diversas maneiras como toques, carícias e sexo oral, que pode acabar gerando lesões em boca e pode ocorrer relações com penetração.

Em boa parte dos casos a criança não irá revelar o abuso e raramente demonstra comportamentos e sinais (PEKARSKY, 2018). Em alguns casos ocorrem mudanças extremas de comportamento, podendo demonstrar agressividade, não sentir interesse em retornar para a casa, pavor sem causa justificável, isolamento, choro ou tristeza contínua e em alguns casos a criança age sexualmente de maneira imprópria para a sua idade (LOSSO *et al.*, 2015).

O incesto é classificado como a principal e mais frequente forma de abuso sexual infanto-juvenil. Tem como característica uma longa duração, onde o ato pode ter conhecimento e cobertura de outros familiares, causando um extremo dano psíquico à vítima (FLORENTINO, 2015). De acordo com Gomes *et al.* (2002), é muito comum casos em que a mãe já sofreu algum tipo de abuso sexual no passado e por isso acabe omitindo os atos que seu companheiro está cometendo contra a criança.

### 2.1.4 Negligência

A negligência odontológica é a falha do responsável quando tem acesso ao atendimento, às informações sobre a saúde bucal, conhecimento sobre a necessidade de tratamentos e não segue ou busca cuidar dessas lesões que comprometem a saúde da criança. São exemplos, lesões de cáries já diagnosticadas, infecções bucais, sintomatologia dolorosa. (LOSSO *et al.*, 2015)

É preciso considerar a grave desigualdade e pobreza que perpetua sobre a assistência odontológica e, em razão deste fato, deve-se distinguir estes casos da negligência. Porém, no momento em que o responsável pela criança possui o acesso aos serviços da odontologia de forma adequada, permanentemente torna-se recuso aos tratamentos e cuidados médicos para a criança, é necessário considerar uma possível negligência. Em razão disso, os cirurgiões-dentistas devem apresentar conhecimentos para reconhecer e lidar com esses casos. Uma educação eficaz é necessária para elevar o conhecimento e a conscientização dos aspectos da negligência infantil. (KIATUPI *et al.*, 2021)

## 2.2 LESÕES

Há algumas lesões que podem ser observadas em boca como: laceração de freio labial e/ou lingual que podem ser decorrentes de golpes na região dos lábios, hematomas nos lábios, equimoses, cicatrizes labiais e contusões bilaterais nas comissuras labiais como consequência da colocação de mordanças. Nos dentes podemos encontrar fraturas, avulsão, alteração de cor e processo infeccioso. Pode ocorrer também fraturas na região nasal e do arco zigomático, equimoses periorbitais (olhos roxos) e alopecia traumática (perda de cabelo) como consequência ao ato de apreensão do cabelo e da cabeça da vítima. Quando envolve o abuso sexual é comum observar alterações como: lesões por Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), petéquias, eritema no palato mole e duro causados por sexo oral forçado. (CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA, 2015; HERSCHAFT, 2009)

Encontra-se também, na suspeita de abuso infantil, grande quantidade de lesões que se repetem muitas vezes, apresentando várias fases de cicatrização, algumas estão em fase aguda enquanto outras em processo de cicatrização ou cicatrizada. (HERSCHAFT, 2009)

### 2.2.1 Lesões de cáries

Segundo American Academy of Pediatric Dentistry (2021) a cárie precoce na infância, conhecida popularmente como “cárie de mamadeira” se caracteriza como um sinal de abuso por negligência e constata a desatenção dos cuidadores frente às necessidades odontológicas da criança. É muito comum bebês que estão na fase da amamentação serem colocados para dormir com mamadeira contendo soluções cariogênicas como: refrigerantes, leite e sucos adoçados. Com isso, os dentes incisivos superiores ficam suscetíveis a estas substâncias com alto teor de açúcar e podem desenvolver cáries amplas. Em contrapartida, os dentes inferiores que estão preservados pela posição da língua durante a sucção irão impedir o contato direto do material cariogênico, ficando ilesos dos efeitos destrutivos, resultando em uma criança com um aspecto facial de pseudoprognatismo ou pseudo má oclusão classe III (HERSCHAFT, 2009).

### 2.2.2 Mordidas

De acordo com Herrera, Strapasson e Melani (2015), visualizar uma mordida adulta em uma criança já é suficiente para constatar maus-tratos, pois essas lesões são normalmente associadas a violência sexual e física.

Lesões de mordida são corto-contusas e de difícil diagnóstico, em razão de poderem ser confundidas com mordidas feitas por animais ou hematomas. Para diferenciar deve-se observar que as mordidas causadas por humanos são impressões circulares ou ovais, com a possibilidade de estar equimótica na região central, característica do ato de sugar a pele ou empurrar a língua contra o tecido mole. É importante identificar estas lesões pois possuem grande potencial para identificação forense a partir da comparação da marca de mordida na vítima com a dentição do suspeito, com a existência ou não de DNA. (HERRERA; STRAPASSON; MELANI, 2015)

### 2.2.3 Queimaduras

Guimarães *et al.* (2021), definiram queimaduras como lesões nos tecidos causadas por agressão traumática. Pode ser realizada por meios térmicos, químicos, radioativos e elétricos, sendo mais comum a lesão térmica. Segundo os mesmos autores, o comprometimento e a profundidade da queimadura acabam influenciando diretamente na gravidade da lesão.

### 2.2.4 Freio labial

Segundo Herrera, Strapasson e Melani (2015), quando a criança é atingida por golpes diretos que podem causar quedas propositais de forma violenta, pode ter como consequência a ruptura dos freios labiais. Alimentação forçada também é um dos fatores presentes, assim como outras lesões orais como fraturas dentárias, extrusões e intrusões. Lesões como eritemas, úlceras e vesículas na cavidade oral associadas a ruptura do freio labial ou lingual pode ter como causa a violência sexual (sexo oral forçado).

### 2.2.5 Infecções Sexualmente Transmissíveis

As lesões de abuso infantil estão relacionadas com a multiplicidade e natureza repetitiva do ato, aparecendo frequentemente em vários estágios de resolução: algumas em lesões agudas, outras em estágio de cura, podendo apresentar cicatrizes. Desta forma o cirurgião dentista deve examinar também a pele do paciente pediátrico. (HERSCHAFT, 2009).

Segundo Neville *et al.* (2009), uma das principais lesões por abuso sexual está relacionada ao Papilomavirus Humano (HPV), apresentando-se na forma de verruga vulgar e papiloma escamoso oral. As lesões orais são frequentemente encontradas na mucosa labial, língua e gengiva. Essas lesões apresentam-se como espículas brancas, múltiplas e agrupadas, de coloração róseas com base séssil a projeções externas curtas e superficiais, crescimento róseo semelhantes à couve-flor ou pápulas.

Outra doença importante é a Sífilis, sua transmissão ocorre pelo contato sexual, pode ser dividida em primária, secundária, terciária e congênita (da mãe para o feto). A histopatologia dessas lesões não é específica. Nas lesões primárias apresentam-se com epitélio ulcerado já nas lesões secundárias podem estar ulcerados ou hiperplásicos, decorrendo de um quadro inflamatório crônico. (NEVILLE *et al.*, 2009)

### 2.2.6 Detecção

Segundo o Conselho Federal de Odontologia (2015), para uma boa anamnese deve-se verificar se a história da lesão é compatível com o ferimento, descrevendo as lesões de acordo com a região, tamanho e aspecto, detalhando sucintamente o exame extra e intraoral, como lacerações de boca, freio labial e lingual, palato duro e mole, gengiva e língua, queimaduras nos lábios, machucados na mucosa jugal com hematomas, equimoses e cicatrizes, dentes fraturados ou avulsionados e/ou com alteração de cor, abuso sexual com apresentação de alterações comportamentais,

lesões de IST, petéquias e eritemas em palato mole e duro decorrente do sexo oral forçado.

As violências podem ser detectadas através de alguns sinais, podendo decorrer de mortes e traumas físicos e mentais que são adquiridos durante o ato propriamente dito. (MOREIRA *et al.*, 2015)

Segundo Alves *et al.* (2016), os sinais mais comuns e que geram suspeitas são principalmente relacionados às ISTs, tais como gonorreia, herpes, sífilis, laceração de freios labiais e linguais, além de condiloma acuminado.

### **2.3 ASPECTOS COMPORTAMENTAIS DO ABUSADOR E DA VÍTIMA**

O comportamento do agressor pode vir de discursos protetivos, misturando falas autoritárias com afeto para que não seja identificada tal violência, mas também pode-se encontrar abusadores que se afastam do contato com educadores, desinteresse ou possessividade na criança, histórico de violência doméstica, falta de afeto nos membros familiares, distúrbios de comportamentos, impedimento do convívio social da criança e uso de drogas ilícitas. (LOSSO *et al.*, 2015)

Losso *et al.* (2015) citam que nas vítimas pode-se perceber comportamentos de isolamento, passividade, agressividade, medo constante sem uma causa justificável, erotização precoce, choro constante, ansiedade, infantilidade, obesidade, desnutrição, medo de ficar sozinho e insegurança. Esses fatores irão se apresentar de acordo com os tipos de maus-tratos que a criança sofre.

Há comportamentos que devem ser observados pelo profissional, como a negação ao atendimento, longo tempo na procura por tratamentos para problemas médicos e odontológicos, não cooperar com atendimento ou procedimento a ser realizado, abandono e a falha ao retorno ao profissional. Esses são alguns exemplos que podem remeter a casos de abuso. (HERSCHAFT, 2009)

### **2.4 PREVALÊNCIA DE MAUS-TRATOS EM CRIANÇAS**

O Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos (BRASIL, 2021) afirmou que houve um total aproximado de 35 mil denúncias registradas, constatando violência contra crianças e adolescentes, resultando em 132,4 mil violações a este público. As violências físicas e psicológicas são as violações mais recorrentes, que interferem na integridade das crianças e dos adolescentes.

De acordo com a pesquisa, a violência física é abordada em 25,7 mil denúncias existentes, e a violência psicológica se mostrou presente em 25,6 mil denúncias. Outro dado relevante é que em aproximadamente 20,8 mil denúncias os suspeitos da violação cometida são pais e mães, sendo equivalente ao total de 59,6% referente ao grupo de crianças e adolescentes. (BRASIL, 2021)

Devido aos casos que não são denunciados, as estatísticas oficiais, que já são altas, na verdade não condizem com a realidade, pois infelizmente, a cada caso notificado, pelo menos de dez a vinte casos não são registrados no Brasil (ALVES *et al.*, 2016).

As estatísticas apontam que a grande maioria das denúncias (66,4% das vítimas) é com meninas na faixa etária de 12 a 14 anos (5,4 mil), seguidas de meninas

na faixa dos 2 a 4 anos de idade (52% das notificações) e equivale a 5,1 mil denúncias. (BRASIL, 2021)

Não é necessário no momento da denúncia o preenchimento do perfil da vítima e suspeito. Os canais responsáveis para realizar as denúncias (disque 100 e o ligue 180) obtiveram 30% de denúncias de violência contra crianças e adolescentes no período de 1º de janeiro a 12 de maio de 2021, sendo proporcional a 115,5 mil notificações de violações a direitos humanos. Estes índices tiveram registros com mais de 435 mil infrações de violência. (BRASIL, 2021)

## 2.5 PANDEMIA DA COVID-19 E O ABUSO INFANTIL

Apesar da COVID-19 não ser o único desafio mundial de saúde pública a pôr em risco a sociedade, seguramente terá impactos negativos a longo prazo nas crianças e famílias atuais (BROWN *et al.*, 2020).

A seguir, no Quadro 1, pode-se observar riscos para a proteção da criança, junto de suas causas e medidas de controle em tempos de covid-19:

Quadro 1 – Riscos para a proteção da criança

Riscos apresentados pela Covid-19 e medidas de controle relacionadas	Causas de riscos
<b>Riscos para a Proteção da Criança: maus-tratos físicos e mentais</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Redução da supervisão e negligência contra crianças</li> <li>• Aumento de abuso infantil e violência interpessoal/doméstica</li> <li>• Envenenamento e outros perigos e riscos de ferimentos de crianças</li> <li>• Aumento na procura ou falta de acesso aos serviços de proteção da criança</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fechamentos de creches/escolas, enquanto pais/responsáveis devem continuar trabalhando, doenças, quarentena/isolamento de pais/responsáveis</li> <li>• Aumento do estresse psicológico entre pais/responsáveis e membros da comunidade</li> <li>• Mau uso e acesso a desinfetantes tóxicos e álcool</li> <li>• Aumento de obstáculos para reportar incidentes</li> </ul>
<b>Riscos para a Proteção da Criança: violência baseada em gênero (VBG)</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumento do risco de exploração sexual de crianças, incluindo sexo em troca de ajuda, exploração sexual comercial e casamentos forçados</li> <li>• Aumento da procura ou falta de acesso a serviços de proteção da criança/serviço VBG</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Redução na proteção familiar de crianças</li> <li>• Redução da renda familiar e/ou dependência de pessoas fora da comunidade para entregar bens e serviços</li> <li>• Imposição, a meninas, de responsabilidades domésticas, como o cuidado de membros da família ou a realização de tarefas domésticas</li> <li>• Aumento de obstáculos para reportar incidentes e para procurar tratamento médico e outros serviços</li> </ul>
<b>Riscos para a Proteção da Criança: saúde mental e estresse psicossocial</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sofrimentos de crianças por conta de mortes, doenças ou separação de um ente querido ou medo de doença</li> <li>• Agravamento de condições de saúde mental pré-existentes</li> <li>• Aumento da procura ou falta de acesso aos serviços de Saúde Mental e Atenção Psicossocial (SMAPS)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumento de nível de estresse devido ao isolamento em unidades de tratamento ou quarentena domiciliar</li> <li>• Crianças e pais/responsáveis com condições de saúde mental pré-existentes que podem não conseguir acessar serviços normais de tratamento</li> <li>• Medidas de quarentena podem criar medo e pânico na comunidade, especialmente em crianças, se estas não entendem o que está acontecendo</li> </ul>

O contexto em que as crianças vivem pode mudar instantaneamente por existência da COVID-19, decorrente às medidas que foram impostas durante o período de isolamento social mundial, relacionado ao fechamento das escolas e das restrições nos deslocamentos, interferindo na rotina e no apoio social das crianças, acarretando estresse aos pais e responsáveis, levando a procurarem outros meios para o cuidado das crianças ou deixando de trabalhar. A segregação e a discriminação relacionadas a covid-19 podem deixar as crianças mais vulneráveis à violência e ao abalo psicológico. (UNICEF, 2020)

## **2.6 PAPEL DO CIRURGIÃO-DENTISTA**

Os cirurgiões-dentistas durante o exame clínico muitas vezes podem se deparar com vítimas que sofreram abuso sexual, físico, psicológico e alguns tipos de negligência (HERSCHAFT, 2009).

Segundo Lima e Pieri (2021), o dentista é um profissional que em situação de maus-tratos consegue detectar de forma precoce as lesões acometidas em região de cabeça e pescoço. Para esses autores esse conteúdo deve ser abordado na graduação, pós-graduação, ou por meio de artigos sobre esse assunto, para estar preparado quando houver suspeitas e saber como proceder em casos de violência à criança.

O cirurgião-dentista tem como dever realizar a identificação e notificação dos casos de violência, pois alguns estudos mostraram que a maioria das lesões se encontram na região de cabeça e tronco. (GOMES *et al.*, 2011; PAULA *et al.*, 2019 *apud* LIMA; PIERI, 2021)

Nos casos em que surgem suspeitas, deve-se realizar uma anamnese bem detalhada; verificar se a história da lesão se encaixa com o ferimento; fazer uma descrição da lesão, da região acometida e do seu tamanho e aspecto. O exame clínico extra e intra-oral deve ser minucioso para obter uma conclusão precisa. (CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA, 2015)

O caso requer do profissional boa capacidade de diagnóstico de patologias, e uma capacitação adequada para poder interpretar a linguagem emocional, forma de comunicação de acordo com a idade da vítima, e outras vertentes e metodologias que são estudadas pela psicologia infantil (KATZ; PADDON; BARNETZ, 2016 *apud* FONTES; TISHELMAN, 2016).

## **2.7 COMO REALIZAR A DENÚNCIA E POR QUE AINDA HÁ PROFISSIONAIS QUE NÃO DENUNCIAM?**

Por meio das denúncias é possível que as autoridades responsáveis obtenham informações sobre as características do abuso, sendo fundamental para dar todo o suporte e realizar a prevenção da saúde das vítimas (MARTINS-JÚNIOR *et al.*, 2019).

Em casos em que há suspeita/confirmação de abuso e violência deve ser realizado a notificação compulsória (BRASIL, 2016)

A Lei nº 8.069 no capítulo II deixa claro que é uma infração administrativa e passível de multa:

Art. 245. Deixar o médico, professor ou responsável por estabelecimento de atenção à saúde e de ensino fundamental, pré-escola ou creche, de comunicar à autoridade competente os casos de que tenha conhecimento, envolvendo suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente: Pena - multa de três a vinte salários de referência, aplicando-se o dobro em caso de reincidência. (BRASIL, 1990, p.49).

De acordo com o Conselho Federal de Odontologia (2015), quando há suspeita de abuso, se possível, durante o atendimento, deve-se documentar as lesões com fotos e radiografias, notificar o conselho tutelar, e mesmo se não houver provas, manter o sigilo ou realizar a denúncia pelo Disque Denúncia Nacional pelo número 100; em Autoridade Policial ou Ministério público.

Notificação compulsória deve ser comunicada à autoridade de saúde local por profissionais de saúde, responsável pelo estabelecimento de saúde público ou privado. Quando houver suspeita ou confirmação, a comunicação pode ser imediata ou semanal. A violência infantil se insere no item de violência doméstica e outras violências, que são consideradas como agravo e trazem danos à integridade física e mental dos indivíduos, já que são provocados por violência, agressões e maus-tratos. (EGRY; APOSTOLICO; MORAIS, 2018)

### **2.7.1 Dificuldades apresentadas pelo profissional para realizar a denúncia**

Martins-Júnior *et al.* (2019) realizaram um estudo e avaliaram se os profissionais de saúde estão agindo perante a lei e denunciando os casos suspeitos. Como resultado observou-se que muitos profissionais já presenciaram casos em que a criança sofria maus-tratos, porém, não realizaram a denúncia às autoridades. Os médicos tiveram um percentual maior de denúncias realizadas enquanto os cirurgiões-dentistas foram os que menos denunciaram.

Nesse mesmo estudo observou-se que as razões pelas quais os profissionais de saúde não fazem a denúncia quando estão em situações de casos suspeitos de abusos são: falta de conhecimento sobre o problema presente e para quem realizar a denúncia, negligência por parte do profissional e casos onde o profissional acha que o problema não será resolvido. Também foi constatado nessa pesquisa que as principais dificuldades relatadas para realizar a denúncia às autoridades específicas foram a falta de conhecimento do próprio profissional em identificar os sinais do abuso e em como proceder durante a denúncia do caso. (MARTINS-JÚNIOR *et al.*, 2019)

Outro dado interessante desse estudo é que foi enfatizado pelos profissionais que participaram da pesquisa, o quão importante seria receber treinamentos de capacitação para que se possa realizar de forma mais abrangente a identificação e a denúncia do abuso. (MARTINS-JÚNIOR *et al.*, 2019)

É de extrema importância a compreensão dos profissionais sobre a percepção dos casos de abuso e em como realizar de forma correta a denúncia às autoridades para que assim seja possível ocorrer uma redução das recidivas e prevenções contra a morte dessas crianças e adolescentes (VALENTE *et al.*, 2015).

### **2.7.2 Documentação**

Para realizar a documentação é necessário preencher uma ficha de notificação do caso, encaminhar para o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva) da Secretaria Municipal de Saúde, comunicar o conselho tutelar de maneira rápida com uma via da ficha de notificação mais uma cópia do prontuário do paciente e acionar o ministério público se necessário. (BRASIL, 2010)

### 3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com este trabalho concluiu-se que os cirurgiões-dentistas são profissionais capazes de identificar e diagnosticar de forma precoce os maus-tratos infantis, através de lesões corporais e comportamentais, tanto do agressor quanto da vítima, por meio da realização de anamnese minuciosa e exame clínico meticuloso. Na contramão destes fatos, muitos dentistas não se sentem seguros ao denunciar, não sabem como realizar e prosseguir com a denúncia ou não confiam que o sistema irá atuar no caso.

É de extrema importância que o profissional ao se deparar com casos de maus-tratos infantis em seu ambiente de trabalho, tome as medidas necessárias para realizar a denúncia, evitando assim a propagação de atos criminosos contra crianças e adolescentes, evidenciando os índices que já são altos para que estejam mais próximos da situação real do Brasil, auxiliando o órgão responsável a intervir de maneira efetiva, diminuindo os casos de maus-tratos.

Os odontólogos têm o dever de realizar a denúncia ao conselho tutelar ou disque denúncia nacional, apresentando a documentação preenchida com os dados clínicos, fotos e observações que irão auxiliar o órgão responsável a prosseguir com o caso.

### REFERÊNCIAS

ALVES, M. A.; FONSECA, B. A.; SOARES, T. R. C.; FRANÇA; A. K. A.; AZEVEDO, R. N.; TINOCO, R. L. R. Importância do cirurgião-dentista no diagnóstico de abuso sexual infantil - revisão de literatura. **Revista Brasileira de Odontologia Legal - RBOL**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, p. 92-99, jul. de 2016. ISSN 2359-3466 *online*. Disponível em: <https://portalabol.com.br/rbol/index.php/RBOL/article/download/73/91>. Acesso em: 28 set. 2021.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY. **Policy on Early Childhood Caries (ECC): Unique Challenges and Treatment Options**. Chicago: AAPD, 2021. Disponível em: [https://www.aapd.org/globalassets/media/policies\\_guidelines/p\\_eccuniquechallenges.pdf](https://www.aapd.org/globalassets/media/policies_guidelines/p_eccuniquechallenges.pdf). Acesso em: 09 de jun. de 2022.

AZEVEDO, M. A.; GUERRA, V. N. A. **Crianças vitimizadas: a síndrome do pequeno poder**. São Paulo: Iglu, 1989.

BRASIL. **Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente, e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm). Acesso em: 28 set. 2021.

BRASIL. Ministério da saúde. Gabinete do ministério. **Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016.** Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Rio de Janeiro: Saúde Legis, 2016. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0204\\_17\\_02\\_2016.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0204_17_02_2016.html). Acesso em: 23 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. **Disque 100 tem mais de 6 mil denúncias de violência sexual contra crianças e adolescentes em 2021.** Brasília: Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2021/maio/disque-100-tem-mais-de-6-mil-denuncias-de-violencia-sexual-contra-criancas-e-adolescentes-em-2021#:~:text=Disque%20100%20e%20Ligue%20180%20em%202021,12%20de%20maio%20de%202021>. Acesso em: 01 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha\\_cuidado\\_criancas\\_familias\\_violencias.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_criancas_familias_violencias.pdf) Acesso em: 01 abr. 2022.

BRASIL. Ministério Público do Paraná. **Maus-tratos e negligência, uma ameaça silenciosa.** Curitiba: Ministério Público do Estado do Paraná, 2014. Disponível em: <https://mppr.mp.br/pagina-5648.html>. Acesso em: 05 de abr. de 2022.

BROWN, S. M.; DOOM, J. R.; LECHUGA-PEÑA, S.; WATAMURA, S. E.; KOPPELS, T. Stress and parenting during the global COVID-19 pandemic. **Child Abuse & Neglect**, [S. l.], v. 110, parte 2, Dec., 2020. DOI 10.1016/j.chiabu.2020.104699. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0145213420303549?via%3Dihub#aep-article-footnote-id1>. Acesso em: 01 abr. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA (BRASIL). **Maus-tratos infantis: quando a odontologia faz a diferença.** Brasília: Conselho Federal de Odontologia, 2015. Disponível em: <https://website.cfo.org.br/maus-tratos-infantis-quando-a-odontologia-faz-a-diferenca/>. Acesso em: 23 out. 2021.

EGRY, E. Y.; APOSTOLICO, M. R.; MORAIS, T. C. P. Notificação da violência infantil, fluxos de atenção e processo de trabalho dos profissionais da Atenção Primária em Saúde. **Ciência e saúde coletiva**, São Paulo, v. 23, p. 83-92, jan. 2018. DOI 10.1590/1413-81232018231.22062017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/f8d5HrVPXxxTHD33PJQJV4B/?lang=pt>. Acesso em: 01 abr. 2022.

FLORENTINO, B. R. B. As possíveis consequências do abuso sexual praticado contra crianças e adolescentes. **Fractal: Revista de Psicologia**, Minas Gerais, v. 27, n. 2, p.139-144, jun. 2015. DOI 10.1590/1984-0292/805. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/fractal/a/dPY6Ztc8bphq9hzdhSKv46x/?lang=pt>. Acesso em: 09 nov. 2021.

FONTES, L. A.; TISHELMAN, A. C. Language competence in forensic interviews for suspected child sexual abuse. **Elsevier**, [S. l.], p. 51-62, ago. 2016. DOI 10.1016/j.chiabu.2016.06.014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27348799/>. Acesso em: 16 nov. 2021.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Violência e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2016. Disponível em: [https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/tr\\_final\\_set\\_2016.docx.pdf](https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/tr_final_set_2016.docx.pdf). Acesso em: 21 nov. 2021.

GOMES, R.; DESLADES, S. F.; VEIGA, M. M.; BHERING, C.; SANTOS, J. F. C. Por que as crianças são maltratadas? Explicações para a prática de maus-tratos infantis na literatura. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 707-714, maio/jun. 2002. DOI 10.1590/S0102-311X2002000300014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/65KDf7hzhQnWV8gG4rbY8Bh/?lang=pt>. Acesso em: 26 out. 2021.

GOMES, L. S.; PINTO, T. C. A.; COSTA, E. M. M. B.; FERREIRA, J. M. A.; CAVALCANTI S. D. L. B.; GRANVILLE-GARCIA, A. F. Percepção de acadêmicos de odontologia sobre maus-tratos na infância. **Odontol. Clín.-Cient.**, Recife, v. 10, n. 1, p. 73-78, jan./mar. 2011. ISSN 1677-3888 *online*. Disponível em: [http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1677-38882011000100014&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1677-38882011000100014&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 15 abr. 2022.

GUIMARÃES, D. O.; CABRAL, H. T. A.; CONCEIÇÃO, R. M.; BARBOSA D. A. O avanço tecnológico no tratamento de queimaduras e recuperação do paciente. **JNT - Facit Business and Technology Journal**, [S. l.], v. 2, n. 31, p. 97-111, out./nov. 2021. ISSN 2526-4281 *online*. Disponível em: <http://revistas.faculdefacit.edu.br/index.php/JNT/article/view/1311#:~:text=As%20queimaduras%20s%C3%A3o%20les%C3%B5es%20tecnicais%20produzidas%20por%20uma,a%20mais%20comum%20estrelas%20a%20les%C3%A3o%20t%C3%A9rmica>. Acesso em: 01 abr. 2022.

HABIGZANG, L. F.; KOLLER, S. A.; AZEVEDO, G. A.; MACHADO, P. X. Abuso sexual infantil e dinâmica familiar: aspectos observados em processos jurídicos. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 21, n. 3, p. 341-348, set./dez. 2005. DOI 10.1590/S0102-37722005000300011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ptp/a/RQSFdbchSLM3dbmt4VCjXZS/?lang=pt>. Acesso em: 26 out. 2021.

HERRERA, L. M.; STRAPASSON, R. A. P.; MELANI, R. F. H. **Cartilha Violência doméstica contra crianças e adolescentes para o cirurgião-dentista**. OFlab – Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, Edição dos Autores, 2015. p. 1-23.

HERSCHAFT E. E. Odontologia legal. *In*: NEVILLE, B.; DAMM, D. D.; ALLEN C. M.; BOUQUOT, J. E. **Patologia Oral e Maxilofacial**. 3ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009. p. 891-915.

KATZ, C.; PADDON, M. J.; BARNETZ, Z. Emotional language used by victims of alleged sexual abuse during forensic investigation. **Journal of child sexual abuse**, [S. l.], v. 25, n. 3, May, 2016. DOI 10.1080/10538712.2016.1137666. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/10538712.2016.1137666>. Acesso em: 16 nov. 2021.

KIATUPI, M.; DAVIDOPOULOU, S.; KONSTANTINOS A.; ARHAKIS, A. Dental neglect in children: a comprehensive review of the literature. **The Journal of Contemporary Dental Practice**, [s. l.], v. 22, p. 199-204, Feb. 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34257183/>. Acesso em: 27 maio 2022.

LIMA, B. B. S.; PIERI, A. Avaliação do conhecimento de docentes de odontologia da universidade do estado do Amazonas sobre maus-tratos infantis. **Revista Brasileira de Odontologia Legal – RBOL**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 43-54, 2021. ISSN 2359-3466 *online*. Disponível em: <https://portalabol.com.br/rbol/index.php/RBOL/article/view/347/269>. Acesso em: 23 out. 2021.

LOSSO, E. M.; DALLEONE, M.; DUDA, J. G. BERTOLI, F. M. P.; PIZZATTO, B; CORRER, G. M.; SOUZA, J. F. **Maus-tratos infantis**: o papel dos cirurgiões-dentistas na proteção das crianças e adolescentes. Universidade Positivo, Curitiba, p. 1-12, 2015. ISBN 978-85-99941-90-4. Disponível em: [https://website.cfo.org.br/wp-content/uploads/2015/11/Cartilha\\_MausTratos\\_Dentistas\\_Final-Flares-Baratto.pdf](https://website.cfo.org.br/wp-content/uploads/2015/11/Cartilha_MausTratos_Dentistas_Final-Flares-Baratto.pdf). Acesso em: 01 abr. 2022.

MARTINS-JÚNIOR, P. A.; RIBEIRO, D. C.; PERUCH, G. S. O.; PAIVA, S. M.; MARQUES, L. S.; RAMOS-JORGE, M. L. Abuso físico de crianças e adolescentes: os profissionais de saúde percebem e denunciam? **Ciência e saúde coletiva**, Minas Gerais, v. 24, n. 7, p. 2609-2615, jul. 2019. DOI 10.1590/1413-81232018247.19482017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/WPhQLjrZ6NRPTrknM7hTpqp/?lang=pt>. Acesso em: 26 out. 2021.

MICHAELIS. Maus-tratos *In*: **Michaelis Dicionário Prático Língua Portuguesa**. [S.l.]: Melhoramentos, 2015. ISBN 978-85-06-04024-9 Disponível em: <https://michaelis.uol.com.br/palavra/PqKb9/maus-tratos/>. Acesso em: 15 de abril de 2022.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. Violência e saúde como um campo interdisciplinar de ação coletiva. **História, Ciências, Saúde**, Manguinhos, v. 4 n. 3, p. 513-531, nov. 1997. DOI 10.1590/S0104-59701997000300006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/S9RRyMW6Ms56S9CzkdGKvmK/?lang=pt>. Acesso em: 02 abr. 2022.

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 na atenção primária. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, p. 257-267, dez. 2015. DOI 10.5935/0103-1104.2015S005235. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/n5MnrX5mpwHfjyMvrkwZJ3w/?lang=pt>. Acesso em: 26 out. 2021.

NEVILLE, B. Infecções Bacterianas. *In*: NEVILLE, B. DAMM, D. D.; ALLEN C. M; BOUQUOT, J.E. **Patologia Oral e Maxilofacial**. 3ed. RJ: Elsevier, 2009. p. 181-210.

NEVILLE, B. Infecções Virais. *In*: NEVILLE, B. DAMM, D. D.; ALLEN C. M; BOUQUOT, J. E. **Patologia Oral e Maxilofacial**. 3ed. RJ: Elsevier, 2009. p. 241-82.

PAULA, A. C. F.; CARVALHO, B. O.; FRÓES, D. T. C.; FERREIRA, G. S.; PINTO; R. A.; SANTA-ROSA, T. T. A. Reconhecimento e conduta de cirurgiões-dentistas diante de maus-tratos em crianças e adolescentes. **Revista Pró-UniverSUS**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 137-144, jul. 2019. Disponível em: <http://editora.universidadedevassouras.edu.br/index.php/RPU/article/view/1732>. Acesso em: 15 abr. 2022

PEKARSKY, A. R. **Visão geral da criança maltratada**. MANUAL MSD versão para profissionais da saúde, Estados Unidos da América, Jan. 2018. Disponível em: [https://www.msmanuals.com/pt-br/profissional/pediatria/crian%C3%A7a-maltratada/vis%C3%A3o-geral-da-crian%C3%A7a-maltratada\\_](https://www.msmanuals.com/pt-br/profissional/pediatria/crian%C3%A7a-maltratada/vis%C3%A3o-geral-da-crian%C3%A7a-maltratada_) Acesso em: 02 abr. 2022.

PIERCE; M. C.; KAKZOR, K.; ALDRIDGE, S.; O'FLYNN, J.; LORENZ, D. J. Bruising characteristics discriminating physical child abuse from accidental trauma. **Pediatrics**, Estados Unidos da América, 2010. DOI 10.1542/peds.2008-3632. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19969620/>. Acesso em: 06 maio 2022.

STEIN, T. J. Legal perspectives on family violence against children. *In*: HAMPTON, R. L. **Family Violence**. Prevention and Treatment Newberg. 1. ed. [S. l.]: Sage Publications, 1993, p. 179-197.

THOMAS, M.; ECKENRODE J.; GARBARINO J. Family sexual abuse. *In*: GARBARINO, J.; ECKENRODE, J. **Understanding abusive families: an ecological approach to theory and practice**. Estados Unidos da América: Wiley, 1997, p.114-30.

UNICEF. **Nota técnica: proteção da criança durante a pandemia do coronavírus**. Brasília: UNICEF, mar. 2020. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/relatorios/nota-tecnica-protecao-da-crianca-durante-pandemia-do-coronavirus>. Acesso em: 01 abr. 2022.

16

VALENTE, A. L.; DALLEONE, 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**, Curitiba, v. 26, n. 1, p. 55-60, Jan./Feb. 2015. ISSN 0103-6440 *online*. DOI 10.1590/0103-6440201300137. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bdj/a/Qy3hkgcRnwZhY63dHNp9nnR/?lang=en&format=html>. Acesso em: 12 nov. 2021.