

**FACULDADE PATOS DE MINAS
CURSO DE ODONTOLOGIA**

PRISCILLA MARTINS MARRA

**A NECESSIDADE DA NOTIFICAÇÃO DOS MAUS-
TRATOS INFANTIS PELO CIRURGIÃO-DENTISTA**

**PATOS DE MINAS
2015**

PRISCILLA MARTINS MARRA

**A NECESSIDADE DA NOTIFICAÇÃO DOS MAUS-
TRATOS INFANTIS PELO CIRURGIÃO-DENTISTA**

Artigo apresentado à Faculdade Patos de Minas como requisito parcial para a conclusão do Curso de Odontologia.

Orientadora: Prof.^a Esp. Cláudia Maria de Oliveira Andrade.

**PATOS DE MINAS
2015**

A NECESSIDADE DA NOTIFICAÇÃO DOS MAUS-TRATOS INFANTIS PELO CIRURGIÃO-DENTISTA

Priscilla Martins Marra*

Cláudia Maria de Oliveira Andrade**

RESUMO

Este trabalho busca colaborar com o cirurgião-dentista, no sentido de orientar quanto a conduta ética e legal, da suspeita ou real constatação de qualquer tipo de violência contra o paciente infantil, subsidiando-o com informações para o melhor diagnóstico, pontuando os tipos dos maus-tratos e lesões. A grande maioria dos dentistas justificam as suas negligências por insegurança e por temerem abordar seus pacientes e responsáveis. Entretanto sabendo que o papel do profissional de saúde, e como cidadão, o cirurgião-dentista deve diagnosticar precocemente o abuso infantil, além de prevenir outras ocorrências, bem como realizar tratamentos de urgência, proceder a notificação em forma de registro, seguido de denúncia às autoridades competentes. O principal objetivo deste trabalho é de despertar o cirurgião-dentista para a gravidade dos maus-tratos praticados contra menores, alertando quanto à possibilidade de ocorrência destes fatos entre seus pacientes infantis, fornecendo informações que possam auxiliar no diagnóstico e como deverá ser a conduta adotada. Foi realizada uma revisão de literatura, no período de agosto de 2014 até 2015, por meio de pesquisas bibliográficas e documentais de artigos, teses e monografias, obtidas em periódicos, base de dados da Medline, Lilacs, BBO, Scielo, livros de referência, publicados no período de 1986 até o ano de 2015, sendo estes nos idiomas português e inglês e na Legislação Brasileira. Os cirurgiões-dentistas devem ficar atentos quanto à realidade deste grave problema que se tornou comum no Brasil, e reverem as suas ações no dia a dia, quanto a grande necessidade de estarem preparados para enfrentar essas situações, detectando o abuso e levando-o ao conhecimento das autoridades competentes. As faculdades devem preparar melhor os alunos, para que possam agir de forma ética e responsável, sabendo identificar os maus-tratos, estimulando-os para a realização de diagnósticos, auxiliando na realização da notificação de abuso infantil, e conscientizando na importância da comunicação aos órgãos de defesa dos direitos da criança e do adolescente.

Palavras-chave: Maus-tratos infantis. Cirurgião-dentista. Notificação de abuso.

*Aluna do Curso de Odontologia da Faculdade Patos de Minas (FPM). pri.odontolegal@gmail.com

**Professora de Odontologia Legal no curso de Odontologia da Faculdade Patos de Minas. Especialista em Odontologia Legal pela ABO-MG de Belo Horizonte. claudiamoacd@yahoo.com.br

ABSTRACT

This work seeks to collaborate with the dentist, to advise on the ethical and legal conduct, suspected or actual realization of any kind of violence against child patient, giving you information for better diagnosis, scoring the kinds of mistreatment and injuries. The vast majority of dentists justifies its neglect by insecurity and fear to approach their patients and caregivers. However knowing that the role of the health professional, and as a citizen, the dentist should early diagnose child abuse, preventing further occurrences and perform emergency treatment, and carry out the notification in the form of registration, followed by reporting to the competent authorities. The main objective is to awaken from the dentist to the seriousness of the abuse committed against minors, warning about the possibility of occurrence of these events among their pediatric patients, providing information that may assist in the diagnosis and how should be the approach be adopted. This work is an article, with references in literature review, which was conducted from August 2014 to 2015. It was done through literature searches and documents through articles, theses and monographs, obtained through periodical, Medline database, Lilacs, BBO, Scielo, queries to the and reference books, already published from 1986 to the year 2015, which are in the portuguese and english language and search Brazilian Legislation. The dentists should be warned about the reality of this serious problem that has become common in Brazil, and review their actions on a daily basis, as the great need to be prepared to face these situations, detecting abuse and bringing it to the attention of competent authorities. Colleges must better prepare students so that they can act in an ethical and responsible manner, knowing how to identify abuse, encouraging them to carry out diagnostics, aiding in notification abuse child and awareness on the importance of communication to child defense organs and adolescent rights.

Keywords: Child Abuse. Dentist. Abuse Notification.

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, um grave problema para nossa sociedade é os maus-tratos praticados contra crianças e adolescentes, tão grave que se tornou a principal causa de ocorrência de morte nesse público. Lamentavelmente, esta violência vem sendo cada dia mais frequente, e o pior é que na maioria das vezes a agressão ou negligência é praticada dentro da moradia, por mães, pais, padrastos, madrastas, irmãos, avós, cuidadores ou por pessoas que frequentam o cotidiano daquela família. (1, 5, 12)

Há casos de extrema insanidade como estupro, espancamento, abandono de bebês recém-nascidos para a morte em sacos, jogados em rios, lixeiras, túmulos e matas, que são mais destacados e abordados pelas mídias com grande repercussão gerando comoção, indignação, revolta e muitas cobranças das autoridades. No entanto, esses casos logo ficam esquecidos e a impunidade permanece, isso sem mencionar milhares de outros casos que não são notificados e acontecem a cada segundo nas casas. (3)

Os maus-tratos são considerados por algumas famílias como uma forma de educar a criança ou adolescente, assim a família tende a se omitir podendo até considerar algumas ofensas ou castigos exagerados, mas acreditam que cada um tem a sua maneira de educar. Há ainda situações em que estes abusos podem ser escondidos até dos familiares, por vezes ameaçando a criança a guardar segredo. Chega ao ponto de a criança, por ser tão acostumada a sofrer aquela situação, não comunicar às pessoas que podem ajudá-la, e em casos de bebês e crianças com pouca idade além de ainda não conseguirem pronunciar palavras, não conseguem entender os acontecimentos. (1, 3, 5, 12)

O que agrava ainda mais essa situação é que na maioria das vezes as pessoas que são capazes de fazer a denúncia de situações violentas não o fazem e há sempre justificativas para a não denúncia. (20)

Os registros sobre casos de maus-tratos no país estão muito deficientes, só existem registros de serviços isolados ou de pesquisadores independentes. (2, 3)

Historicamente, tem-se o conhecimento de vários relatos sobre a ocorrência de abusos. Na mitologia grega há relatos sobre sacrifícios de crianças aos deuses. Na Bíblia existem casos, podendo ser citado o exemplo de Abraão, que, a pedido de

Deus, iria sacrificar seu único filho Isaque no holocausto, para provar que teme a Deus. Na época da revolução industrial, os pequenos iam com os pais para as fábricas trabalhar sobre péssimas condições, por terem mãos pequenas eram usados para pegarem alguma engrenagem ou instrumentos presos no interior das máquinas correndo o risco de perder a mão e o braço. (3, 4, 15)

No Brasil esses relatos estão bastante marcados pela história, como no período da escravidão quando crianças eram vendidas como mercadorias para trabalhar como adultos, e eram punidas com castigos físicos, como ser espancadas nos troncos pelos seus senhores. (2)

Esse breve histórico nos mostra quão desumano e cruel é o homem.

O que diferencia a violência e os maus tratos de hoje com a história passada é que naquela época as situações de violência eram aceitas pela sociedade como fossem parte da estrutura social, uns eram considerados superiores aos outros e portanto, uns mandam e outros obedecem. Não havia direitos humanos definidos e as legislações não contemplavam essas questões. Hoje temos uma grande quantidade de leis, declarações e decretos tanto nacionais como internacionais que asseguram os direitos às pessoas, mas que infelizmente não são cumpridos, a humanidade dispõe de conhecimento, mas não sabe cuidar de seus filhos. (2, 20)

No Brasil, o mais importante documento de proteção às crianças e adolescentes é o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), implantado no dia 13 de julho de 1990, mostrando que a conscientização vem crescendo cada dia mais entre a nossa sociedade. Esse documento tem sido usado para preparar profissionais de diversas áreas, principalmente os profissionais da área de saúde que estão mais diretamente ligados aos seus pacientes em suas consultas, conscientizando-os da grande necessidade de se combater qualquer tipo de violência praticada contra o menor. (3, 5, 9, 23)

Estudos feitos sobre lesões corporais em crianças e adolescentes confirmam que as áreas de cabeça, face, boca, dentes e pescoço são as mais atingidas. Sendo essas áreas mais comuns de serem examinadas pelos dentistas. Junto a isso outro fator importante é a frequência das consultas, que privilegia esses profissionais, a observarem melhor entre os seus pacientes os possíveis casos dos maus-tratos. (9, 14, 29)

Diante disso, a pergunta feita é: porque os cirurgiões-dentistas, com tantas oportunidades de ajudar a combater esse crime, na maioria das vezes não realizam

diagnóstico, e alguns que, apesar de se acharem capacitados para identificar os maus-tratos, poucas vezes o fazem. Na maioria não denunciam e nem notificam, e não usam as lesões bucais como diagnóstico. (9, 14)

O objetivo primário deste trabalho, portanto é despertar o cirurgião-dentista para a gravidade dos maus-tratos praticados contra a criança, alertando quanto à possibilidade de ocorrer este problema entre seus pacientes, fornecendo informações que possam auxiliar no diagnóstico e qual deve ser a conduta adotada.

Esse trabalho também possui outros objetivos secundários, que são de orientar o profissional cirurgião-dentista a enfrentar situações que envolvam maus-tratos contra bebês, crianças e adolescentes. Auxiliar os estudantes de odontologia a identificar e notificar maus-tratos infantis, quando estes se apresentarem no consultório e clínicas públicas ou privadas; determinar os fatores que interferem na não notificação pelos cirurgiões-dentistas aos serviços de proteção à criança; orientar quanto à responsabilidade legal do profissional quando detectados os casos de violência infantil; identificar os principais aspectos orofaciais dos maus-tratos infantis e da negligência, e também no reconhecimento dos vários tipos de violência que ocorrem, contribuindo com a identificação destas vítimas no ambiente odontológico.

A maioria dos cirurgiões-dentistas discute sobre suas inseguranças e medos em relação a esse assunto. Pela falta de conhecimento e treinamento portam-se na maioria das vezes com negligência por insegurança de abordar seus pacientes e os responsáveis, não acreditando que pais ou parentes podem estar maltratando aquela criança, não terem confiança em seu diagnóstico ou nunca pensarem na possibilidade de estar se deparando com uma criança maltratada; tem receio em perder o paciente ou de se envolver podendo acabar sofrendo processos ou sendo mal falado por familiares, podem até não saberem sobre as leis pertinentes e às vezes nem sabem o que deve ser feito quando se deparam com esses tipos de casos. Estudos apontam que o cirurgião-dentista brasileiro ainda está saindo da faculdade incapacitado para identificar os maus-tratos, também não está conscientizado dessa necessidade. (5, 9, 10, 23, 20)

O período das publicações foi entre os anos de 1986 a 2014, sendo estas dos idiomas português e inglês. Esta revisão de literatura foi realizada no período de agosto de 2014 a agosto de 2015. As monografias utilizadas foram retiradas da biblioteca digital do site da Unicamp; os artigos científicos foram obtidos através de

periódicos, base de dados da Medline, Lilacs, BBO, Scielo, Internet; também foram feitas consultas à Legislação Brasileira; os livros de referências foram obtidos por empréstimo na biblioteca da Faculdade de Patos de Minas (FPM) e alguns digitalizados e também pela compra de livros.

A metodologia dessa pesquisa é uma abordagem qualitativa por buscar a compreensão do tema abordado. Tendo como objetivo exploratório o envolvimento de levantamentos de revisões bibliográficas. Trata-se de uma pesquisa documental com abordagem dos procedimentos técnicos, sendo feita sua elaboração através de livros, monografias, teses e artigos já publicados.

2 REVISÃO DE LITERATURA

“A incomensurável capacidade que o ser humano tem de ser desumano é levada aos piores limites quando este se torna capaz de lesar – maltratar e até matar não só seus próprios semelhantes, mas, notadamente, os seus descendentes.” (3)

Aded no ano de 2014 explica que, as crianças, que ao estarem inseridas no convívio da violência doméstica em suas moradias, mesmo sem sofrerem a agressão diretamente, podem sofrer graves consequências da violência doméstica. Ele também descreve os tipos de violência como os casos de agressões físicas, negligências, abusos sexuais, psicológicos, e o abandono, relatando a dificuldade de descrever os vários tipos de práticas violentas, pelo fato destas serem praticadas pela família, ou por pessoas que convivem no cotidiano da criança. (1)

Os maus-tratos infantis são a principal causa de morte de crianças e adolescentes de cinco anos de idade ou mais, no Brasil, mostrando que a violência praticada contra o menor é um grave problema de âmbito nacional frequente em nossa sociedade. (12)

As vítimas, na maioria das situações não podem se defender. No caso de crianças pequenas, bebês, algumas portadoras de deficiências motoras ou intelectuais, pela sua dependência em relação ao outro tornam-se alvo fácil para o agressor. Dificultando ainda mais o reconhecimento das vítimas, pois a própria família não reconhece o abuso, e tendem a escondê-lo. (5, 6)

As agressões visíveis são de fácil detecção pelos profissionais da saúde, que são capazes de reconhecer lesões provocadas acidentalmente ou por ação violenta. Sendo assim, esses profissionais de saúde devem atuar juntos em equipe multiprofissional, para melhor promover a detecção de casos. Principalmente os cirurgiões-dentistas devem estar incluídos nessas equipes, pois os estudos apontam que 65% das lesões físicas são encontradas nas regiões onde esse profissional mais tem acesso, sendo estas as regiões da cabeça, pescoço, orofaciais e intrabucais. (5, 14, 20)

O cirurgião-dentista pode se deparar, em seu cotidiano de atendimento, com um ou outro caso de suspeita de que há alguma coisa acontecendo de errado com aquele paciente, pode até concluir que há realmente alguma agressão tanto física como emocional ou até vários tipos de negligência de acordo com a forma que a criança é apresentada, podendo chegar a ter a certeza da ocorrência de algum tipo de espancamento, castigos exagerados, ameaças ou qualquer outro tipo de maus-tratos contra seu paciente. (9)

Mesmo o cirurgião-dentista relatando a sua grande dificuldade e medo em fazer o diagnóstico, notificação e comunicação às autoridades competentes sobre os casos de constatação e suspeita de maus-tratos, entende-se que ao conhecer melhor a legislação, esse profissional se sentirá mais confiante e seguro, podendo ter uma relativa tranquilidade quando se deparar com casos no seu consultório, sabendo da necessidade de proteger o seu paciente menor de idade. (5, 9, 10, 20)

A atuação de dentistas nos serviços públicos de saúde, hospitais, clínicas públicas e privadas, praticando atividades frequentes com o menor, nas escolas, em reuniões de bairro, ou até mesmo no cotidiano dos atendimentos públicos ou privados poderia ser fundamental para detecção dos casos, com a coleta de informações, diagnóstico de suspeitas e comunicação aos órgãos competentes, sendo crucial para a recuperação das crianças afetadas. (17)

2.1 Histórico

A literatura especializada deixa claro que, há séculos, as atrocidades cometidas contra as crianças vêm sendo documentadas. Havendo registros de maus-tratos à infância, desde épocas remotas, relatos de antigas civilizações falam sobre crianças e adolescentes que eram sacrificadas e oferecidas aos deuses, na

Grécia Antiga. Na Sociedade Espartana Militarista eram realizadas atrocidades contra os menores, as crianças que nasciam com doenças ou deformações físicas eram arremessadas do alto do monte Egeu, na Sociedade Ateniense algumas crianças e adolescentes tinham obrigações sexuais em troca de proteção. (1, 2, 3)

Na Idade Média, o abandono de recém-nascidos era comum, e na maioria das vezes eles passavam fome, pois todos os alimentos e recursos eram de prioridade dos guerreiros. Na Revolução Industrial, as crianças eram responsáveis por afazeres domésticos, bem como pelo trabalho em fábricas sob péssimas condições, junto aos seus pais. (1, 2)

Na Alemanha, o Nazismo representou um marco na história mundial de desumanidade, com o intuito de purificação da raça e acabar com indivíduos considerados inferiores, milhares de adultos, adolescentes e crianças foram torturados, escravizados, levados a campos de concentração e exterminados. (1, 2)

A aprendizagem nas escolas e a educação familiar ou mesmo de padrões ao longo dos séculos, se iniciou com uma série de castigos e torturas visando a melhor obediência, sendo vários os relatos em que as crianças eram obrigadas a ficar durante horas ajoelhadas no milho, acorrentadas em cômodos escuros, obrigadas a ficarem durante algum tempo sobre temperaturas extremas, sentadas nuas em cubos de gelo, queimadas com brasas de cigarro, mergulhadas em água fervente, deixados no relento, proibidas de comer, dentre outros castigos e agressões. (1, 2, 3)

Há uma acentuada dificuldade da maioria dos cirurgiões-dentistas, sobre todos os quesitos que dizem respeito aos maus-tratos na maioria das vezes não conseguem identificar os casos. Afirmando a real necessidade das instituições de ensino tanto quanto graduações ou pós-graduações, implementarem nos cursos os métodos de diagnóstico e de identificação e notificação, conscientizando sobre a responsabilidade do dentista tanto como profissional quanto ser humano. (15)

Em 1959, uma Assembleia das Nações Unidas alcançou um marco Mundial em referência aos direitos da criança, e o Brasil foi um dos países que apoiaram e aderiram ao movimento dos direitos humanos. Na década de 1990 foi criado o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), estabelecendo que a criança, por não poder tomar decisões sobre sua saúde e vida, por ter imaturidade física e mental, necessita de cuidados e especialmente de proteção legal. (8, 15)

A violência contra crianças e adolescentes hoje é reconhecida como um problema de saúde pública mundial. Os dados recolhidos no ano de 1997 pela Organização Mundial de Saúde (OAS) mostram a quantidade de crianças (entre 5.000 a 10.000) que morrem por ano, vítimas de maus-tratos físicos, podendo esses dados ainda ser maiores pelo comum fato da omissão deste tipo de óbito. Referente ao Brasil, os dados não são suficientes para relatar a realidade, de acordo com o Centro Regional de Atenção aos Maus-Tratos na Infância (CRAMI), foi registrado um aumento de 17% de violência praticada contra crianças e adolescentes no ano de 2005 em relação aos anos anteriores. (9)

Campos em seus estudos no ano de 2006 ressalta que a violência familiar contra o menor é frequente, e vem alcançando diariamente dimensões maiores, com um maior grau de gravidade e dificuldade de identificação, do que a do tempo da “*Síndrome da Criança Espancada*”. Sabendo que atualmente, a violência não se refere apenas ao quesito físico, envolvendo outros aspectos de violência que podem até não deixar marcas visíveis, com diferentes modos de serem observados ou identificados. (15)

2.2 Maus-tratos Infantis

Para a melhor elaboração de um diagnóstico e realização de um correto tratamento, primeiramente deve ser realizado um conceito de maus-tratos infantis, definido como crianças e adolescentes menores de 18 anos que passam por situações de agressão física, pressões emocionais frequentes ou ocasionalmente, através de ações ou negligências intencionais. (11)

A violência contra o menor de idade é toda ação ou omissão realizada pelos pais, parentes ou cuidadores capazes de realizar qualquer agressão com consequências e danos físicos, sexuais e psicológicos à vítima, tratando o menor como “coisa”, negando os direitos básicos que constituem o direito à vida da criança e do adolescente, prejudicando o seu crescimento e o seu desenvolvimento. (5, 30)

Os maus-tratos infantis abrangem uma enorme variedade de situações que vão desde o tráfico de crianças, prostituição e exploração do trabalho infantil, morte por espancamento, assassinato ou omissão de proteção contra acidentes, falta de alimentação, negligência dos cuidados de higiene e de saúde, até o abandono do pequeno indefeso. (2, 9)

Normalmente, esse abuso ocorre na própria moradia, sendo o agressor um adulto, que pode ser encarregado de cuidar da criança ou alguém bastante próximo como mãe, pai, padrasto, madrasta, irmãos mais velhos, primos, avós, tios, padrinhos, vizinhos, babás, professores. A violência ocorre independente da classe social, nível de educação familiar, religião e cultura. (1, 9, 10, 16)

Os perfis mais comuns de agressores são: alcoólatras, usuários de drogas, desempregados, divorciados, depressivos, com baixa estima ou que vivem isolados da sociedade, podem ter sido vítimas de agressões quando crianças ou ter tido filhos muito jovens, apresentam frustrações com relação à criança. Podem ainda apresentar doenças genéticas ou transmissíveis e problemas mentais. (10, 14, 18)

As vítimas mais frequentes estão entre os 0 e 6 anos. São os casos de bebês e crianças de pouca idade, que por dependerem muito de seus cuidadores, ainda não possuindo um grau de entendimento e não podendo se defender, representam vítimas fáceis. (1, 3, 4)

Com o aumento da idade as violências vão diminuindo gradativamente, isso justifica-se pelo fato da compreensão sobre a realidade dos fatos vividos e a consciência sobre o certo e errado aumentar gradativamente. Afirmar que os menores de 7 a 12 anos sofrem mais violência do que os de 13 a 18, não significa que os mais velhos não são alvo de nenhuma agressão, eles apenas sofrem menos. Nestas faixas etárias os tipos mais comuns de práticas são os abusos sexuais, mais frequentes em meninas e os abusos emocionais. (1, 3)

As violências físicas e psíquicas em geral estão associadas, sendo a psicológica dificilmente identificada e diagnosticada, por não deixar marcas da própria agressão e, pelo fato de o agressor e a vítima se encontrarem frequentemente no convívio familiar aumentando as oportunidades de a agressão ser realizada rotineiramente. Em geral, a vítima está impossibilitada de pedir socorro ou até mesmo não age por temer o agressor ou as consequências de suas ações. É importante determinar quem é a vítima e principalmente quem é o agressor, e estabelecer uma ajuda aos dois. Sendo de grande importância explicar aos familiares a gravidade da violência e suas consequências no amadurecimento físico e emocional do indivíduo infantil ou adolescente. (16, 19)

2.3 Aspectos legais

O Conselho Federal de Odontologia (CFO) não está atento ao auxílio da divulgação sobre as leis relacionadas sobre o dever do profissional cirurgião-dentista em relação ao diagnóstico e denúncia dos maus-tratos infantis, ele também conclui que esses casos deveriam ser mais estudados e notificados, aderindo esse assunto ao cotidiano do dentista. (18)

No dia 12 de outubro de 1991, foi realizado no Brasil um pacto entre a Organização das Nações Unidas (ONU), a Secretaria dos Direitos Humanos do Ministério da Justiça e a Sociedade Civil Organizadora, no quando foi criado pela lei federal nº. 8.242 o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA), com objetivo de combater qualquer prática de violência contra o menor, promovendo ações estaduais e municipais, capacitação profissional para o combate e prevenção, reeducando os familiares, e sensibilizando a sociedade quanto às suas responsabilidades e seus deveres. (17, 21)

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 dispõe em seu capítulo VII a respeito dos direitos da criança e do adolescente, no artigo 227, destacando a seriedade e a punição da violência contra o menor. (1)

In verbis:

Art. 227. É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão. (25)

O Código Penal Brasileiro também trata dos maus-tratos infantis: (26)

Art. 136. Expor a perigo de vida ou a saúde de pessoa sob sua autoridade, guarda ou vigilância, para fim de educação, ensino, tratamento ou custódia, quer privando-a de alimentos ou cuidados indispensáveis, quer sujeitando-a a trabalho excessivo ou inadequado, quer abusando de meios de coerção ou disciplina: Pena – detenção, de dois meses a um ano, ou multa.

§1º - Se do fato resulta lesão corporal de natureza grave: Pena – reclusão, de um a quatro anos.

§2º - Se resulta a morte: Pena – reclusão, de quatro a doze anos.

§3º - Aumenta-se a pena de um terço, se o crime é praticado contra pessoa menor de 14 (catorze) anos. (26)

O Decreto Lei nº 3.688, que trata das contravenções penais, fala sobre a omissão da comunicação do crime: (23)

Art. 66. Deixar de comunicar à autoridade competente: I - crime de ação pública, de que teve conhecimento no exercício de função pública, desde que a ação penal não dependa de representação; II - crime de ação pública, de que teve conhecimento no exercício da medicina ou de outra profissão sanitária, desde que a ação penal não dependa de representação e a comunicação não exponha o cliente a procedimento criminal: Pena - multa. (28)

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), por sua vez, discorre sobre as formas das crueldades e práticas de maus-tratos à infância, bem como a obrigação da denúncia e notificação de casos e suspeitas. (1, 5, 7, 21)

Art. 3. A criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se-lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade. (21)

Art. 5. 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. (21)

Art. 13. Os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente serão obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade, sem prejuízo de outras providências legais. (21)

Art. 18. É dever de todos zelarem pela dignidade da criança e do adolescente, pondo-o a salvo de qualquer tratamento desumano, violento, aterrorizante, vexatório ou constrangedor. (21)

Art. 243. Vender, fornecer, servir, ministrar ou entregar, ainda que gratuitamente, de qualquer forma, a criança ou a adolescente, bebida alcoólica ou, sem justa causa, outros produtos cujos componentes possam causar dependência física ou psíquica: Pena - detenção de 2 (dois) a 4 (quatro) anos, e multa, se o fato não constitui crime mais grave. (21)

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 maus-tratos contra criança ou adolescente. Pena: multa de três a vinte salários de referência, aplicando-se o dobro em caso de reincidência. (21)

O cirurgião-dentista dentro do seu local de trabalho é responsável pelo estabelecimento de atenção à saúde. O Conselho Federal de Odontologia (CFO), tem incluído no Código de Ética Odontológica (CEO), a obrigação dos cirurgiões-dentistas na identificação, diagnóstico, notificação e denúncia dos casos de maus-tratos infantis. Sendo assim o cirurgião-dentista deve estar atento a qualquer suspeita, sob o risco de responder legalmente pelo não cumprimento da lei, tanto quanto ao CEO quanto ao ECA. O cirurgião-dentista deve zelar pelo sigilo

profissional, devendo quebrá-lo quando em casos de proteção maior à vida. (21,22, 27)

Art.9 – Constituem deveres fundamentais dos inscritos e sua violação caracteriza infração ética: VII - zelar pela saúde e pela dignidade do paciente. (22)

Art.14, Parágrafo Único. Compreende-se como justa causa, principalmente: I – notificação compulsória de doença. (22)

2.4 Tipos, identificação e o diagnóstico dos maus-tratos contra a criança e o adolescente

O reconhecimento das várias formas de violência contra o menor, pode ser feita por profissionais capacitados para realizar um diagnóstico correto, sendo melhor quando detectado em suas fases iniciais antes da ocorrência de danos permanentes, fornecendo o tratamento necessário, notificação e denúncia da suspeita. (11, 13)

2.4.1 Violência física

A agressão física ou espancamento causa dor física podendo ser definida como traumas não acidentais que produzem sinais e marcas, equimoses, queimaduras, lacerações, fraturas entre outras, apresentadas repetidamente como pequenas cicatrizes, moderadas escoriações com presença de queimaduras e fraturas simples ou severos traumatismos em todo o corpo. Esses atos com frequência podem levar a invalidez até a morte. (2, 3, 24)

Em 2009, Vanrell cita o tipo mais frequente de todos os tempos de agressão ao menor, a Síndrome do bebê espancado (SIBE), confirmando que a violência física é a mais frequente e normalmente a mãe agride o bebê com tapas, chutes entre outros. (3)

As marcas de mordidas e outras associadas à violência física e sexual são lesões dificilmente questionadas por serem muito frequentes na infância, provocadas pela violência ou mesmo praticada por pais ou parentes que provocam a lesão de maneira inconsciente por não saberem que o simples fato de morder na bochecha de uma criança, por achá-la “bochechudinha” é um ato de violência física contra a criança. (10, 30)

Especificamente para os cirurgiões-dentistas para definir a real natureza da lesão é preciso identificar três aspectos: primeiro, identificar o tamanho e a quantidade de elementos dentários podendo questionar se origina da ação de adulto ou não; segundo, observar o local, quantidade de marcas e a cor, marcas vermelhas a arroxeadas sugerem que o ato foi praticado há menos tempo, já as de cor amarelada indicam que ocorreu há mais tempo; em terceiro observar a história dos pais e da criança separadamente, observando a coerência dos fatos e a possível relação com a lesão. (10)

Os ferimentos e lesões mais comuns encontrados nas regiões de maior acesso pelo cirurgião-dentista e que se associam à violência são as que requerem uma maior atenção: as lesões contusas na região periodontal (aquelas provocadas por forçar a colher dentro da boca da criança para ela se alimentar ou cometida por socos ou tapas), queimaduras, contusões até lacerações de língua, freio lingual, gengiva, palato, e comissuras labiais, com a presença de dentes fraturados, avulsionados, fora de posição, e com alterações de cor, sinais de abrasões e cicatrizes, marcas de mordida, deformação das orelhas, presença de várias lesões e cicatrizes com estados diferentes de cicatrização e alternância de cores, fraturas nos maxilares e nos ossos da face. (5, 20)

O que também é discutido entre os profissionais da odontologia, principalmente os clínicos gerais e pediatras, entre pais e outros profissionais é a utilização dentro da odontologia de métodos de força física quando o paciente em questão ao tratamento não deseja a sua realização. Mesmo com o consentimento assinado antes da realização do procedimento, autorizando o profissional a conter a criança com técnicas e forçar o menor a se submeter ao procedimento, pode-se estar efetuando uma suposta agressão tanto quanto física ou psicológica. Foram realizados estudos sobre vários casos, e em 56% dos casos avaliados houve a abertura de processos contra o cirurgião-dentista. (9)

2.4.2 Violência sexual

O Abuso Sexual é qualquer ação ou atividade sexual forçada ou sem o entendimento do agredido, relacionada com o prazer do agressor, podendo a vítima ser criança ou adolescente, com relações hétero ou homossexuais, podendo estar na intimidade dos lares. O agressor, em geral, é o cuidador ou outra pessoa que

convive com o menor, sendo o abuso praticado sob ameaças ou recompensas. A violência sexual é considerada uma das práticas mais comuns entre as famílias. (1, 2, 5, 24)

A agressão sexual pode deixar características que possibilitam a detecção pelo dentista: como as petéquias e eritemas inexplicáveis no palato (suspeitar de sexo oral forçado), marcas de mordidas, eritemas, úlceras, vesículas com secreções purulentas ou pseudomembranosas e lesões condilomatosas (são comuns em crianças que sofrem abuso sexual). A gonorréia é a patologia mais frequente, quando diagnosticada no menor pode se ter a certeza do abuso, há outras patologias não tão comuns quanto a gonorréia, mas que podem ocorrer quando a criança ou adolescente foram violentadas. É o caso do condiloma Humano Papiloma Vírus (HPV) com o aparecimento de lesões com aspecto de couve-flor e a sífilis com presença de pápulas nos lábios e na região perioral. (5, 10)

2.4.3 Administração de drogas

A prática de administração de drogas por pais em seus filhos, outro tipo comum de maus-tratos, calmantes e soníferos (sedativos, ansiolíticos) são administrados para melhorar o comportamento de crianças inquietas ou levadas, de hiperatividade e autistas, também é comum entre pais que trabalham o dia todo e seus filhos não dormem a noite. É importante ressaltar que, nos lares a prática da automedicação é bastante comum, pais ou responsáveis medicam seus filhos, podendo piorar o estado de uma doença ou levar à intoxicação. Acontece muito de os pais deixarem medicamentos, produtos de limpeza e de beleza, até venenos ao alcance de crianças pequenas que curiosas acabam consumindo sem que os responsáveis vejam. (1, 2, 3, 24)

Há casos em que pessoas do convívio induzem a criança ao uso de bebidas alcoólicas ou drogas. Quando os responsáveis são usuários de drogas é recorrente utilizarem no cotidiano e próximo aos menores, tornando-os usuários passivos e induzindo uma dependência futura. Outro tipo de relato grave, embora menos comum, é a prática do envenenamento intencional que pode ser letal. (1, 2, 3)

O cirurgião-dentista pode reconhecer essas práticas no seu cotidiano de atendimento, observando desde a entrada da criança no consultório e o comportamento tanto dos pais quanto do menor. Normalmente elas podem se

apresentar sonolentas, com falta de sustentação do próprio corpo, às vezes não conseguem ficar em pé, são bastante apáticas, comportadas ou ao contrário podem se apresentar inquietas, nervosas, bipolares. (2)

2.4.4 Abuso emocional

O abuso emocional praticado contra a criança e adolescente é caracterizado por ofensas, ameaças, chantagens, depreciações, rejeição, desatenção, são culpados constantemente. Essa violência praticada por pais e cuidadores, causa sofrimento psicológico, podendo tornar a criança medrosa, ansiosa, com distúrbios de comportamento e perturbação mental. (1, 2, 5, 24)

Sendo de difícil detecção por não deixar marcas físicas, o cirurgião-dentista tem muita dificuldade para identificar esses casos, apenas em casos mais sérios em que há manifestação de comportamento com presença de distúrbios severos durante as consultas. Em situações de repressão familiar, observa-se o receio da criança em desrespeitar os pais. (2, 9)

2.4.5 Negligência

A negligência representa a omissão de pais e cuidadores em promover os cuidados básicos para a manutenção da vida de uma criança ou adolescente, podendo ser apresentadas de forma moderada ou severa. Os negligentes destes fatos são normalmente drogados, alcoólatras, podem ser portadores de distúrbios mentais, de personalidade e com deficiências motoras. (5, 24)

a) Negligência Nutricional:

Caracterizada por pais que negligenciam severamente seus filhos, não providenciando alimentos. Os negligenciados se apresentam desnutridos, com baixo peso, apáticos, com palidez facial ou com deficiência de crescimento. Deve ser realizada uma rápida ação profissional, encaminhando ao médico e comunicando às autoridades competentes. (2, 13)

b) Negligência Física:

Caracterizada por crianças mal cuidadas, com cabelos e roupas sujas, com odor de urina ou fezes, unhas não cortadas, presença de várias doenças, úlceras

cutâneas, sem carteira de vacinação ou ela se apresenta incompleta, com péssimas condições de saúde geral e bucal. (2, 24)

c) *Negligência de Proteção:*

Caracterizada pela falta de cuidados e supervisão de crianças de pouca idade, que não possuem noção de perigo, podendo causar danos à saúde ou à vida. Por exemplo casos de bebês que são deixados sozinhos no berço, trancadas dentro de casa ou do carro por horas, pais ou mães que se descuidam e deixam a criança ou bebê dentro da banheira, próximo de lagos, rios ou piscinas, onde ocorrem casos de afogamento. Esses acidentes acontecidos por negligência são sérios e normalmente levam a morte, devendo estes serem comunicados ao Conselho Tutelar imediatamente. (2, 13)

d) *Negligência Médica:*

Caracterizada pela falta da procura de cuidados médicos, por não realizar o tratamento, nem as indicações feitas pelo profissional, os menores podem apresentar doenças como infecções, febres, anemias, diabetes, síndromes, doenças sistêmicas, genéticas em estado agudo ou crônico. É necessário que o profissional estimule a realização do tratamento adequado, caso esse tratamento não seja realizado deve-se comunicar às autoridades e encaminhar o paciente para uma unidade de saúde o mais rápido possível. (2,13)

e) *Negligência Dentária:*

Caracterizada por doenças ou lesões bucais extensas, com presença de dor, ulcerações, necrose tecidual, odor fétido, doenças periodontais com lesões cariosas extensas. O dentista deve fazer o tratamento de urgência, e em seguida procurar a causa da negligência, devendo conscientizar o responsável da situação e a consequência que a patologia não tratada pode causar ao menor, devendo informá-lo da importância da realização do tratamento, e caso o tratamento não seja realizado é necessário que seja feita a comunicação aos órgãos competentes. (2, 5, 29, 30)

2.4.6 *Síndrome de Munchausen*

A Síndrome de Munchausen é uma violência contra a criança e ao adolescente caracterizada pela produção intencional de uma lesão ou doença. (2)

Pode se dizer que pais e ou cuidadores causam a doença, administrando seringas ou materiais contaminados, introduzindo comidas perdidas nos seus filhos, ou laxantes, produzem lesões de pele, quebra de ossos, sendo o mais comum a provocação de sangramento em vários locais do corpo. (2, 13)

Também há os casos em que pais e/ ou cuidadores produzem doenças falsas, a fim de provar por exames ou investigações uma doença, por exemplo, o aquecimento do termômetro para provar que a criança está com febre ou misturam material contaminado em amostras de sangue ou urina da criança para provar a doença em exames laboratoriais. Assim causando intervenções médicas, tratamentos e internações desnecessárias. (2, 13)

Os profissionais da saúde devem estar atentos e sempre questionarem a doença e a lesão, confrontando sempre a postura da família quanto à gravidade da mesma, observar a história, suas contradições, relatos anteriores semelhantes, tempo de instalação da doença, quando foi a busca pelo tratamento, se a lesão pode ter sido provocada por violência e se os relatos estão de acordo com a doença ou lesão. (14)

2.4.7 Violência Fatal

A Violência fatal é quando ocorre danos capazes de levar a morte de bebês, crianças e adolescentes. Esses danos estão atrelados a todos os tipos de ações e omissões, sempre relacionados aos maus-tratos infantis pelas violências sexuais, emocionais, físicas, negligências e administrações de drogas. (5, 24)

Em casos de violência fatal o profissional de saúde deve ter uma conduta rápida. Em urgência deve ser levado o menor para o hospital, onde deverão ser realizadas radiografias de todo seu corpo e junto a equipe multiprofissional confirmar o diagnóstico. Devendo comunicar a autoridade policial, que por sua vez encaminhará o caso para o Instituto Médico-Legal (IML), autoridade judicial e ao Conselho Tutelar. (3)

2.5 Diagnóstico diferencial

Para diagnosticar os maus-tratos infantis, é necessário fazer um diagnóstico diferencial completo junto aos relatos e histórico, comparando as lesões presentes,

visando que os sinais e sintomas são naturalmente variados, podendo apresentar lesões com marcas registradas de fácil identificação e determinação do objeto utilizado na agressão. (12, 14)

Violências cometidas ao menor não deixam marcas visíveis, entretanto, há traços possíveis de se identificar como o modo da criança se comportar, vestir, falar, andar e suas características físicas como obesas ou com caquexia, indicando o tipo de maus tratos em questão. O diagnóstico diferencial deve ser realizado observando-se, também, a realidade econômica e social da família. (10, 14)

Quando identificado os maus-tratos, é importante que uma equipe multiprofissional entre em ação e reconstrua a história, fazendo o diagnóstico diferencial de patologias que poderão ser confundidas com o ato de agressão, confrontando relatos e analisando as possíveis maneiras que foram realizadas as possíveis agressões e negligências. (14, 29)

Diagnóstico diferencial (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002). O diagnóstico de violência contra a criança ou o adolescente, muitas vezes, pode ser confundido com outras patologias orgânicas. É extremamente importante que todos os profissionais da equipe de saúde reúnam os dados e evidências observados, de acordo com suas competências, para a construção de uma história precisa sobre o evento. Várias patologias entram no diagnóstico diferencial, quando há suspeita de violência: raquitismo; escorbuto; sífilis congênita; osteogênese imperfeita, doenças osteoarticulares; hiperosteose cortical infantil; síndrome hemorrágica; anomalias dermatológicas; infecções de pele; traumatismo acidental; dano cerebral orgânico/neurológico; transtornos de conduta, psicose ou transtornos bordelense de personalidade. (14)

2.6 Quando ter a suspeita

Deve-se suspeitar de tudo e de todas as lesões, principalmente aquelas mal explicadas, com vários estágios de cicatrização, devendo ficar atento a equimoses múltiplas no corpo principalmente em locais escondidos, marcas de mordida, fraturas de ossos, traumatismos, desnutrição ou marcas precisas que podem indicar o objeto usado na agressão. (3, 30)

2.7 Identificação dos maus-tratos infantis e postura cirurgião-dentista

A chegada da família na recepção do consultório deve ser observada de forma discreta, de maneira a perceber a relação dos pais ou cuidadores com o

menor. A anamnese é o passo inicial diante de qualquer situação. Devem ser realizados os exames intra e extra orais de forma criteriosa e completa, obtendo o maior número de informações e riqueza de detalhes, lembrando sempre que uma observação silenciosa e desarmada deverá estar sempre em sintonia com os procedimentos clínicos. (2, 3, 12)

Os exames devem ser visuais e táteis, observando e anotando no prontuário odontológico com riqueza de detalhes. Observar traumatismos dentários e ósseos, lesões extensas cariosas e abscessos endodônticos, tecidos moles e duros, lacerações do lábio superior e do frênulo, escoriações da mucosa oral, resultantes da tentativa de introdução da colher para forçar alimentação, presença de mordidas localizadas nas bochechas, tronco, nádegas e coxas, queimaduras em torno da boca e nariz, nos lábios e língua, resultantes de esfregar pimenta ou soda cáustica, cabeça, couro cabeludo, face e pescoço, assimetria, reflexo, anormalidade de orelha, desvio de septo nasal, coagulação sanguínea, equimose periorbital, hemorragia esclerótica, perda de cabelo, hematomas, cicatrizes, lacerações, abrasões, queimaduras, marcas de mão ou objetos, edema, feridas e sensibilidade dolorosa. Se possível, realizar tomadas radiográficas e fotos. (2, 3, 29)

As reações de comportamento devem ser criteriosamente observadas, visto que as crianças quando maltratadas ao serem submetidas a qualquer tipo de exame se apresentam com atitudes de indiferença, com desconfiança, amedrontadas, tímidas ou tristes. Reagem com atitudes exageradas em situações normais como choro insistente quando há aproximação de uma determinada pessoa ou colocação das mãos sobre o rosto no sentido de proteção, fechando os olhos quando há aproximação do profissional. (2, 3)

Crianças negligenciadas são apáticas, tristes e inseguras. Podem apresentar dificuldade em manter contato visual e interação com outras pessoas, portanto devemos observar a higiene e vestimentas da criança, se apresentam limpas ou sujas e em casos onde crianças estão mantidas com o corpo todo coberto durante o calor pode haver indício de tentativa de esconder lesões. A desnutrição pode ser observada através de postura fadigada, arqueamento da coluna, protuberância do abdômen e presença de cabelos extremamente finos. (2)

A presença de indicadores não comprovam os maus-tratos, mas são indicadores de suspeita, por isso deve-se sempre desconfiar de vestígios de lesões, observar qual foi o objeto possivelmente utilizado, se a busca pela procura de

atendimento foi imediata ou demorada, qual a frequência desses acontecimentos, presença de sinais e sintomas inespecíficos, explicações diferentes sobre a mesma lesão, atendimentos diversos com médicos e hospitais diferentes, gravidade dos achados clínicos e radiológicos, sinais de tortura ou crueldade, presença de dor, bebês desnutridos ou mal cuidados ou mudança de comportamento do responsável. O profissional deve conversar com o menor para o melhor esclarecimento dos fatos, de maneira desarmada sem pressionar a criança. (4, 11, 12)

A estratégia a ser adotada deve ser de forma sigilosa, sem que o agressor tome conhecimento. Inicialmente deverá ser realizado o atendimento de urgência. (2, 14)

Logo após deve ser preenchido uma ficha de notificação com a descrição de todo o caso clínico observando a riqueza de detalhes. Como podemos observar no anexo A, ou poderá ser realizado a descrição de uma ficha de doença compulsória como o exemplo do anexo B. (3, 30)

E se possível enviar junto fotografias e radiografias, sendo estas encaminhadas ao Conselho Tutelar. Caso haja a falta deste órgão poderá ser encaminhada para a Curadoria da Infância e Juventude, Juizado de Menores, Órgão de Proteção à criança, Fórum da Comarca, Ministério da Saúde, Ministério Público ou autoridade policial. As denúncias também poderão ser realizadas pelo Disque Denúncia Nacional por meio dos números 100 e 181. (9, 12, 29)

Em casos extremos, que exigem uma medida emergencial, é necessário ser feita uma denúncia à autoridade policial e pedido de encaminhamento da vítima para o hospital. A denúncia anônima é uma opção, mas quando há situações extremas, o profissional deve tomar atitudes pela defesa da vida. Se o cirurgião-dentista tem conhecimento de ocorrências de maus-tratos e não comunica às autoridades competentes, poderá sofrer processo criminal. (2, 12)

A simples denúncia não representa uma acusação e sim um pedido de assistência, investigação e proteção. Que poderá salvar a vida de uma criança e promover uma reestruturação familiar, oferecendo tratamento e suporte à família envolvida. (2, 12)

3 CONSIDERAÇÕES

O cirurgião-dentista deve estar atento a história por trás dos sinais clínicos observados, sabendo que todos os tipos de maus-tratos podem estar associados, podendo apresentar na vítima vários tipos de maus-tratos, como exemplo de crianças negligenciadas e violentadas pelos pais.

Se houvesse um maior reconhecimento na identificação dos maus-tratos infantis pelos profissionais de saúde junto aos especialistas em necropsia documentando os casos, o cálculo da quantidade de crianças que morrem no Brasil vítimas dos maus-tratos seria mais preciso contribuindo para os dados epidemiológicos do país.

Como os cirurgiões-dentistas estão entre os primeiros profissionais a terem contato com as vítimas, cabe a eles como profissional da saúde e cidadãos, saberem identificar as vítimas, diagnosticar o abuso precocemente e prevenir novas ocorrências notificando e denunciando, realizando os tratamentos de emergência e urgência, priorizando sempre a vida.

É importante destacar ainda a necessidade de compromisso das instituições de ensino e faculdades oferecendo cursos de qualidade que preparem os alunos, capacitando-os para diagnosticar, notificar e futuramente se tornarem profissionais conscientes da gravidade dos maus-tratos e atuantes no enfrentamento de situações do dia a dia.

Não se calar diante de situações de violência e maus-tratos é responsabilidade dos cirurgiões-dentistas, é uma obrigação moral e profissional notificar e denunciar, e principalmente é ser humano não consentir que uma vida indefesa seja destruída pela crueldade de alguns desumanos.

REFERÊNCIAS

- 1 Aded NLO. Síndrome da Criança Espancada. In: Hercules HC. Medicina Legal: texto e atlas. 2. ed. São Paulo: Editora Atheneu; 2014. p. 695 – 706.
- 2 Silva TCD, Machado MADAM. Responsabilidade do Cirurgião-Dentista diante de maus-tratos infantis. In: Silva RHA. Orientação profissional para cirurgião-dentista: ética e legislação. São Paulo: Livraria Santos Editora; 2010. p. 457 – 71.
- 3 Vanrell JP. Odontologia Legal e Antropologia Forense. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan; 2009. p. 93 – 104.
- 4 Ferreira DD. Maus-tratos na infância. In: Vanrell JP, Borborema MDL. Vade mecum de Medicina Legal e Odontologia Legal. Leme: Editora J. H. Mizuno; 2007. p. 309 – 404.
- 5 Melani RFH, Dias PEM. Violência doméstica e odontologia. In: Silva MD, Zimmermann RD, Paula FJD. Deontologia Odontológica: ética e legislação. São Paulo: Livraria Santos Editora Ltda; 2011. p. 267 – 72.
- 6 Delmanto C, Delmanto R, Delmanto RJ, Delmanto FMDA. Código Penal Comentado. 7. ed. Rio de Janeiro: Editora Renovar; 2008.
- 7 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde: um passo a mais na cidadania em saúde. Brasília: Editora MS; 2002.
- 8 Pires JM, Goldani MZ, Vieira EM, Nara TR, Feldens L, Castilhos K et al. Barreiras, para a notificação pelo pediatra, de maus-tratos infantis. Revista Brasil Saúde Materno Infantil. 2005; 5(1): 103 – 8. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292005000100013> Acesso: 08 jun. 2014.
- 9 Peres AS, Silva RHAD, Lopes CJ, Carvalho SPM. Odontologia e o desafio na identificação de maus-tratos. Odontologia Clínico-Científica. 2008; 7(3): 185 – 89. Disponível em: <<http://www.ricardohenrique.com.br/artigos/crope-maus.pdf>> Acesso: 16 agosto 2014.
- 10 Massoni ACDLT, Ferreira AMB, Aragão AKR, Menezes VAD, Colares V. Aspectos orofaciais dos maus-tratos infantis e da negligência odontológica. Ciência e Saúde Coletiva. 2010; 15(2): 403 – 10. Disponível em:<<http://www.readcube.com/articles/10.1590%2Fs1413-81232010000200016>> Acesso: 16 agosto 2014.
- 11 Cavalcanti AL. Maus-tratos infantis: aspectos históricos, diagnóstico e conduta. Grupo Editorial Moreira JR. 2013; 421 – 26. Disponível em:<http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?id_materia=2111&fase=imprime> Acesso: 16 de agosto 2014.

12 Neto JPDC, Medeiros NH, Nascimento SS, Santos VS, Matos ANF. O papel do cirurgião-dentista frente aos maus-tratos a criança e ao adolescente [Trabalho de Conclusão de Curso]. Ipatinga: Faculdade da ciência e da saúde – UNIVALE. Disponível em:<<http://www.pergamum.univale.br/pergamum/tcc/Opapeldocirurgiaodontistafrenteaosmaustratosacriancaeaoadolescente.pdf>> Acessado em: 16 de agosto de 2014.

13 Schmitt BD. Types of child abuse and neglect: an overview for dentists. *Pediatric Dentistry*. 1986; 8(1): 67 - 71. Disponível em:<<http://www.aapd.org/assets/1/25/Schmitt-08-S1.pdf>> Acessado em: 16 de agosto de 2014.

14 Bello RP. Responsabilidade dos Cirurgiões-dentistas frente aos maus tratos infantis: Revisão de Literatura [Trabalho de Conclusão de Curso]. São Paulo: Faculdade de Odontologia de Piracicaba -Unicamp; 2012. Disponível em: <<http://www.unicamp.br/unicamp/search/google/maus%20tratos%20infantil?query=maus%20tratos%20infantil&cx=009049083171732858319%3Aa8cacdtf1pk&cof=FORID%3A11&sitesearch>> Acessado em: 16 de agosto de 2014.

15 Campos JCDS. Lesões corporais em crianças e adolescentes vítimas de violência familiar na região da grande vitória [Dissertação]. São Paulo: Faculdade de Odontologia de Piracicaba - Unicamp; 2006. Disponível em:<<http://www.unicamp.br/unicamp/search/google/maus%20tratos%20infantil?query=maus%20tratos%20infantil&cx=009049083171732858319%3Aa8cacdtf1pk&cof=FORID%3A11&sitesearch>> Acessado em: 16 de agosto de 2014.

16 Carvalho AAD. Conduta Ética do Profissional Pediatra frente ao indivíduo infantil vítima de maus tratos [Dissertação]. São Paulo: Faculdade de Odontologia de Piracicaba - Unicamp; 2003. Disponível em:<<http://www.unicamp.br/unicamp/search/google/maus%20tratos%20infantil?query=maus%20tratos%20infantil&cx=009049083171732858319%3Aa8cacdtf1pk&cof=FORID%3A11&sitesearch>> Acessado em: 16 de agosto de 2014.

17 Chaim LADF. A responsabilidade ética e legal do cirurgião-dentista em relação a criança maltratada [Tese]. São Paulo: Faculdade de Odontologia de Piracicaba - Unicamp; 2001. Disponível em:<<http://www.unicamp.br/unicamp/search/google/maus%20tratos%20infantil?query=maus%20tratos%20infantil&cx=009049083171732858319%3Aa8cacdtf1pk&cof=FORID%3A11&sitesearch>> Acessado em: 16 de agosto de 2014.

18 Costa GR. A responsabilidade do cirurgião-dentista frente a violência doméstica [Monografia]. São Paulo: Faculdade de Odontologia de Piracicaba – Unicamp; 2007. Disponível em:<<http://www.unicamp.br/unicamp/search/google/maus%20tratos%20infantil?query=maus%20tratos%20infantil&cx=009049083171732858319%3Aa8cacdtf1pk&cof=FORID%3A11&sitesearch>> Acessado em: 16 de agosto de 2014.

19 Faria CD. Estudo do aspecto odonto-legal das lesões corporais decorrentes de violência doméstica [Monografia]. São Paulo: Faculdade de Odontologia de Piracicaba – Unicamp; 2006. Disponível em: <<http://www.unicamp.br/unicamp/search/google/maus%20tratos%20infantil?query=maus%20tratos%20infantil&cx=009049083171732858319%3Aa8cacdf1pk&cof=FORID%3A11&sitesearch>> Acessado em: 16 de agosto de 2014.

20 Ayres KCM. Violência doméstica, perfil da vítima e o papel do dentista: uma revisão crítica da literatura. São Paulo: Faculdade de Odontologia de Piracicaba – Unicamp; 2013. Disponível em: <<http://www.unicamp.br/unicamp/search/google/maus%20tratos%20infantil?query=maus%20tratos%20infantil&cx=009049083171732858319%3Aa8cacdf1pk&cof=FORID%3A11&sitesearch>> Acessado em: 16 de agosto de 2014.

21 Brasil. Estatuto da Criança e Adolescente. Diário Oficial da União. Brasília; 13 de julho 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm> Acesso: 08 jun. 2014.

22 Conselho Federal de Odontologia. Resolução Nº 118, de 11 de maio de 2012. Revoga o Código de Ética Odontológica aprovado pela Resolução CFO-42/2003 e aprova outro em substituição. Disponível em: < <http://cfo.org.br/servicos-e-consultas/ato-normativo/?id=1634>> Acesso em: 19 jun. 2014.

23 Saliba O, Garbin CAS, Garbin AJI, Dossi AP. Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. Revista Saúde Pública. 2007; 41(3): 472 – 7. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102007000300021&script=sci_arttext> Acessado em: 01 de maio de 2015.

24 Guerra V. Prevenção da violência doméstica contra crianças e adolescentes. Palestras proferida no I Seminário Regional de Combate à Violência Doméstica e Sexual Contra Crianças e Adolescentes – Ação em Debate. 23/11/2004 – Uberaba – MG. Disponível em: <www.ip.usp.br/laboratorios/lacri/uberaba.doc> Acessado em: 01 de maio de 2015.

25 Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Edição 9. Texto consolidado até Emenda Constitucional nº 20. 15/12/1998. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/legislacao/const/con1988/CON1988_15.12.1998/CON1988.pdf> Acessado em: 01 de maio de 2015.

26 Brasil. Código Penal. Atribuições do art. 180 da Constituição da República Federativa do Brasil. Decretado Lei nº 2.848. 07/12/1940. Disponível em: < http://www.amperj.org.br/store/legislacao/codigos/cp_dl2848.pdf> Acessada em: 01 de maio de 2015.

27 Arcieri RM, Amado A, Pereira JRC. Código de Ética Odontológica – 2012 Comentado. Conselho Regional de Odontologia de Minas Gerais - Belo Horizonte; 2013. P. 79.

28 Brasil. Leis de Contravenções Penais. Atribuições do art. 180 da Constituição da República Federativa do Brasil. Decreto Lei nº 3.688. 31/12/1941. Disponível em: <<http://www3.dataprev.gov.br/sislex/paginas/24/1941/3688.htm>> Acessada em: 01 de maio de 2015.

29 Conselho Federal de Odontologia. Maus-tratos infantis: quando a odontologia faz a diferença. 2015; 5(1): 6-7.

30 Herrera LM. Strapasson RAP. Melani RFH. Violência Doméstica contra crianças e adolescentes para o Cirurgião-Dentista: cartilha. São Paulo: Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo --USP, 2015.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus e a Jesus divino e amado mestre pela vida, e por ter me dado sabedoria para concluir mais este desafio.

Aos meus pais, por terem me dado o ensinamento e o apoio necessário para o cumprimento do meu objetivo.

Aos meus mentores de luz, parceiros constantes, estímulo maior para que eu possa sempre seguir em frente com muita dedicação e amor.

Aos meus irmãos, parceiros que sempre me incentivaram nessa caminhada e meus melhores amigos.

Ao professor e coordenador do curso Fernando Nascimento, pelo convívio, pelo apoio, pela compreensão e pela amizade.

À professora Dra. Cláudia Oliveira, minha orientadora, sempre dedicada a dar o melhor de si para os seus alunos, é com um imenso carinho que agradeço por todo o material, sabedoria e dedicação.

À professora Nayara Lima, pelo auxílio na realização deste trabalho.

Ao professor Roberto, é com um grande carinho que agradeço pela oportunidade de ter sido sua aluna por tanto tempo, pelos conhecimentos oferecidos, pela dedicação aos seus alunos, pela paciência, gentileza e carinho de sempre.

À professora Lilian, agradeço pela sua educação, simpatia, que sempre nos alegra nos dias de clínica, e principalmente pelos seus conhecimentos oferecidos.

Aos professores e colegas desta VIII turma de Odontologia da FPM, que tanto enriqueceram esta jornada de conhecimento e sabedoria.

Aos funcionários da FPM e colaboradores, sempre prestativas a nos ajudar na clínica.

Aos meus pacientes, pela confiança e apoio.

Aos meus amigos pessoais, minha família, a meu mestre e meus irmãos de coração e amigos do vale do amanhecer por me darem força, me fazendo acreditar que seria forte o suficiente e conseguiria realizar mais esta etapa na minha vida.

A todos que diretamente ou indiretamente contribuíram com este trabalho.

ANEXOS

ANEXO A:

MODELO DE FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE MAUS-TRATOS CONTRA O MENOR¹:

FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA, SUSPEITA OU COMPROVAÇÃO DE MAUS-TRATOS CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES
<p>I - IDENTIFICAÇÃO DO ATENDIMENTO Data do atendimento: ____/____/____ Unidade: _____ Endereço da unidade: _____ Telefones.: _____ Profissionais envolvidos no atendimento (incluir categoria profissional): _____</p>
<p>II - IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA/ADOLESCENTE Nome: _____ DN: ____/____/____ Idade: _____ Sexo: _____ Registro na unidade: _____ Filiação: _____ Responsável(is) Legal(is): _____ Acompanhante: _____ Grau de Relacionamento: _____ Endereço: _____ Tel. p/contato: _____ Referência para localização: _____</p>
<p>III - CARACTERIZAÇÃO DOS MAUS-TRATOS/VIOLÊNCIA (Tipos e prováveis agressores) Maus-tratos identificados/Causador(es) provável(is) dos maus-tratos: Abuso Sexual Mãe () Pai () Desconhecido () Outros () _____ Abuso Psicológico Mãe () Pai () Desconhecido () Outros () _____ Negligência Mãe () Pai () Desconhecido () Outros () _____ Abandono Mãe () Pai () Desconhecido () Outros () _____ Outras síndromes especificadas de maus-tratos _____</p> <p>Síndrome não especificada de maus-tratos _____</p> <p>Descrição sumária do ocorrido: _____</p>
<p>IV- DADOS DO ATENDIMENTO (Incluir observações da anamnese e exame físico que surgiram a partir da caracterização de maus-tratos) _____</p>
<p>V- CONDUTA, ORIENTAÇÃO, ACOMPANHAMENTO E DESTINO DADO AO PACIENTE _____</p>
<p>Ficha encaminhada ao CONSELHO TUTELAR da CR ____ em ____/____/____</p> <p style="text-align: right;">_____</p> <p style="text-align: right;">Assinatura e carimbo da Direção</p>

¹ Esta notificação foi retirada da cartilha: "Violência doméstica contra criança e adolescente para o Cirurgião-Dentista" da autora LM. Herrera (1. ed. São Paulo: Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo-USP, 2015).

ANEXO B:**MODELO DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA²:**

<p style="text-align: center;">Dr. NONONO NONONONO Cirurgião-Dentista – CRO-SP n° 00000 Rua dos Cocos n° 00 – São José do Rio Preto – SP</p> <p>Sr. Diretor do Centro de Saúde I:</p> <p>NOTIFICADO a V. S^a, para fins sanitários, que no dia de hoje consultei o paciente: Sr. VOVOVO VOVVOVOVO, RG n° 00.000.000-X, domiciliado à Rua das Amoreiras n° 9999, bairro dos Frutais, desta cidade, que apresenta manifestações clínicas de CID-10 n° B06 (rubéola).</p> <p>São José do Rio Preto, 00 de junho de 2008. Assinatura:</p> <p style="text-align: right;">Carimbo</p>
--

Data de entrega do artigo: 23 de Novembro de 2015

² Esta notificação foi retirada do livro “Odontologia Legal e Antropologia Forense” do autor JP Vanrell (2. ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan; 2009).