



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA



CONCORDÂNCIA DO ORIENTADOR

Declaro que o (a) aluno (a) Renato Poloso Bello RA 084059 esteve sob minha orientação para a realização do Trabalho de Conclusão de Curso intitulado "RESPONSABILIDADE DOS CIRURGIÕES-DENTISTAS FRENTE A MAUS TRATOS INFANTIS: REVISÃO DE LITERATURA" no ano de 2012.

Concordo com a submissão do trabalho apresentado à Comissão de Graduação pelo aluno, como requisito para aprovação na disciplina DS833 - Trabalho de Conclusão de Curso.

Piracicaba, 24 de setembro de 2012.



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA



**RESPONSABILIDADE DOS CIRURGIÕES-DENTISTAS FRENTE AOS MAUS
TRATOS INFANTIS: REVISÃO DE LITERATURA**

Renato Peloso Bello

2012

Piracicaba

UNICAMP



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA



RENATO PELOSO BELLO

**RESPONSABILIDADE DOS CIRURGIÕES-DENTISTAS FRENTE AOS MAUS
TRATOS INFANTIS: REVISÃO DE LITERATURA**

Trabalho de conclusão de curso de Graduação em Odontologia apresentado como parte dos requisitos finais para obtenção do título de Cirurgião-Dentista pela Faculdade de Odontologia de Piracicaba / UNICAMP

Orientador: Prof Dr Eduardo Daruge Junior.

Piracicaba

2012

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA POR
JOSIDELMA F COSTA DE SOUZA – CRB8/5894 - BIBLIOTECA DA
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA DA UNICAMP

Bello, Renato Peloso, 1989-

B417r Responsabilidade dos cirurgiões-dentistas frente aos
maus tratos infantis: revisão de literatura / Renato Peloso
Bello. -- Piracicaba, SP: [s.n.], 2012.

Orientador: Eduardo Daruge Júnior.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) –
Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de
Odontologia de Piracicaba.

1. Responsabilidade Legal. 2. Violência
doméstica. 3. Síndrome da criança maltrada. I.
Daruge Júnior, Eduardo, 1960- II. Universidade
Estadual de Campinas. Faculdade de Odontologia de
Piracicaba. III. Título.

Dedico este trabalho à minha família:

Meus pais, Márcio Rodrigues Bello e Marli Peloso Bello

E minhas irmãs, Camila Peloso Bello e Máira Peloso Bello.

Agradeço:

Ao professor e orientador Eduardo Daruge Junior, pela orientação, discussões e oportunidades que me proporcionou.

Aos amigos de faculdade: Monique Lourenço, Thaís Takao, Mari Miura, Isabela Souza, Renata Melo, Milene Mazuchi, Isabela Tardivo, Teresa Barbosa, Verônica Canuto, Mariana Vercellino, Juliana Pucci, Jessica Pignati, Guilherme Pietrobon, Tamires Papetti, Larissa Rodrigues, Staline Fatuda, Bruno Vitti, Mariane Santoro, Karina Domingues, Janine Belotti e todos os outros da Turma 52 por tantos momentos felizes vividos durante minha graduação, e que me apoiaram nos momentos mais difíceis de minha vida.

Aos vizinhos de Box: Renata Melo, Viviane Gatti, Damila Assunção, Viviane Chorwat que em 2010 foram meus vizinhos de box, e Igor Alves, Isabela Tardivo, Janine Belotti, Jessica Theobaldo, Enrique Duran que em 2011 e 2012 foram meus vizinhos de box e me emprestavam vários materiais e me tiravam as dúvidas que tinha.

Aos amigos que se tornaram parte da família: Thais Takao, Juliana Pucci, Veronica Canuto, Teresa Barbosa, Isabela Tardivo, Mariana Vercellino, Jessica Pignati, Mari Miura e Guilherme Pietrobon que foram minha família durante esses 5 anos vividos em Piracicaba, que me compreenderam, aceitaram, me fizeram muito feliz. Muito obrigado por tudo família piracicabana.

Aos amigos: Fernando Koketu, Bruno Matos, Raul Prado, Bárbara Jacinto, Vanessa de Natale e Fernanda Adriele, que me proporcionaram momentos de vida maravilhosos fora do ambiente de faculdade, e em especial agradeço Fernando Koketu por me suportar e compreender durante meu último ano de graduação.

Aos funcionários da clínica, Janaína Leite, ao Marco Antonio Rapetti, a Daiane de Fátima Pires, pela paciência, compreensão, conselhos nos momentos de angústia e amizade, em especial a Janaína Leite, que além de prestar serviços pela faculdade se tornou uma grande amiga.

Aos professores da UNICAMP – Faculdade de Odontologia de Piracicaba (FOP), os quais transmitiram os seus conhecimentos para a minha formação.

À cirurgiã-dentista: Mariza Helena Souza, a qual me deu a oportunidade de observar a vivência da prática odontológica e a enriquecer os meus conhecimentos.

Aos familiares: Vó Docia, Vó Olga, Titó, Vanessa, Cátia, Igor, Daniel, Tia Rute, Tio Nivaldo, Bárbara, Tio Romeu e Erci e tantos outros que sempre me incentivaram na minha caminhada.

Aos meus padrinhos: Sandra Padula e José Arthur Padula, que me apoiaram, incentivaram e me deram suporte durante minha graduação e que se dispuseram a cuidar de mim na ausência de meus tutores.

Finalmente, aos meus pais e irmãs: a quem dedico este trabalho, pelo apoio incondicional em minhas decisões e caminhada pelo percurso da graduação e da vida. Muito obrigado por tudo!

RESUMO

A violência contra crianças e adolescentes é um problema que vem sendo enfrentado há muito tempo. É definida como toda ação ou omissão que prejudique o bem-estar, a integridade física, psicológica ou a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento infantil. Pode ser classificada em abuso físico, abuso sexual, abuso emocional e negligencia. A cavidade oral e a face são as regiões mais afetadas, por isso a importância do conhecimento dos cirurgiões-dentistas sobre o assunto, e na identificação ou suspeita de violência, o cirurgião-dentista tem a obrigação de notificar as autoridades o mais breve possível.

PALAVRAS-CHAVES

1. Responsabilidade Legal. 2. Violência doméstica. 3. Síndrome da criança maltrada

ABSTRACT

Violence against children and teenagers is a problem that has been faced long time ago. It is defined as any action or omission that harms the well-being, physical, psychological or freedom and the right to the full children's development . It can be classified as physical abuse, sexual abuse, emotional abuse and negligence. The oral cavity and face are the most affected regions, so the importance of knowledge of the dentists on the subject, and the identification or suspicion of violence, the dentist has the obligation to notify the authorities as soon as possible.

KEYWORDS

Battered Child Syndrome; Liability Legal; Domestic Violence.

SUMÁRIO

1- INTRODUÇÃO	10
A) História da violência infantil	10
B) Definição dos maus tratos infantis	11
C) Classificação dos maus tratos infantis	12
D) Porque os tutores legais maltratam	15
E) O que os maus tratos causam nas crianças e adolescentes	16
2- REVISÃO DA LITERATURA	17
A) Reconhecendo os maus tratos	17
B) Responsabilidades dos cirurgiões-dentistas	21
C) Como proceder frente aos maus tratos	23
3- PROPOSIÇÃO	24
4- CONCLUSÃO	25
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	26

1- INTRODUÇÃO

A) História da Violência Infantil

A violência tem se feito presente de forma crescente no mundo, sendo enfocada pelos meios de comunicação sob diferentes representações: desde a domiciliar até os grandes conflitos armados. Em comum, as diferentes formas com que se apresenta, elege como vítimas os mais fracos. Nesta categoria encontram-se as crianças que nascem com total falta de defesa e perduram durante tempo prolongado na dependência de outros (adultos). (SCHERER & SCHERER, 2000)

Segundo ARIÈS (1981) citado por SCHERER & SCHERER (2000), nos mostra que maus-tratos com crianças existem desde os primórdios da criatura humana. Nas civilizações antigas o infanticídio era considerado um meio para eliminar todos aqueles pequenos que por desgraça nasciam com defeitos físicos. Crianças eram mortas ou abandonadas para morrerem desnutridas ou devoradas por animais, por razões como: equilíbrio de sexos, medida econômica nos grandes flagelos, por não agüentarem longas caminhadas, por motivos religiosos, por ser direito do pai reconhecer ou não o direito de viver de seu filho (“Jus vitae et nasci”- Roma). No século XV a “figura infantil” era a representação do ingênuo, do inocente, do bom - a oposição da violência. A criança invade a pintura e a escultura como símbolo da beleza, de inocência e de esperança de uma vida melhor. O século XVI se caracterizou como a época das agressões e violências contra as crianças. Nesta época, surgiram os “colégios” que abrigavam estudantes pobres e sem famílias, indesejados pela sociedade, submetendo-os aos piores maus tratos e humilhações deliberadas.

Nosso século, segundo KRINSKY et al. (1985) citado por SCHERER & SCHERER (2000), é apontado como “século da criança”. Ela passa a ser notada, descrita e aceita (em termos) como fazendo parte da humanidade. É exaltada e a família responsabilizada por tudo de mau que lhe aconteça. São ressaltados a necessidade dos cuidados maternos e a caracterização da infância como período básico e fundamental da existência do homem. Entretanto, os maus tratos não deixaram de acontecer.

A violência é considerada um grave problema de saúde pública no Brasil, constituindo hoje a principal causa de morte de crianças e adolescentes a partir dos 5 anos de idade. Trata-se de uma população cujos direitos básicos são muitas vezes violados, como o acesso à escola, a assistência à saúde e aos cuidados necessários para o seu desenvolvimento. As crianças e adolescente são, ainda, exploradas sexualmente e usadas como mão-de-obra complementar para o sustento da família ou para atender ao lucro fácil de terceiros, às vezes em regime de escravidão. Há situações em que são abandonados à própria sorte, fazendo da rua seu espaço de sobrevivência. Nesse contexto de exclusão, costumam ser alvo de ações violentas que comprometem física e mentalmente a sua saúde. (Guia..., 2001).

Tal violência atinge todas as camadas sociais, embora seja mais visível nas classes menos favorecidas devido ao maior controle pelas autoridades policiais e pelo fato desta classe geralmente procurar as delegacias com maior frequência (Santos et al, 2007, citado por Grannville-Garcia et al, 2008).

B) Definição dos maus tratos infantis

Para o Ministério da Saúde(2002), a expressão maus tratos na infância envolve toda ação ou omissão que prejudique o bem-estar, a integridade física, psicológica ou a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento infantil. Pode ser cometido dentro ou fora do ambiente doméstico por algum membro da família ou não, incluindo pessoas que passam a assumir a função parental, ainda que sem laços de consangüinidade e em relação de poder à outra.

A violência contra crianças constitui-se em todo ato ou omissão de pais, parentes, outras pessoas e instituições capazes de causar dano físico, sexual e ou psicológico à vítima. De um lado, implica numa transgressão no poder – dever de proteção do adulto e da sociedade em geral e, de outro, numa coisificação da infância, isto é, numa negação do direito que crianças e adolescentes tem de serem tratados como sujeitos e pessoas em condições especiais de crescimento e desenvolvimento (MINAYO, 2002, citado por SILVEIRA et al, 2005)

A violência doméstica é, segundo DESLANDES (1994) citado por SILVEIRA et al (2005), aquela exercida contra a criança na esfera privada. Dentre as

expressões mais visíveis desta violência, que não se produzem isoladamente, mas fazendo parte de uma série crescente de episódios, estão: a violência física, a violência sexual, a violência psicológica e as diversas formas de negligência.

Frequentemente, a criança ou o adolescente maltratado não apresenta sinais de ter sido espancado(a), mas traz consigo múltiplas evidências menores, que podem estar relacionadas à privação emocional, nutricional, negligência e abuso (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

C) Classificação dos maus tratos infantis

De acordo com BRIGIOTTI(2000) citado por GRANVILLE-GARCIA(2008) os maus-tratos infantis podem ser classificados em pré-natais e pós-natais. Os pré-natais compreendem circunstâncias não-acidentais que ocorrem durante a gestação e que podem contribuir de forma negativa para o desenvolvimento do feto. Já os pós-natais constituem-se em circunstâncias que ocorrem no decorrer da vida da criança, configurando-se na forma de maus-tratos físico, emocional, sexual e de negligência, trazendo conseqüências graves para o seu desenvolvimento físico e psicológico (5).

- **Abuso físico***

Define-se abuso físico de duas formas: através dos castigos cruéis ou através dos castigos que resultem em danos teciduais, que não eritema ou palidez secundários a um tapa em mãos e nádegas. Considera-se também abusiva a imposição de disciplina física em crianças menores de um ano ou o ato de bater com instrumentos contundentes. Os locais mais comumente afetados são pele, esqueleto, sistema nervoso central (SNC) e abdome.

- ✓ **Pele**

Local mais freqüentemente acometido, podendo ocorrer equimoses, hematomas, escoriações, lacerações, vergões, cortes ou lesões cicatriciais. Lesões

* MEDCURSO – “Do Internato à Residência”. Maus Tratos na Infância. p. 31 e 32.

decorrentes de abuso são encontradas particularmente em nádegas, coxas, dorso, face, punhos e tornozelos. Podem apresentar-se em diferentes estágios, determinados pela coloração (Tabela 1) ou apresentar a forma do objeto agressor.

Tabela 1 – Características de Equimoses e Hematomas, conforme Degradação da Hemoglobina.

Idade (dias)	Espectro
0-1	Vermelho, edema
0-5	Roxo, azul
5-7	Verde
7-10	Amarelo
10-14	Marrom
14	Sem marca

Queimaduras também podem ocorrer e são sugestivas de maus tratos quando se localizam em nádegas, dorso, plantas, palmas, interdígitos e região inguinal.

✓ **Ossos**

Alterações ósseas são o segundo tipo de lesão mais frequentemente encontrado, podendo ocorrer por impacto de grande intensidade (lesões transversas), por torção (lesões espirais) ou por encurvamento forçado (lesões oblíquas). mais frequentemente, ocorre o descolamento do periósteeo.

Algumas fraturas são sugestivas de abuso físico, como as de fêmur em espiral ou em crianças menores de três anos; em região metafíseo-epifisária de ossos longos, as de costelas posteriores, escápulas, esterno e processos espinhosos; as múltiplas ou em estágios de consolidação diferentes e as que ocorrem repetidamente no mesmo lugar.

✓ **Sistema Nervoso Central**

Traumatismo cranioencefálico é a principal causa de mortalidade em vitimados, ocorrendo em 8 a 12% dos casos. Neste contexto, está incluída a

Síndrome do Bebê Sacudido - *Shaken Baby Syndrome* - com hemorragia subdural, subaracnóidea, edema cerebral difuso, hemorragia retiniana (50 a 80% dos casos) e, geralmente, ausência de outros sinais de lesão.

- **Abuso sexual***

É definido como todo ato ou jogo sexual, relação hetero ou homossexual entre um ou mais adultos e uma criança menor de 18 anos, tendo por finalidade a estimulação sexual própria ou de outra pessoa. Pode ocorrer por contato físico (coito, carícias), sem contato físico (exibicionismo), com ou sem coerção física.

- ✓ **Lesões Genitais**

Região vulvar: hematomas, lesão de mucosa, de uretra, lacerações clitoridianas etc.

Vagina: local mais freqüentemente lesado, tanto no coito, como em práticas masturbatórias. Ocorrem hemorragias, rotura do fundo- de-saco, rotura himenal (o diâmetro himenal de meninas até 4 anos é menor que 4mm), cicatrização viciosa e infecções.

- ✓ **Lesões Anais**

Em 50 a 75% dos casos de penetração anal, mesmo quando repetida, o exame da região pode ser normal; porém, podem ocorrer lacerações de mucosa, rotura de esfíncter, rotura de mucosa reta! ou formação de abscessos locais.

- **Abuso emocional***

São toda forma de rejeição, depreciação, discriminação, desrespeito, cobrança ou punição exageradas e utilização da criança ou do adolescente para atender às necessidades psíquicas dos adultos. Todas estas formas de maustratos psicológicos podem causar danos ao desenvolvimento biopsicossocial da criança.

* MEDCURSO – “Do Internato à Residência”. Maus Tratos na Infância. p. 31 e 32.

Pela sutileza do ato e pela falta de evidências imediatas de maus-tratos, este tipo de violência é dos mais difíceis de serem identificados.

- **Negligência***

Quando pais ou responsáveis falham em termos de prover suporte básico, como alimentação, vestimenta, cuidados com a saúde, ou quando falham em supervisionar ou monitorar adequadamente o comportamento da criança, sendo este prejudicial à mesma, e quando tal falha não é resultado das condições de vida além de seu controle.

D) Porque os tutores legais maltratam

A situação familiar envolvida nos maus-tratos é muito complicada. Os pais freqüentemente tem uma baixa auto-estima, vivem isolados socialmente e com stress devido a desemprego, vivências inadequadas, divórcios, pobre utilização dos recursos da comunidade e passividade excessiva. Existe uma disfunção familiar, eles não resolvem seus múltiplos problemas, e é gerada a violência familiar - pais usam filhos para canalizar suas frustrações, deslocando conflitos conjugais nos mesmos. A agressão pode ser tão sutil ou tão viciosa que passa despercebida e está tão arraigada no nosso modo de ser que a justificamos (KRYNSKI et al., 1985; MIRABAL, 1988; TAYLOR, 1992 citados por SCHERER & SCHERER, 2000).

KRYNSKI et al. (1985) e TAYLOR (1992) citados por SCHERER & SCHERER, acreditam que o melhor tratamento para os perpetradores é a terapia familiar, pois, se um dos cônjuges é agressor o outro é no mínimo conivente (medo de perder o convívio com o outro se for preso).

* MEDCURSO – “Do Internato à Residência”. Maus Tratos na Infância. p. 31 e 32.

E) O que os maus tratos causam nas crianças e adolescentes

Como manifestações tardias na vida da vítima de maus-tratos, observou-se uma correlação forte entre abuso físico e violências familiares e não familiares no futuro do indivíduo; maior propensão a uma vida criminosa; maior envolvimento com abuso de substâncias; associação com auto-mutilação e comportamento suicida, somatização (cefaléia e dor pélvica crônicas), ansiedade, depressão, distúrbios de personalidade (como borderline), dissociação e psicose;

Problemas nos relacionamentos interpessoais e vocacionais. No entanto, faltam trabalhos com resultados mais precisos, pois há diferenças de método nos estudos vistos. Apesar disto, é consensual que, quanto mais prontamente se interrompa os maus-tratos, melhor é o

prognóstico para a vítima (se já não ocorreu dano irreversível) - (WATKINS & BENTOVIM, 1992; HALL et al., 1993; MALINOSKY-RUMMEL & HANSEN, 1993 citados por SCHERER & SCHERER, 2000).

O padrão de sono das crianças vitimizadas pode estar alterado por causa do abuso sofrido. GLOD (1997) na citação de SCHERER & SCHERER (2000), realizou um estudo onde comparou 19 crianças vítimas de abuso físico ou sexual documentado com 15 não abusadas e 10 depressivas, quanto ao padrão do sono. As primeiras demoraram duas vezes mais tempo para dormir que as depressivas, e três vezes mais que as normais.

O comportamento sexualizado é significativamente mais presente nas crianças vítimas do abuso em comparação com as que não o sofreram, segundo concluído por FRIEDRICH (1993) citado por SCHERER & SCHERER (2000).

2- REVISÃO DA LITERATURA

A) Reconhecendo os maus tratos

A suspeita de maus-tratos contra crianças e adolescentes surge, geralmente, no momento em que se procede a anamnese ou no decorrer do exame físico do paciente. Cabe ressaltar que, na maioria das vezes, as vítimas não possuem evidências físicas de maus-tratos. Sendo assim, a anamnese ocupa lugar relevante no esclarecimento dos casos (Guia..., 2001)

Segundo VIEIRA, MODESTO e ABREU (1998) citado por SILVEIRA (2005), a participação de dentistas nas equipes de natureza multidisciplinar que se propõem a atender essas crianças é necessária e oportuna, visto que em cerca de 65% dos casos diagnosticados como seqüelas de violência física contra crianças ocorrem manifestações na cabeça e na região orofacial, com localização intra-bucal, que podem ser mais adequadamente diagnosticadas pelo profissional da Odontologia.

Normalmente esses profissionais são os primeiros a ter contato com as vítimas da violência, ainda que a busca pelo atendimento seja, frequentemente, ocultada por outros problemas ou sintomas que não se configuram em elementos de fácil elaboração para um diagnóstico. Além disso, o profissional da saúde possui a obrigação legal de denunciar para os órgãos cabíveis, em especial para os Conselhos Tutelares, os casos que envolvam suspeitas ou comprovações de violência física envolvendo crianças (SILVEIRA; MIRANDA; SILVEIRA, 2001).

Pode-se notar que o acometimento das estruturas dentais pode ser raro, reforçando o princípio de que o exame físico é de fundamental importância e não deve ser limitado à cavidade bucal, conforme relatado na literatura que aponta o diagnóstico intra-oral exclusivo como limitado para esses casos (MOUDEN, 2004, citado por SILVEIRA et al, 2005).

Manifestações clínicas (GUIA..., 2001)

Na entrevista com a família, os dados podem divergir dos achados clínicos e não fazer sentido com a história relatada. É papel da equipe de saúde investigar, documentar e avaliar a ocorrência de violência sempre que encontrar um ou mais dos seguintes achados durante o exame físico:

✓ **Transtornos na pele, mucosa e tegumento:**

- contusões e abrasões, principalmente na face, lábios, nádegas, braços e dorso
- lesões que reproduzam a forma do objeto agressor (fivelas, cintos, dedos, mordedura)
- equimoses e hematomas no tronco, dorso e nádegas, indicando datas diferentes da agressão.
- alopecia resultante de arrancamento brutal e repetido dos cabelos
- queimaduras no dorso e genitais, com marcas do objeto (cigarro, por exemplo)
- lesões endobuciais ocasionadas por laceração do freio da língua por tentativas de introdução forçada de alimentos
- síndrome da orelha de lata (equimose unilateral, edema cerebral ipsolateral e hemorrágica retiniana)
- fácies de boxeador, por traumatismo facial

✓ **Transtornos músculo-esqueléticos**

- fraturas múltiplas – ossos longos em diferentes estágios de consolidação, secundárias à torção com sacudidas violentas, com rápida aceleração-desaceleração
- fraturas de costelas em menores de dois anos
- fraturas de crânio ou traumatismo craniano por choque direto ou sacudidas vigorosas (síndrome do bebê sacudido), concomitantes com edema cerebral, hematoma subdural e hemorragia retiniana, podendo também manifestar-se por convulsões, vômitos, cianose, apnéia e alterações de déficit motor.
- hematoma subperiosteal de diferentes estágios (síndrome da criança espancada)

✓ **Transtornos Viscerais**

- ruptura subcapsular de rim baço, trauma hepático ou mesentérico que necessite intervenção cirúrgica de urgência.

✓ **Transtornos genito-urinários**

- lesões na área genital e períneo: observar presença de dor, sangramento, infecções, corrimento, hematomas, cicatrizes, irritações, erosões, assaduras, fissuras anais, hemorróidas, pregas anais rotas ou afrouxamento do esfíncter anal, diminuição do tecido ou ausência himenal, enurese, encoprese, infecções urinárias de repetição sem etiologia definida.

✓ **Transtornos Psicológicos**

- aversão ao contato físico, apatia ou avidez afetiva
- retardo psicomotor sem etiologia definida, com melhora quando a criança se separa da família (hospitalização)
- transtorno do sono ou da alimentação
- episódios de medo e pânico
- isolamento e depressão
- conduta agressiva e irritabilidade
- interesse precoce em brincadeiras sexuais ou conduta sedutora
- choro fácil sem motivo aparente
- comportamento regressivo
- comportamento autodestrutivo
- comportamento submisso
- desenho ou brincadeiras que sugerem violência
- baixo nível de desempenho escolar
- fugas, mentiras, furto
- tentativa de suicídio
- fadiga
- baixa auto-estima
- aversão a qualquer atividade escolar de conotação sexual

✓ **Outros**

- retardo pondero-estrutural por aporte calórico inadequado
- intoxicações por medicamentos especialmente anti-histamínicos ou sedativos

- Síndrome de Münchausen por procuração (doenças simuladas ou provocadas falsamente pelos pais ou responsáveis).

Diante das manifestações clínicas, é imprescindível se questionar:

- 1- A lesão está de acordo com o que está sendo relatado?
- 2- Ela realmente pode ter ocorrido desta forma?
- 3- A relação temporal está correta?
- 4- Poderia ter sido provocada por violência intencional?
- 5- A postura da família está adequada com a gravidade do contexto?
- 6- Houve retardo na busca de auxílio?
- 7- Existem dados contraditórios na história da lesão?
- 8- Existe história anterior semelhante?

(GUIA..., 2001)

Muitos dos sinais e sintomas relacionados aos maus-tratos são inespecíficos e podem ocorrer sem que a criança ou o adolescente esteja sendo vítima de qualquer tipo de violência. Faz-se sempre necessário, portanto, contextualizar cada situação que se apresenta (GUIA..., 2001).

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
- hiperostose cortical infantil
- síndrome hemorrágica
- anomalias dermatológicas
- infecções de pele

- traumatismo acidental
- dano cerebral orgânico/neurológico
- transtornos de conduta, psicose ou transtornos borderline de personalidade.

B) Responsabilidades dos cirurgiões-dentistas

Segundo Minayo (2002) citado por SILVEIRA et al (2005), a visibilidade, a compreensão e a magnitude da morbidade relacionada a este tipo de situação são prejudicadas por algumas razões como: a falta de formação adequada dos profissionais para este diagnóstico, a falta de compromisso, interesse e/ou receio em se envolver em questões não-biológicas, aliada ao senso comum de que a intervenção junto às famílias pode ser uma forma indevida de invasão à privacidade, sendo a violência doméstica, tratada como problema do âmbito íntimo e privado das famílias.

Segundo Mouden(2004) citado por SILVEIRA et al (2005), em relação ao abuso sexual, a cavidade oral é um sítio frequente de abuso entre crianças. A presença de gonorréia oral e peri-oral ou sífilis em crianças pré-puberais pode ser consideradas um sinal patognomônico de abuso sexual.

A negligência odontológica apresenta-se como uma atitude de descaso e irresponsabilidade dos pais ou responsáveis frente à condição de saúde da criança, deixando-a vulnerável a situações de dor e infecção acarretando uma condição precária quanto à função e estética oral. Apresenta-se como uma atuação de passividade quando comparada com situações de maus tratos violentos e abuso infantil, sendo prevista como crime (CURY:SILVA:MENDES, 2000, citado por SILVEIRA et al,2005).

Percebe-se que um grande número de dentistas não efetiva a denúncia devido “à incerteza da suspeita”. O desconhecimento de que os casos de suspeita devem ser denunciados aos órgãos competentes, sem que o próprio profissional tenha a obrigação de comprová-la, é relevante pois há necessidade de se conscientizar os profissionais e, também, melhor habilitar os acadêmicos nas universidades para que estejam aptos a identificar e denunciar os casos de suspeita, esclarecendo que a denúncia não se constitui em infração ética, sendo um dever de

observância legal para os profissionais de saúde, para viabilizar as providências dos órgãos competentes. Outro aspecto importante é informar que a identidade do profissional é preservada (SILVEIRA, 2001, citado por SILVEIRA et al).

De acordo com o Estatuto da criança e do adolescente, em seu artigo 245, o dentista, como profissional da saúde, é obrigado por lei a notificar situações suspeitas ou confirmadas de maus tratos envolvendo menores de idade. O capítulo das infrações administrativas, artigo 245, afirma que “deixar o médico ou responsável pelo estabelecimento de atenção à saúde de comunicar à autoridade competente os casos de que tenha conhecimento, envolvendo suspeita ou confirmação de maus tratos contra criança ou adolescente pode acarretar uma pena de três a vinte salários de referência, aplicando-se o dobro em casos de reincidência” (CURY; SILVA; MENDEZ, 2000, citado por SILVEIRA et al).

Em meio aos profissionais de saúde, os cirurgiões-dentista exercem papel fundamental no reconhecimento e na denúncia dos maus-tratos infantis (50 a 70% são lesões orofaciais), entretanto, estes parecem dar pouca atenção, seja por omissão ou desconhecimento de causa (CHAIM, 1995, e ABRAPIA, 1997, citados por GRANVILLE-GARCIA, 2008). Além disso, muitos não denunciariam situações suspeitas de maus-tratos em nenhuma circunstância por medo de perder pacientes, falta de confiança no serviço de proteção à criança e aos jovens, medo de lidar com os pais, incerteza do diagnóstico e desconhecimento da verdadeira responsabilidade em denunciar (CAVALCANTI, 2001, citado por GRANVILLE-GARCIA, 2008). Embora esteja redigido no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) de 1990 e no Código Penal Brasileiro (CPB) o encargo dos profissionais da área de saúde quanto à responsabilidade na denúncia de maus-tratos infantis, não há nenhuma consideração na legislação do Conselho Federal de Odontologia (CFO) sobre como o cirurgião-dentista deve proceder frente aos casos de maus-tratos infantis. (CAVALCANTI, 2001, citado por GRANVILLE-GARCIA, 2008).

No Brasil, o “Estatuto da Criança e do Adolescente” (BRASIL, 1989, citado por SCHERER & SCHERER, 2000) foi aprovado pelo Congresso Nacional em 30-06-1989 e, transformado na lei nº 8069 em 16-07-1990. No seu artigo nº 13 encontramos: “os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente serão obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade”.

C) Como proceder frente aos maus tratos

- Medidas gerais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002)
 - avaliação do risco da criança e do adolescente (grau de risco de repetição do abusador e capacidade da família de proteger a criança de novos episódios)
 - atendimento multidisciplinar
 - denúncia à autoridade judicial pode ter função terapêutica e interromper o ciclo da violência intrafamiliar
 - tratamento médico das lesões físicas, carências nutricionais e outras patologias associadas (DST/AIDS)
 - acompanhamento com equipe de saúde mental
 - atendimento da família e avaliação.

- Medidas legais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002)

O laudo do caso deve ser enviado ao Conselho Tutelar, Coordenadorias da Infância e da Juventude ou Fórum da Comarca, para que sejam tomadas as devidas providências legais e de proteção. Este encaminhamento deve ser feito pelo profissional que acompanhou o caso, outro membro de equipe ou, preferencialmente, pela direção da instituição. Os profissionais de saúde devem acompanhar o caso mesmo durante os procedimentos legais.

A promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente a partir da Lei n.º 8069 de 13/07/90 (CURY; SILVA; MENDEZ, 2000) objetivou resguardar os direitos e liberdades das crianças e adolescentes perante a sociedade e o Estado. Em seu art. 131 estabelece que o Conselho Tutelar é o órgão permanente e autônomo, não jurisdicional, encarregado pela sociedade, de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente. Identificar os casos suspeitos de maus tratos e notificá-los às autoridades são obrigações dos profissionais que lidam com crianças e adolescentes e em especial, dos profissionais da saúde (CHAIM, 1995; ABRÁPIA 1997, citados por SILVEIRA et al, 2005).

3- PROPOSIÇÃO

O objetivo desta revisão de literatura é reunir publicações científicas para informar cirurgiões-dentistas e acadêmicos em odontologia sobre como informar, identificar e notificar maus tratos contra crianças e adolescentes, quando estes se apresentarem no consultório particular, no sistema único de saúde ou nas clínicas públicas ou privadas.

4- CONCLUSÃO

Conclui-se que as informações sobre maus tratos contra crianças e adolescentes é muito importante para os cirurgiões-dentistas, pois estes muitas das vezes são os primeiros a terem contato com as vítimas de violência, já que a cavidade oral e a face são as regiões mais afetadas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ABRÁPIA. Guia de Orientação Para Profissionais da Saúde. 2ª ed. Rio de Janeiro: Petrópolis; 1997 Apud GRANVILLE-GARCIA, A.F.; MENEZES, V.A.; SILVA, P.F.R.M. Maus-tratos infantis: Percepção e responsabilidade do cirurgião-dentista. Rev. odonto ciênc. 2008; 23(1):35-39.
2. ARIÈS, P. **História social da criança e da família** (L'Enfant et al Vie familiale sous l'Ancien Régime). 2. Ed. Rio de Janeiro: Editora LTC 1981. 279p Apud SCHERER, E.A.; SCHERER, Z.A.P. A criança maltratada: uma revisão de literatura. **Ver.latino-am.enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 4, p. 22-29, agosto 2000.
3. BRASIL. **Estatuto da criança e do adolescente**. Brasília: Centro Gráfico do Senado Federal, 1989. n. 193 Apud SCHERER, E.A.; SCHERER, Z.A.P. A criança maltratada: uma revisão de literatura. **Ver.latino-am.enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 4, p. 22-29, agosto 2000.
4. BRIGIOTTI, MI. Maltrato infantil. In: Brigiotti, MI. La escuela ante de los niños maltratados. Buenos Aires: Editorial Paisós; 2000. p. 50-3 Apud GRANVILLE-GARCIA, A.F.; MENEZES, V.A.; SILVA, P.F.R.M. Maus-tratos infantis: Percepção e responsabilidade do cirurgião-dentista. Rev. odonto ciênc. 2008; 23(1):35-39.
5. CAVALCANTI AL. Maus-tratos Infantis-Guia de orientação para profissionais de Saúde. João Pessoa: Ed. Idéia; 2001 Apud GRANVILLE-GARCIA, A.F.; MENEZES, V.A.; SILVA, P.F.R.M. Maus-tratos infantis: Percepção e responsabilidade do cirurgião-dentista. Rev. odonto ciênc. 2008; 23(1):35-39.
6. CHAIM LAF. Odontologia versus criança maltratada. Rev Assoc Paul Cirur Dent. 1995;49:142-4 Apud GRANVILLE-GARCIA, A.F.; MENEZES, V.A.;

SILVA, P.F.R.M. Maus-tratos infantis: Percepção e responsabilidade do cirurgião-dentista. Rev. odonto ciênc. 2008; 23(1):35-39.

7. CURY, M.; SILVA, A.F.A.; MENDEZ, E.G. Estatuto da criança e do adolescente comentado. Comentários jurídicos e sociais. 3ed. São Paulo: Malheiros Editora, 2000. 835 p. Apoud SILVEIRA, J.L.G.C.; MAYRINK, S.; NÉTTO, O.B.S. Maus-Tratos na Infância e Adolescência: Casuística, Conhecimento e Prática de Cirurgiões-Dentistas de Blumenau-SC. Pesq Bras Odontoped Clin Integr, João Pessoa, v.5, n.2, p. 119-126, maio/ago 2005.
8. DESLANDES, S.F. Atenção à Criança e Adolescentes Vítimas de Violência Doméstica Análise de um Serviço. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.10 (Suplemento 1), p. 177-87, 1994 Apoud SILVEIRA, J.L.G.C.; MAYRINK, S.; NÉTTO, O.B.S. Maus-Tratos na Infância e Adolescência: Casuística, Conhecimento e Prática de Cirurgiões-Dentistas de Blumenau-SC. Pesq Bras Odontoped Clin Integr, João Pessoa, v.5, n.2, p. 119-126, maio/ago 2005.
9. FRIEDRICH, W. N. Sexual victimization and sexual behavior in children: a review of recent literature. **Child Abuse Negl.**, v. 17, n. 1, p. 59-66, 1993 Apoud SCHERER, E.A.; SCHERER, Z.A.P. A criança maltratada: uma revisão de literatura. Ver.latino-am.enfermagem, Ribeirão Preto, v. 8, n. 4, p. 22-29, agosto 2000.
10. GLOD, C.A. Research on activity levels and rhythms in childhood psychiatric disorders. **Psychiatr. Serv.**, v. 48, n. 1, p. 43-44, 1997 Apoud SCHERER, E.A.; SCHERER, Z.A.P. A criança maltratada: uma revisão de literatura. Ver.latino-am.enfermagem, Ribeirão Preto, v. 8, n. 4, p. 22-29, agosto 2000.
11. Guia de Atuação Frente a Maus-Tratos na Infância e na Adolescência, 2. Ed. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria; 2001
12. HALL, L.A. et al. Childhood physical and sexual abuse: their relationship with depressive symptoms in adulthood. Image J. Nurs. Sch., v. 25, n. 4, p. 317-

323, 1993 Apoud SCHERER, E.A.; SCHERER, Z.A.P. A criança maltratada: uma revisão de literatura. *Ver.latino-am.enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 8, n. 4, p. 22-29, agosto 2000.

13. KRYNSKI, S. et al. **A criança maltratada**. São Paulo: Almed, 1985. 137p. Apoud SCHERER, E.A.; SCHERER, Z.A.P. A criança maltratada: uma revisão de literatura. **Ver.latino-am.enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 4, p. 22-29, agosto 2000.
14. MALINOSKY-RUMMEL, R.; HANSEN, D.J. Longterm consequences of childhood physical abuse. **Psychol. Bull.**, v. 114, n. 1, p. 68-79, 1993 Apoud SCHERER, E.A.; SCHERER, Z.A.P. A criança maltratada: uma revisão de literatura. *Ver.latino-am.enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 8, n. 4, p. 22-29, agosto 2000.
15. MINAYO, M.C.S. O Significado social e para a saúde da violência contra crianças e adolescentes. In: WESTPHAL, M.F. *Violência e criança*. São Paulo: EDUSP, 2002. P.95-114 Apoud SILVEIRA, J.L.G.C.; MAYRINK, S.; NÉTTO, O.B.S. Maus-Tratos na Infância e Adolescência: Casuística, Conhecimento e Prática de Cirurgiões-Dentistas de Blumenau-SC. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*, João Pessoa, v.5, n.2, p. 119-126, maio/ago 2005.
16. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Violência Intrafamiliar orientações para a Prática em Serviço*. Caderno de Atenção Básica, n.8, 2002
17. MIRABAL, B. El manejo interdisciplinario del maltrato de menores ante la ley y el tratamiento actual. **Bol. Asoc. Méd.P.R.**, v. 80, n. 7, p. 251- 252, 1988 Apoud SCHERER, E.A.; SCHERER, Z.A.P. A criança maltratada: uma revisão de literatura. **Ver.latino-am.enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 4, p. 22-29, agosto 2000.
18. MOUDEN, L.D.; BROSS, D.C. Legal issues affecting dentistry's role in preventing child abuse and neglect. *J Ame DentAssoc*, Chicago, v.126, n.8, p. 1173-1180, Aug. 1995 Apoud SILVEIRA, J.L.G.C.; MAYRINK, S.; NÉTTO,

O.B.S. Maus-Tratos na Infância e Adolescência: Casuística, Conhecimento e Prática de Cirurgiões-Dentistas de Blumenau-SC. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*, João Pessoa, v.5, n.2, p. 119-126, maio/ago 2005.

19. SANTOS JF, CAVALCANTI AL, NUNES KS, SILVA EC. Primary identification of an abused child in dental office: A case report. *J Indian Soc Pedod Prev Dent*. 2007;6:191-3 Apoud GRANVILLE-GARCIA, A.F.; MENEZES, V.A.; SILVA, P.F.R.M. Maus-tratos infantis: Percepção e responsabilidade do cirurgião-dentista. *Rev. odonto ciênc*. 2008; 23(1):35-39.
20. SCHERER, E.A.; SCHERER, Z.A.P. A criança maltratada: uma revisão de literatura. **Ver.latino-am.enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 4, p. 22-29, agosto 2000.
21. SILVEIRA, M.U.C.; MIRANDA, I.M.; SILVEIRA, J.L.G.C. Aspectos legais do atendimento à criança vítima de maus-tratos. *Pesquisa Odontológica Brasileira*, São Paulo, v.15, p.149, suplemento, 2001 Apoud SILVEIRA, J.L.G.C.; MAYRINK, S.; NÉTTO, O.B.S. Maus-Tratos na Infância e Adolescência: Casuística, Conhecimento e Prática de Cirurgiões-Dentistas de Blumenau-SC. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*, João Pessoa, v.5, n.2, p. 119-126, maio/ago 2005.
22. TAYLOR, C.M. **Fundamentos de Enfermagem Psiquiátrica**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. 465p. Apoud SCHERER, E.A.; SCHERER, Z.A.P. A criança maltratada: uma revisão de literatura. **Ver.latino-am.enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 4, p. 22-29, agosto 2000.
23. VIEIRA, A.R.; MODESTO, A.; ABREU, V.I Avaliação dos Casos de Abuso Infantil do Hospital Municipal Souza Aguiar – Rio de Janeiro e sua Relação com o Cirurgião-Dentista. *Pediatria Atual*, Rio de Janeiro. v 11, n. 1-2, jan./fev. 1998 Apoud SILVEIRA, J.L.G.C.; MAYRINK, S.; NÉTTO, O.B.S. Maus-Tratos na Infância e Adolescência: Casuística, Conhecimento e Prática de

Cirurgiões-Dentistas de Blumenau-SC. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*, João Pessoa, v.5, n.2, p. 119-126, maio/ago 2005.

24. WATKINS, W.G.; BENTOVIM, A. The sexual abuse of male children and adolescents: a review of current research. *J. Child Psychol. Psychiatry*, v. 33, n. 1, p. 197-248, 1992. Apud SCHERER, E.A.; SCHERER, Z.A.P. A criança maltratada: uma revisão de literatura. *Ver. latino-am. enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 8, n. 4, p. 22-29, agosto 2000.