

ABUSO INFANTIL: QUAL O PAPEL DO CIRURGIÃO DENTISTA?

CHILD ABUSE: WHAT IS THE ROLE OF THE DENTAL SURGEON?

Ozanna Soares Medeiros de Araújo¹

Nelson João de Siqueira Neto²

Vinícius Rocha Lima Santos³

Carla Caroline Santos de Luna⁴

Renata Andrea Salvitti de Sá Rocha⁵

RESUMO

O presente artigo aborda a problemática do abuso infantil e o papel fundamental dos cirurgiões-dentistas na sua identificação e reporte. A justificativa para tal estudo se baseia na prevalência alarmante de abuso infantil e no reconhecimento de que lesões orofaciais podem ser indicadores cruciais desses maus-tratos. A pergunta-problema central do estudo é: "Como os cirurgiões-dentistas podem identificar e agir diante de casos suspeitos de abuso infantil?" A metodologia empregada é uma revisão de literatura, que examina estudos prévios relacionados ao tema. Esta abordagem permite uma compreensão detalhada da situação atual e das lacunas no conhecimento e na formação dos profissionais de odontologia, especialmente no que tange à identificação e reporte do abuso infantil. Os principais resultados obtidos revelam que, apesar da posição estratégica dos dentistas para detectar sinais de abuso, existe uma deficiência significativa na sua formação e preparo para lidar com tais situações. Além disso, o estudo destaca que muitos profissionais hesitam em reportar casos suspeitos devido ao medo de retaliações e à falta de suporte jurídico adequado. O artigo conclui ressaltando a importância de uma equipe multiprofissional no diagnóstico e na denúncia do abuso infantil e enfatiza a necessidade de treinamento específico e suporte legal para os cirurgiões-dentistas. Desta forma, busca-se incentivar a notificação compulsória e melhorar a eficácia dos profissionais da odontologia no combate a esta grave questão social.

¹ Discente em Odontologia pela Universidade Federal de Campina Grande. Contato: ozanna.soares@estudante.ufcg.edu.br

² Discente em Odontologia pela Universidade Federal de Campina Grande. Contato: nelson.joao@estudante.ufcg.edu.br

³ Discente em Odontologia pela Universidade Federal de Campina Grande. Contato: rocha.lima@estudante.ufcg.edu.br

⁴ Discente em Odontologia pela Universidade Federal de Campina Grande. Contato: carla.carolline@estudante.ufcg.edu.br

⁵ Graduação em Odontologia pela Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo, Especialização em Odontopediatria pela APCD, Mestrado em Odontologia (Odontopediatria) pela Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo, Doutorado em Odontologia (Odontopediatria) pela Faculdade de Odontologia de Piracicaba - Unicamp, e Pós-Doutorado pela Faculdade de Odontologia de Piracicaba - Unicamp, na área de Psicologia Aplicada à Odontologia. – Contato: renatasarocha@hotmail.com

Palavras-chave: Abuso infantil. Lesões orofaciais. Cirurgião-dentista. Diagnóstico. Denúncia.

ABSTRACT

The present article addresses the issue of child abuse and the crucial role of dental surgeons in its identification and reporting. The justification for such a study is based on the alarming prevalence of child abuse and the recognition that orofacial injuries can be critical indicators of such mistreatment. The central research question of the study is: "How can dental surgeons identify and act upon suspected cases of child abuse?" The methodology employed is a literature review, examining previous studies related to the topic. This approach allows for a detailed understanding of the current situation and the gaps in knowledge and training of dental professionals, especially regarding the identification and reporting of child abuse. The main findings reveal that, despite the strategic position of dentists to detect signs of abuse, there is a significant deficiency in their training and preparedness to handle such situations. Furthermore, the study highlights that many professionals hesitate to report suspected cases due to fear of retaliation and a lack of adequate legal support. The article concludes by emphasizing the importance of a multi-professional team in diagnosing and reporting child abuse and stresses the need for specific training and legal support for dental surgeons. This way, it seeks to encourage mandatory reporting and improve the effectiveness of dental professionals in combating this serious social issue.

Keywords: Child abuse. Orofacial injuries. Dental surgeon. Diagnosis. Reporting.

1. INTRODUÇÃO

O primeiro relato médico sobre abuso físico infantil ocorreu em 1868, na França, sendo feito pelo patologista forense Ambrose Tardieu, que publicou um estudo relatando que trinta e duas crianças foram “sacudidas” até a morte. Todavia, somente em 1962, Kempe e colaboradores publicaram, corajosamente, que mortes similares às citadas foram causadas por abusos dos pais, e para demonstrar o efeito da severidade das agressões, nomearam de “síndrome do bebê sacudido”, permitindo que cada vez mais novos trabalhos pudessem abordar o tema (CECCONELLO, DE ANTONI e KOLLER, 2003).

Segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA (2019), torna-se dever da família e comunidade assegurar que as crianças e adolescentes tenham direitos à vida, saúde, educação, cultura, lazer, esporte e dignidade. Contudo, na maioria dos casos, são as próprias famílias ou pessoas próximas que acabam por gerar um ambiente hostil para essas crianças, submetendo-as a diversos abusos de natureza física, sexual e emocional, além da negligência (PASCOLAT et

al., 2001; CECCONELLO, DE ANTONI, KOLLER, 2003; PERES et al., 2008; MARTINS-JÚNIOR et al., 2019).

Quando as crianças e/ou adolescentes passam por uma experiência de abuso, ao se separarem de seus pais ou responsáveis elas se comportam de maneiras distintas, podendo se mostrar agressivas, terem alterações de humor ou se sentirem desconfortáveis ao contato físico. Ademais, quando apresentam condutas excessivamente tímidas, submissas e um olhar de vigilância em frente ao choro de outra criança, atitudes que podem ser consideradas sinais de um provável abuso (ASSIS, 2012; BRASÍLIA, 1997; FERREIRA, 2012; MARTINS-JÚNIOR et al., 2019).

De acordo com Massoni (2010) vários estudos apontam que a maioria dessas lesões provenientes de maus-tratos se localizam na região orofacial, compreendendo a boca, face e pescoço. Embora os odontólogos atuem sobre tais áreas anatômicas, muitos não se consideram capazes de identificar indícios, sinais e sintomas de agressão. Devido a insegurança na realização do diagnóstico dessas lesões, bem como, a falta de conhecimento quanto a forma adequada de denúncia, muitos profissionais apresentam medo de realizá-la (SOUZA et al, 2017; MATOS, et al., 2013).

Para que esses abusos sejam diagnosticados durante o atendimento em saúde, e consequentemente denunciados, é necessário que exista uma equipe multiprofissional composta por médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas, com apoio de psicólogos e assistentes sociais (MASSONI, 2010; MARTINS-JÚNIOR et al., 2019). Diante desta problemática, este trabalho propõe uma revisão literária sobre o tema, com enfoque no papel do cirurgião-dentista em reconhecer lesões derivadas de abuso infantil, seja ele físico, sexual, emocional ou por negligência, e como abordar tais casos elucidando as formas legais de realizar denúncias contra estas agressões.

2. METODOLOGIA

Esta revisão de literatura foi realizada de janeiro de 2020 a março de 2021 e é composta de dados bibliográficos de estudos publicados entre 1999 e 2020 nos bancos de dados PubMed (National Library of Medicine), Google Acadêmico e SciELO (Scientific Eletronic Library

Online).

Os descritores utilizados nos bancos de dados citados foram a associação dos seguintes termos: Abuso infantil, lesões orofaciais, maus tratos, lesões físicas, denúncias odontológicas, violência psicológica infantil. Para a seleção de artigos foram impostos alguns critérios de inclusão: (1) o idioma deveria estar em inglês, português ou espanhol; (2) o artigo deveria estar em sua forma completa, possibilitando a leitura; (3) a bibliografia deveria envolver os tipos de abusos infantis e sua correlação com as manifestações orofaciais, bem como as razões dos baixos índices de denúncias pelos profissionais da saúde.

De início, foram selecionados por dois pesquisadores os trabalhos incluídos na pesquisa e caso ambos os pesquisadores entrassem em discordância quanto a seleção, um terceiro avaliador era incluído no processo. A seleção dos trabalhos seguiu 4 etapas: identificação, triagem, elegibilidade e inclusão. A priori, foi feita a identificação, os artigos eram escolhidos pelos títulos e resumo, após essa etapa houve a triagem e a exclusão de estudos que coexistiam em duas bases de dados. Posteriormente, realizou-se a leitura completa dos trabalhos e os estudos que se encaixavam nos critérios proposto foram escolhidos e em seguida armazenados no programa Mendeley Desktop (versão 1.12.5) para melhor gerenciamento.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em uma busca inicial dos termos utilizados, foram encontrados 635 artigos, sendo 294 da plataforma da Pubmed, 129 do Google acadêmico e 212 do SciELO. Após serem aplicados os critérios de seleção, 65 artigos e revisões sistemáticas foram escolhidos para compor essa revisão.

3.1 LESÕES/SINAIS PROVENIENTES DE ABUSO INFANTIL

3.1.1 Lesões/sinais oriundos de abuso físico

O abuso físico de crianças e adolescentes define-se como ações que interfiram na integridade física da criança, na forma de feridas não-acidentais ou causadas pela omissão de

seus responsáveis (NUZZOLESE, 2009; MARTINS-JÚNIOR et al., 2019; NUNES, SALES, 2016; CECCONELLO, DE ANTONI, KOLLER, 2003). Segundo Veloso et al. (2018) a maioria das lesões físicas infantis se manifestam em cabeça e face, exigindo do cirurgião-dentista uma boa anamnese para que esses casos sejam notificados.

Dentre alguns sinais que indiquem a violência física estão: escoriações, cortes, alopecia traumática, variação no desenvolvimento (LEÇA et al., 2011). Há também queimaduras que são mais recorrentes em crianças de até 4 anos, antes do desenvolvimento da fala, queimaduras intencionais geralmente são bem delimitadas, diferente das acidentais que não possuem bordas definidas (SIQUEIRA et al, 2018). Também se constitui como abuso físico: bater, espancar, chutar, chacoalhar, morder, estrangular, esquentar, intoxicar e sufocar. (GARBARINO, ECKENRODE, 1997; NUNES, SALES, 2016; OATES, RYAN, BOOTH, 2000).

Com relação às crianças, as que mais sofrem agressões são aquelas que apresentam baixa idade, pois demandam mais cuidados do responsável, se configurando como fator estressante para o cuidador (PICINI et al., 2017; FARIAS et al., 2016). Segundo Pascolat et al. (2001), as crianças mais agredidas na estrutura familiar são os primogênitos, filhos mais velhos da família. De acordo com este estudo, quando uma família é composta por pais jovens, de pouca escolaridade ou pertencente a uma vida socioeconômica precária, há maior chance de ocorrer o abuso.

A principal vítima desses maus tratos são as crianças do sexo masculino, tendo a mãe como a principal agressora, seguido por qualquer outro membro da família. Além do mais, existem outros fatores de risco que influenciam nessa violência, como uso de álcool e drogas pelos pais, maternidade/paternidade precoce, monoparentalidade, crianças não planejadas, bebês que estão com cólicas ou que choram a noite (BERGAMO, BAZON, 2011; CERCONELO, DE ANTONI, KOLLER, 2003). Ademais, uma das razões utilizadas para o familiar exercer força física sobre o filho, é a disciplina educativa. Contudo, a adoção dessas medidas, sejam elas de caráter punitivo ou educador, acabam por tornar essas crianças depressivas, ansiosas e perpetuadores dessa violência futuramente (BERGAMO, BAZON, 2011; CERCONELO, DE ANTONI, KOLLER, 2003; PATRIAN, RIOS, WILLIAMS, 2013; NUNES, SALES, 2016).

3.1.2 Lesões/ sinais oriundos de abuso sexual

Entende-se por abuso sexual qualquer ato libidinoso ou carícias praticadas por adultos com crianças ou adolescentes, envolvendo jogos de poderes, no qual objetiva a satisfação sexual de terceiros. (ECA, 2019). Esse episódio acomete principalmente crianças do sexo feminino, geralmente em idade escolar. O agressor normalmente é alguém que está relacionado com a família da criança, em geral do sexo masculino. De acordo com Platt et al. (2016), quando comparado aos meninos, percebe-se que essa experiência traumática ocorre mais precocemente, em torno dos 2 aos 6 anos, enquanto com as meninas acontecem mais tardiamente, entre 10 e 15 anos (SCHAEFER et al., 2018; SOLÍS-GARCÍA, et al., 2019; NEVES et al., 2010).

Ademais, a vivência do abuso sexual tem como principal dano o impacto sobre a saúde emocional desse indivíduo, que muitas vezes resultam em sintomas de depressão, ansiedade, estresse pós-traumático e até ideias suicidas. Ao passar por tal experiência, os jovens costumam expressar sintomas internalizantes (já citados), como também externalizantes (condutas agressivos e delinquentes), sendo este último mais comum nos meninos (ORTIZ-GUZMÁN, et al., 2018; PLATT et al., 2016; SCHAEFER et al., 2018; LIRA et al, 2017).

De acordo com Shaefer et al., (2018), a identificação do abuso sexual infantil encontra algumas dificuldades, pois normalmente o abuso só é relato após um longo período do acontecimento, impedindo assim que a perícia física seja realizada. Contudo, a avaliação psicológica forense tem um importante papel na identificação desse delito.

Quando é realizada a perícia médica no tempo adequado, torna-se possível identificar alguns sinais desse abuso, como por exemplo as Infecções de Transmissão sexual (ISTs), leucorreia, laceração do hímen, lesões no pênis e saco escrotal, lassidão anormal do esfíncter anal ou do hímen e lesões externas nos órgãos genitais como eritemas, edemas e fissuras. Além disso, é necessário ressaltar que de todas as crianças abusadas, 5% apresentaram ISTs. Dessa forma, verifica-se que é imperativa a necessidade de realização de exames sorológicos para assim identificar a infecção e estabelecer o tratamento adequado (WILLUMSEM, 2004; PLATT et al., 2016).

3.1.3 Lesões/sinais oriundos de abuso psicológico

A violência psicológica está presente quando a vítima é “desqualificada de suas capacidades, potencialidades, desejos e emoções ou cobrada excessivamente por pessoa significativa durante o período de crescimento e desenvolvimento” (Assis & Avanci, 2006, p. 59). Esse tipo de abuso pode ser exercido por meio de ameaça, humilhação, chantagem, ridicularização, desvalorização, entre outras maneiras (BRASIL, 2006). Quando exercido de forma crônica, o abuso psicológico gera em suas vítimas consequências negativas para o seu desenvolvimento psicossocial e cognitivo (ASSIS SG, AVANCI, 2006).

Os prejuízos psicopatológicos abrangem desde sentimentos de desvalorização, culpa, exploração (MAIA, 2017), até prejuízos mais graves relacionados ao desenvolvimento e à identidade da pessoa, como transtornos psiquiátricos, dissociação afetiva, níveis intensos de ansiedade, cognição distorcida (DAY et al, 2003), transtornos da personalidade (WAXMAN et al., 2014) e psicoses (CATALAN et al., 2017; ISVORANU et al., 2017). Entretanto, por ser um processo lento e gradual, o abuso psicológico encontra dificuldades para ser identificado (DAY et al, 2003; MAIA, 2017).

3.1.4 Lesões/sinais oriundos de negligência

A negligência é caracterizada pela omissão dos pais/responsáveis em prover as necessidades básicas da criança nos âmbitos social, físico e emocional, impactando a alimentação, educação, saúde, entre outras áreas, sendo o abandono sua forma mais grave (LEÇA, 2011; SOUZA, JORGE, 2006; MAIA, WILLIAMS, 2005; SIQUEIRA, 2006; PASIAN, 2015). É importante ressaltar que, assim como disposto pela Sociedade Brasileira de Pediatria, a privação desses direitos básicos não se configura como negligência quando resulta de uma carência de recursos econômicos, mesmo que medidas de proteção também sejam necessárias nesses casos.

Portanto, mostra-se imprescindível incluir o princípio da intencionalidade na definição de negligência, já que, a falta de compreensão e dificuldade de caracterização do referido tipo de violência contribui com a sua subnotificação (BAZON, 2008; PASIAN, 2012). Para tanto, lança-se mão do conceito proposto pela *World Health Organization* e *International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect* (WHO & ISPCAN, 2006) que considera como

negligência infantil uma falta de vontade, disposição ou capacidade psicológica, de modo crônico, por parte dos pais/responsáveis em cuidar da criança, gerindo de maneira inadequada e insatisfatória as necessidades de seu filhos, de forma que não recorrem ou não utilizam ajuda de outras pessoas que poderiam ou deveriam ajudar.

Outros fatores interferem no processo de notificação, entre eles está o fato de que muitos profissionais e pessoas legais subestimam as consequências da negligência no desenvolvimento da criança por se tratar de uma omissão e por frequentemente não ocasionar traumas físicos, diferentemente das demais formas de agressão (MARTINS, 2006; PASIAN, 2012). Entretanto, estudos evidenciam a negligência como a violação mais comum, correspondendo a maior parte das denúncias de violência infantil (FERREIRA, 2019), bem como, a ocorrências mais frequente de maus-tratos infantis constatada em atendimentos hospitalares (SCHUMACHER, 2018).

Quanto aos desdobramentos da negligência/abandono no desenvolvimento das vítimas, sabe-se que o comprometimento da integridade das mesmas se reflete não só no aspecto físico, como também no aspecto emocional e psicossocial, influenciando na vida adulta (SONEGO, MUNHOZ, 2007; WAIKAMP, SERRALTA, 2018). Diante disso, reitera-se a importância do profissional da saúde, incluindo o cirurgião-dentista, no processo de identificação e notificação desta omissão.

De maneira geral, dentre os principais indicadores/ sinais de negligência estão a inexistência de rotina, carência de higiene pessoal e de vestuário, intoxicações e acidentes que sempre se repetem, hematomas e lesões persistentes ocasionadas por falta de supervisão de um responsável ou falta de cuidados médicos, alterações do desenvolvimento por falta de cuidados adequados (MASSONI et al., 2010; BASTO, ADMÓN, 1999).

3.1.5 Lesões orofaciais proveniente de abusos

Segundo a literatura, cerca de 50 a 75% das lesões derivadas de abusos ocorrem na região orofacial (KIRAN & KAMALA, 2011; NAIDOO, 2000). Dentre as manifestações orofaciais mais comuns encontram-se os hematomas, abrasões ou lacerações do lábio, língua, freios labiais e linguais, mucosa oral, dentes, gengiva, cicatrizes de traumas persistentes, equimoses, marcas de mordida, e arranhões (BECKER, 1978; NAIDOO, 2000; THOMPSON, 2013).

Em relação às lesões orofaciais provenientes de abuso físico, podem ser resultantes de traumatismos cometidos com as mãos ou com objetos na intenção de punir, silenciar ou forçar a alimentação da criança (MAGALHÃES, 2010). Segundo Thompson (2013), os instrumentos utilizados na execução deste tipo de abuso incluem talheres ou uma mamadeira durante alimentações forçadas, mãos, dedos, líquidos escaldantes ou substâncias cáusticas. As consequências do abuso físico podem envolver contusões; queimaduras na língua, palato, gengiva e mucosa; lacerações do freio labial e lingual, lábios, mucosa bucal, palato mole e duro (CAVALCANTI, 2001; THOMPSON, 2013).

Segundo o Manual de atendimento à crianças e adolescentes vítimas de violência (2011), em torno de 30% das crianças que sofreram algum tipo de abuso físico manifestaram traumatismos localizados na cabeça. Nessa área, os órgãos comumente afetados são os olhos, orelhas e boca. Na região dos olhos as lesões são encontradas em forma de edemas e hematomas, podendo em alguns casos, comprometer o cristalino ou até a retina. Quanto às orelhas, identificam-se deformidades em sua estrutura causadas por traumas repetitivos, podendo ocasionar na síndrome da orelha de lata. Além disso, têm ainda a boca, um ponto de lesões frequentes, nesse local podem surgir alterações dentárias decorrentes de traumas, como dentes amolecidos e escurecidos.

Ao que se refere às manifestações orofaciais do abuso sexual infantil, a presença de infecções sexuais em crianças demanda extrema atenção e capacidade de diagnóstico por parte do cirurgião-dentista, posto que representa uma via importante na identificação destes abusos. Entre estas infecções encontram-se: sífilis, gonorreia, infecção por herpes do tipo II, condiloma acuminado, monilíase e tricomoníase. Além disso, a presença de petéquias e eritema no palato podem indicar felação (sexo oral) forçada. Ainda, cita-se a mordida como um aspecto claro de abuso infantil, já que raramente são acidentais, estando mais relacionadas com abuso sexual e físico (MAGALHÃES; MASSONI, 2010; VIEIRA, 1998; ARORA et al., 2013).

No que diz respeito à negligência, como sinais possíveis na região orofacial destacam-se lesões de cárie rampante não tratadas, dor orofacial crônica, edema consequente de abscessos ou celulite, infecções recorrentes, sangramentos e/ou traumas, sendo bastante característica a interrupção do tratamento mesmo após o reconhecimento das condições da criança ou adolescente. Dessa forma, podemos caracterizar a negligência física principalmente como descaso, seja ela na ausência de tratamentos adequados, na demora em procurar assistência

médica ou até mesmo na carência de uma higiene básica (MASSONI et al., 2010; BAPTISTA et al., 2017; WALSMAN, HIRSCHHEIMER 2011).

Ressalta-se ainda que a presença de lesões figuradas, lesões em locais impróprios para acidentes, lesões em diferentes estágios de evolução ou atraso na procura dos cuidados de saúde demandam maior atenção por parte do profissional devido à possível relação com abuso infantil (MAGALHÃES, 2010; CARPENTER, 1999). Outrossim, confrontar o que se observa com a história relatada pela vítima e/ou responsáveis pode sinalizar para uma situação de abuso quando se constata inadequação, mudança ou ausência de explicação para a origem da lesão (CHRISTIAN, 2015; MAGALHÃES, 2010; NUZZOLESE, 2009).

3.2 MOTIVOS DO BAIXO ÍNDICE DE DENÚNCIAS

No Brasil, é obrigatória a notificação de casos de maus-tratos conhecidos, suspeitos ou confirmados (Lei nº 8.069, 1990), prevendo-se sanções para médicos, professores e responsáveis por estabelecimentos de Saúde e de Educação que deixem de fazê-lo. De acordo com o ECA (2019), quando o responsável pelo estabelecimento de atenção à saúde não informa às autoridades sobre uma suspeita ou confirmação de maus-tratos em relação a uma criança, ele sofre uma penalização que envolve uma multa de três a vinte salários e caso haja reincidência, o valor da multa duplica.

Embora os Cirurgiões- Dentistas conheçam essa legislação, eles são os profissionais da saúde que menos denunciam essas agressões, apesar de serem os primeiros a identificá-las (CORRÊA, 2002). Esse cenário relatado anteriormente pode ser exemplificado pelo estudo feito por Azevedo et al (2012), o qual mostrou que dos 86% dos dentistas que reconheceram casos de abuso, apenas 10% destes realizaram de fato a denúncia. Esta realidade também é perceptível em outros países, como na Jordânia, Escócia e Itália, onde os percentuais de denúncias por cirurgiões dentistas são escassos.

Conforme o estudo realizado por Abreu et al. (2017) em uma faculdade de Belo Horizonte, observou-se que os estudantes não se sentem capazes de identificar sintomas e sinais de abuso físico, bem como os cirurgiões dentistas que participaram de uma pesquisa feita por Dalledone et al (2015) nas Unidades Básicas de Saúde em Curitiba-PR, que também relataram

dificuldades em realizar esse diagnóstico. De acordo com Martins-Júnior et al (2019)^[LC1], médicos são os profissionais da saúde que mais realizaram denúncias ao identificarem casos de abuso infantil, seguido por enfermeiras e por fim pelos odontólogos.

Em outro trabalho realizado por Matos (2013), mostrou-se que dos 157 (77 graduandos e 80 cirurgiões-dentistas) entrevistados, parte dos graduandos viram o conteúdo lesões oriundas de abuso nas disciplinas de odontologia legal e odontopediatria enquanto dos profissionais, o número alarmante de 56 não receberam nenhuma informação sobre o assunto durante a graduação. Portanto, essas informações apontam que o conteúdo relacionado ao abuso infantil presente no currículo da graduação dos cursos de odontologia é insuficiente para promover um diagnóstico e notificação adequados (BISS et al, 2015; MATOS et al, 2013).

Além da falta de conhecimento de realizar o diagnóstico já relatado pelos estudantes e dentistas, também são citados outros fatores, como o medo de passar por retaliações, receio de perder pacientes, constrangimento ao preencher a ficha, dificuldade em lidar com determinados casos, receio em se envolver legalmente, sobrecarga do trabalho, ausência do conhecimento geral do problema, negligência do profissional, não saber a quem se dirigir para realizar a denúncia, acreditar que o caso não será resolvido, falta de apoio jurídico, burocracia para informar e também a omissão de alguns profissionais e parentes em defender o agressor (SOUZA et al, 2017; MARTINS-JÚNIOR et al, 2019).

3.3 COMO FAZER A DENÚNCIA

A principal ferramenta de denúncia é a notificação compulsória, sendo a melhor forma conhecer o perfil de violência, desse modo, permitindo ao Ministério da Saúde executar ações para prevenção destes problemas (GARIBINS et al, 2015). A notificação de casos de abuso e violência envolvendo crianças e adolescentes deve ser feita não só à Vigilância Epidemiológica, como também ao Conselho Tutelar (MATOS; SILVA; NASCIMENTO, 2020), e na ausência desses, deve ser encaminhado ao Juizado da Infância e Juventude (SANTOS; PONTES, 2017).

Quando o caso é notificado ao Conselho Tutelar, também é enviada uma cópia do registro a Secretaria de Saúde do município, e apesar do conselho ser a principal via de denúncia, existe ainda a alternativa de comunicar a Vara da Infância e Juventude (LUNA, FERREIRA, VIEIRA,

2010; SANTOS, PONTES, 2017). Além disso, se o caso abranger uma situação de abuso sexual, negligência severa ou violência física, deve ser feita uma notificação à Delegacia Especial de Proteção à Criança e ao Adolescente ou então à Delegacia de Polícia que esteja mais próxima. (GARBIN, et al., 2015).

Ademais, no que se refere ao registro de informações relacionada aos maus-tratos infantis correspondentes à manifestações orofaciais, incorpora-se ao arquivo as fotografias e radiografias quando possível e obrigatoriamente a descrição do ferimento. Estas informações devem ser anexadas ao prontuário odontológico, juntamente com o relato sobre os aspectos sobre a posição, severidade, aparência e distribuição dos ferimentos. (MASSONI et al, 2010; MATHUR, CHOPRA, 2013). Assim como, se torna necessário ao profissional acrescentar na documentação individual, em casos de suspeita de abuso, o registro comportamental demonstrado pela criança frente aos pais e desacompanhado (KARAGEORGE E KENDALL, 2008).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com a análise da literatura realizada, foi possível observar que, em sua maioria, os cirurgiões-dentistas não apresentam o conhecimento necessário para realizar um diagnóstico referente a um abuso infantil e, por não ter esse conhecimento, acabam por não informar o caso às autoridades necessárias. Outras razões para não serem feitas as denúncias pelos odontólogos são: o medo de envolver legalmente em um caso, não saber como fazê-la, receio de perder pacientes, entre outros. Desta forma, se torna crucial que esse tema seja mais abordado na graduação e pós-graduação, fazendo com que o dentista saiba reconhecer um caso de abuso e conheça o processo da denúncia.

5. REFERÊNCIAS

ABREU, P. T. R. et al. **Abuso físico infantil: vivências e atitudes de estudantes de Odontologia.** Revista da ABENO. v. 17, n. 2, p. 107-119, 2017.

ALVES, Milena Arantes et al. **Importância do cirurgião-dentista no diagnóstico de abuso sexual infantil–revisão de literatura.** Revista Brasileira de Odontologia Legal, v. 3, n. 2, 2016

ASSIS F. R. E. R; FERREIRA E. B. **Repercussões da violência doméstica contra crianças e**

adolescentes. Adolesc Saúde. v. 9, n. 2, p. 53-59, 2012.

ASSIS, S., e AVANCI, J. **Abuso psicológico e desenvolvimento infantil.** In C. Lima (Ed.). Violência faz mal à saúde (pp. 59- 67). Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

AZEVEDO, M; GOETTEMES, M. L.; BRITO, A.; POSSEBON, A. P.; DOMINGUES, J.; DEMARCO, F. F. **Child maltreatment: a survey of dentists in southern Brazil.** Brazilian Oral Research, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 5–11, jan/ fev 2012.

BAPTISTA, Ana Sofia et al. **Dental Neglect, one type of child abuse-Narrative review.** MedicalExpress, v. 4, n. 3, 2017.

BASTO, M. C. E; ADMÓN, M. **Pub. Indicadores para la detección de maltrato en niños.** Salud Pública de México. v. 41, n. 5, p. 420-425, 1999.

BAZON, Marina Rezende. **Violências contra crianças e adolescentes:** análise de quatro anos de notificações feitas ao Conselho Tutelar na cidade de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, v. 24, p. 323-332, 2008.

BÉRGAMO, L. P. D; BAZON, M. R. **Experiências Infantis e Risco de Abuso Físico:** Mecanismos Envolvidos na Repetição da Violência. Psicologia: Reflexão e Crítica. v.24, n. 4, p. 710-719, 2011.

BISS, S. P et al. **Maus tratos infantis:** avaliação dos currículos dos cursos em Odontologia. Revista da ABENO, Porto Alegre, v. 15, n. 1, 2015.

BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. **Estatuto da Criança e do Adolescente.** Brasília: Diário Oficial da União, 1990.

CATALAN, A., ANGOSTO, V., DÍAZ, A., VALVERDE, C., DE ARTAZA, M. G., SESMA, E., GONZALES-TORRES, M. A. **Relation between psychotic symptoms, parental care and childhood trauma in severe mental disorders.** Psychiatry Research, 251, 78-84, 2017. doi: 10.1016/j.psychres.2017.02.017

CAVALCANTI, A. L. **Abuso Infantil:** protocolo de atendimento odontológico. RBO, Rio de Janeiro, v. 58, n. 6, p.378-380, nov./dez, 2001.

CECCONELLO, A. M; DE ANTONI, C; KOLLER, S. H. **Práticas educativas, estilos parentais e abuso físico no contexto familiar.** Psicologia em Estudo. v. 8, p. 45-54, 2003

CORRÊA, M. S. N. P. **Sucesso no atendimento odontopediátrico:** aspectos psicológicos. São Paulo: Santos, 2002.

DALLEDONE, M et al. **Child abuse:** perception and knowledge by public health dentistry teams in Brazil. Brazilian Journal of Oral Sciences, Piracicaba, v. 14, n. 3, p. 224- 229, 2015.

DAY, Vivian Peres et al. **Violência doméstica e suas diferentes manifestações.** Revista de

psiquiatria do Rio Grande do Sul, v. 25, p. 9-21, 2003.

FARIAS, M. S. et al. **Caracterização das notificações de violência em crianças no município de Ribeirão Preto, São Paulo, no período 2006-2008.** Epidemiol. Serv. Saúde. v.25, n.4, p.799-806, 2016

FERREIRA, Cleiciara Lúcia Silva; CÔRTEZ, Maria Conceição J. Werneck; GONTIJO, Eliane Dias. **Promoção dos direitos da criança e prevenção de maus tratos infantis.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 24, p. 3997-4008, 2019.

GARBIN, C. A. S. et al. **Desafios do profissional de saúde na notificação da violência: obrigatoriedade, efetivação e encaminhamento.** Ciênc. saúde coletiva. v. 20, n. 6, p.1879-90, 2015.

ISVORANU, A., VAN BORKULO, C. D., BOYETTE, L. L., WIGMAN, J. T., VINKERS, C. H., & BORSBOOM, D. **A network approach to psychosis: pathways between childhood trauma and psychotic symptoms.** Schizophrenia Bulletin, 43(1), 187-196, 2017. doi: 10.1093/schbul/sbw055.

KARAGEORGE, K.; KENDALL, R. **The Role Of Professional Child Care Providers In Preventing And Responding To Child Abuse And Neglect.** US Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families, Administration on Children, Youth and Families, Children's Bureau, Office on Child Abuse and Neglect, 2008.

KIRAN, K; KAMALA, B. **Child abuse and the role of a dental professional -the Indian scenario.** Child Abuse & Neglect. v. 35, n. 3, p. 157-158, 2011.

LEÇA, A. et al. **Maus tratos em crianças e jovens. Guia prático de abordagem, diagnóstico e intervenção.** 2011. Disponível em:< <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/maus-tratos-em-criancas-e-jovens-guia-pratico-de-abordagem-diagnostico-e-intervencao-pdf.aspx>>. Acesso em: 21 de junho de 2021.

LIRA, M. O. S. C. et al. **Abuso sexual na infância e suas repercussões na vida adulta.** Texto Contexto Enferm. v. 26, n. 3, 2017

LUNA, G. L. M.; FERREIRA, R. C.; VIEIRA, L. J. E. S. **Notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes por profissionais da Equipe Saúde da Família.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 15, p. 481-491, 2010

MAGALHÃES, T. **Abuso de Crianças e Jovens.** Da suspeita ao diagnóstico. Lisboa: Lidel Editora. 2010.

MAIA, J., & WILLIAMS, L. **Fatores de risco e fatores de proteção ao desenvolvimento infantil:** Uma revisão da área. Temas em Psicologia, 13(2), 91-103, 2005.

MAIA, Rosely Cardoso et al. **Da proteção ao risco:** configurações da violência intrafamiliar na juventude paraense. Psicologia: Teoria e Pesquisa, v. 33, 2017.

- Martins, F. F. S. **Crianças negligenciadas: A face (in)visível da violência familiar** (Dissertação de mestrado, Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006.
- MARTINS-JUNIOR, P. A. et al. **Abuso físico de crianças e adolescentes: os profissionais de saúde percebem e denunciam?** *Ciência & Saúde Coletiva*.v. 24, n.7, p. 2609-2616, 2019.
- MASSONI, A. et al. **Orofacial aspects of childhood abuse and dental negligence.** *Ciência & Saúde Coletiva*. v. 15, n. 2, p. 403-410, 2010.
- MATHUR, S.; CHOPRA, R. **Combating child abuse: the role of a dentist.** *Oral Health & Preventive Dentistry*, v. 11, n. 3, 2013.
- MATOS, Érik McDonnell Rodrigues; SILVA, Henua Ketelin Costa; NASCIMENTO, Francilma Sousa. **A responsabilidade civil e legal do cirurgião dentista frente a crianças e adolescente que sofrem maus-tratos.** *Revista Cathedral*, v. 2, n. 3, p. 84-102, 2020.
- MATOS, F. Z. et al. **Avaliação do conhecimento dos alunos de graduação em odontologia x cirurgião dentista no diagnóstico de maus-tratos a crianças.** *Rev Odontol Bras Central*. v. 22, n. 63, 2013.
- NEVES, A. S. et al. **Abuso sexual contra a criança e o adolescente: reflexões interdisciplinares.** *Temas em Psicologia*. v. 18, n. 1, p.99 – 111, 2010.
- NUNES, A. J; SALES, M. C. V. **Violência contra crianças no cenário brasileiro.** *Ciência e Saúde Coletiva*. v. 21, n. 3, p. 871-880, 2016.
- NUZZOLESE, E. et al. **Child abuse and dental neglect: the dental team's role in identification and prevention.** *International Journal of Dental Hygiene*. v. 7, n. 2, p. 96-101, 2009.
- PASCOLAT, G. et al. **Abuso físico: o perfil do agressor e da criança vitimizada.** *Jornal de Pediatria*. v. 77, n.1, 2001
- PASIAN, M. S. **Maus-tratos infantis: O impacto da negligência no desenvolvimento psicossocial e acadêmico de crianças em fase inicial de escolarização** (Tese de doutorado, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.
- PASIAN, Mara Silvia et al. **Negligência infantil a partir do Child Neglect Index aplicado no Brasil.** *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v. 28, n. 1, p. 106-115, 2015.
- PÁTRIAN, A. C. A; RIOS, K. S. A; WILLIAMS, L. C. A. **Validade de Critério do Inventário de Potencial para Abuso Infantil (CAP).** *Paidéia*. v. 23, n. 54, p. 43-51, 2013.
- PERES, A. S; SILVA, R. H. A; LOPES-JUNIOR, C; CARVALHO, S. P. M. **Odontologia and the challenge in the identification of bad-treatments.** *Clín.-Científ.* v. 7, n. 3, p. 185-189, 2008.

PICINI, M. et al. **Avaliação de crianças com suspeita de maus-tratos físicos: um estudo de 500 casos.** Rev Bras Ortop. v.51, n. 3, p. 284-290, 2017.

PLATT, V. B et al. **Violência sexual contra crianças: autores, vítimas e consequências.** Ciência e Saúde Coletiva. v. 23, n. 4, p. 1019-1031, 2016.

SANTOS, Bruna Freire Vasconcelos dos; PONTES, Jasmine de Lima. **Competência do cirurgião-dentista sobre maus tratos: uma revisão de literatura.** 2017.

SCHAEFER, L. S. et al. **Indicadores Psicológicos e Comportamentais na Perícia do Abuso Sexual Infantil.** Trends Psychol. v. 26, n. 3, p. 1467-1482, 2018.444

SIQUEIRA, A. **Instituições de abrigo, família e rede de apoio social e afetivo em transição ecológica na adolescência.** (Dissertação de mestrado não publicada). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2006.

SIQUEIRA, Caroline Cristina et al. **O cirurgião-dentista e o abuso infantil: da suspeita a notificação.** 2018.

SOLÍS-GARCÍA, G et al. **Maltrato infantil en Urgencias: epidemiología, manejo y seguimiento.** An Pediatr. v. 91, n. 1, p.37-41, 2019.

SONEGO, Cristiane; MUNHOZ, Divanir Eulália Naréssi. **Violência familiar contra crianças e adolescentes: Conceitos, expressões e características.** Emancipação, v. 7, n. 1, p. 215-241, 2007.

SOUZA, C. E. et al. **Violência infantil e a responsabilidade profissional do cirurgião-dentista – Revisão de literatura.** Rev Bras Odontol Leg. v. 4, n. 1, p. 53-63 2017.

SOUZA, E.; JORGE, M. **Impacto da violência na infância e adolescência brasileiras: Magnitude da morbimortalidade.** In C. A. Lima (Ed.), Violência faz mal à saúde (pp. 23-38). Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

VELOSO, Amanda Gonçalves et al. **Conhecimento e notificação do cirurgião dentista sobre o abuso físico infantil.** Revista de Iniciação Científica da Universidade Vale do Rio Verde, v. 8, n. 1, 2018.

VIEIRA, A. R.; MODESTO, A; ABREU, V. I. **Avaliação dos casos de abuso infantil do Hospital Souza Aguiar (RJ) e sua relação com o cirurgião-dentista.** Pediatria atual, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1/2, p. 21-32, jan./fev. 1998.

WAIKAMP, Vitória; BARCELLOS SERRALTA, Fernanda. **Repercusiones del trauma en la infancia en la psicopatología de la vida adulta.** Ciencias Psicológicas, v. 12, n. 1, p. 137-144, 2018.

WALSMAN, R. D; HIRSCHHEIMER, M. R. **Manual de atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência.** São Paulo: CFM. 2011,172 p.

WAXMAN, R., FENTON, M. C., SKODOL, A. E., GRANT, B. F., & HASIN, D. Childhood maltreatment and personality disorders in the USA: Specificity of effects and the impact of gender. *Personality and Mental Health*, 8(1), 30-41, 2014. doi: 10.1002/pmh.1239

WORLD HEALTH ORGANIZATION, & INTERNATIONAL SOCIETY FOR PREVENTION OF CHILD ABUSE AND NEGLECT. (2006). **Preventing child maltreatment: A guide to taking action and generating evidence**. Retrieved December 10, 2011, from <http://www.ispcan.org/publications.htm>