

# A IMPORTÂNCIA DO CIRURGIÃO-DENTISTA PARA O RECONHECIMENTO E IDENTIFICAÇÃO DE MAUS-TRATOS INFANTIS

Brenda Mara Guimarães, Emanuelle Cristina Bié Carvalho, Isabela Pinheiro Aguiar Brasil  
Marins, Kamyla Garcias Souza<sup>1</sup>

Recebido em: 30.11.2023

Aprovado em: 18.12.2023

**Resumo:** Os maus-tratos, que são caracterizados por qualquer forma de agressão física emocional, sexual e atos de negligência, estão presentes na vida de muitas crianças e adolescentes. Os profissionais da saúde exercem um papel fundamental na identificação e notificação de casos de maus-tratos aos órgãos competentes. Nesse contexto, o CD desempenha papel fundamental no reconhecimento, prevenção e notificação às situações de maus-tratos, pois tem uma posição estratégica para a detecção dos casos. O objetivo do presente estudo é expor e discutir a importância do CD na identificação precoce de crianças vítimas de maus-tratos. Trata-se de uma revisão de literatura, construída mediante uma exploração da base de dados da BVS, LILACS e PubMed, utilizando os descritores “maus-tratos infantis” e “cirurgião-dentista”, isoladamente e associados entre si pelo operador booleano “AND”. Os maus-tratos vêm atingindo um crescente número de crianças e adolescentes, de todas as idades e sexos, constituindo-se em um problema social e de saúde pública em vários países, inclusive no Brasil. A notificação representa o principal meio de enfrentar os casos de maus-tratos e violência, uma vez que dela derivam ações na rede de atenção e proteção. Porém, a falta de informação sobre a temática, aliada a escassez de treinamentos dificulta a identificação dos casos, bem como o entendimento dos profissionais acerca da importância em notificar. Conclui-se que os maus-tratos infantis são capazes de gerar diversas repercussões negativas na vida da vítima, como lesões,

<sup>1</sup> Discentes da graduação em Odontologia do Centro Universitário Newton Paiva, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

problemas de autoestima e interação social, além da diminuição do bem-estar. O cirurgião-dentista deve ser capaz de reconhecer e diagnosticar casos suspeitos, visto que a região craniofacial é uma amplamente atingida por esse tipo de violência, viabilizando uma intervenção e prestação de serviços correta.

**Palavras-chave:** maus-tratos infantis; cirurgião-dentista; violência

*The importance of the dental surgeon in recognition and identification of child abuse*

**Abstract:** Abuse, which is characterized by any form of physical, emotional and sexual aggression and acts of neglect, is present in the lives of many children and adolescents. Health professionals play a fundamental role in identifying and reporting cases of mistreatment to the competent bodies. In this context, the CD plays a fundamental role in recognizing, preventing and reporting situations of abuse, as it has a strategic position for detecting cases. The objective of the present study is to expose and discuss the importance of CD in the early identification of children who are victims of abuse. This is a literature review, constructed through an exploration of the VHL, LILACS and PubMed database, using the descriptors “child abuse” and “dental surgeon”, separately and associated with each other by the Boolean operator “AND”. Abuse has been affecting a growing number of children and adolescents, of all ages and genders, constituting a social and public health problem in several countries, including Brazil. Notification represents the main means of confronting cases of mistreatment and violence, since actions in the care and protection network are derived from it. However, the lack of information on the subject, combined with the lack of training, makes it difficult to identify cases, as well as for professionals to understand the importance of reporting. It is concluded that child abuse is capable of generating several negative repercussions on the victim's life, such as injuries, problems with self-esteem and social interaction, in addition to a decrease in well-being. The dentist must be

able to recognize and diagnose suspected cases, as the craniofacial region is widely affected by this type of violence, enabling correct intervention and provision of services.

**Keywords:** child abuse; dental surgeon; violence.

## 1 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define maus-tratos infantis como sendo “qualquer forma de agressão física e emocional, abuso sexual e atos de negligência, assim como a exploração comercial, que resulte em dano real ou potencial à saúde, à sobrevivência, à dignidade e ao desenvolvimento no contexto de uma relação de responsabilidade, confiança ou poder”<sup>1</sup>. Por sua vez, o Ministério da Saúde (MS) caracteriza a violência contra crianças e adolescentes como toda representação de ação ou omissão capaz de provocar lesões, danos e transtornos a seu desenvolvimento integral<sup>2</sup>.

Os maus-tratos estão presentes na vida de muitas crianças e adolescentes, sendo que muitos são cometidos em ambientes familiares<sup>3</sup>. Trata-se de um problema historicamente presente, ainda recorrente e crescente no Brasil, que se constitui como um grave problema na sociedade, pois envolve fatores socioeconômicos, culturais e étnicos<sup>1</sup>.

Estima-se que, em todo o mundo, cerca de 3.500 crianças e adolescentes morrem todos os anos decorrentes de maus-tratos, como abuso físico, violência e negligência<sup>4</sup>. Assim, é considerado um problema de saúde pública, pois além dos altos índices de morbidade e mortalidade decorrentes, as vítimas de maus-tratos têm uma significativa diminuição da sua qualidade de vida<sup>5</sup>.

No Brasil, os maus-tratos foram considerados, em 2013, a primeira causa mais prevalente de morte para a faixa etária de 5 a 19 anos e a segunda para a faixa etária de 1 a 4 anos de idade<sup>3</sup>. Ainda no cenário nacional, a identificação e

notificação de crianças e adolescentes vitimizadas ainda é um desafio, considerando que o atendimento dos casos requer abordagem intersetorial e multidisciplinar<sup>6</sup>.

Nesse contexto, infere-se que os profissionais da saúde exercem um papel fundamental na identificação e notificação de casos de maus-tratos aos órgãos competentes<sup>7</sup>. A implementação da Lei 8.069 fundamentou medidas que oferecem proteção à criança e ao adolescente, tornando obrigatórias as notificações nos casos confirmados ou suspeitos de violência e maus-tratos<sup>8</sup>. No entanto, em muitos casos, há negligência e isso não acontece, principalmente por falta de conhecimento e observação<sup>4</sup>.

Como a maioria das lesões físicas, como hematomas, queimaduras, lacerações e cortes, decorrentes de maus-tratos envolvem as regiões craniofaciais, acredita-se que o cirurgião-dentista (CD) possua grande importância na identificação e notificação dessas situações<sup>9</sup>. Em consonância a isso, a literatura relata que cerca de 60 a 75% das crianças vítimas de maus-tratos apresentam os resultados disso na região de cabeça e pescoço. Ademais, Souza et al. (2016)<sup>6</sup> acrescentam que a cavidade oral pode ser considerada uma região de referência para identificação de possíveis sinais de agressão ou abuso, principalmente devido à sua implicação na comunicação e nutrição. Isso exige que o cirurgião-dentista (CD) seja capaz de reconhecer e identificar características, sinais e sintomas orofaciais inconsistentes.

Vítimas de maus-tratos infantis apresentam sinais orofaciais característicos, como abrasões ou hematomas na língua, lábios, mucosa oral, freio, etc; lesões dento-alveolares; avulsões; fraturas ósseas; queimaduras, dentre outras<sup>10</sup>. Além disso, em crianças negligenciadas podem ser observados sinais de precariedade na higiene bucal, como halitose, lesões cáries extensas, infecções odontogênicas, placas, cálculos e úlceras aftosas, como resultado de uma deficiência nutricional<sup>11</sup>.

Assim, o CD desempenha papel fundamental na prevenção, identificação, notificação e atenção às situações de maus-tratos infantis, pois tem uma posição estratégica para a detecção dos casos, principalmente por normalmente ter contato com o paciente desde a primeira infância e por grande parte dos resultados dos maus-tratos serem observadas na região de cabeça e pescoço<sup>12</sup>.

Pondera-se que em virtude das suas graves repercussões, é imprescindível que os maus-tratos infantis sejam diagnosticados precocemente para a intervenção adequada e proteção das vítimas<sup>9</sup>. Para tanto, os profissionais precisam de conhecimento aprofundado, ferramentas didáticas e clínicas que possam ajudá-los na identificação dos sinais e sintomas característicos<sup>13</sup>.

Sabendo que é indispensável que o CD seja capaz de reconhecer, identificar e notificar possíveis lesões na região craniofacial sugestivas de maus-tratos infantis, o objetivo do presente estudo é expor e discutir, por meio de uma revisão de literatura, a importância do CD na identificação precoce de crianças vítimas de maus-tratos.

## **2 MATERIAL E MÉTODO**

O presente estudo se caracteriza por ser uma revisão de literatura, construída mediante uma análise ampla da temática abordada, apresentando caráter descritivo-discursivo. Realizou-se uma exploração da base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Literatura Latino – Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e PubMed, utilizando os descritores “maus-tratos infantis” e “cirurgião- dentista”, previamente verificados e validados pelos Descritores em Ciências da Saúde (DECS). Durante a busca, os descritores foram utilizados tanto de forma isolada, quanto associados entre si com o operador booleano “AND”.

Ademais, realizaram-se algumas etapas preponderantes para elaborar uma revisão de literatura, como: i) definição do problema de pesquisa e hipótese; ii)

definição dos critérios de inclusão e exclusão de estudos; iii) ampla busca bibliográfica em bases de dados; iv) análise e fichamento das publicações de interesse; v) interpretação dos resultados.

Foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: i) publicações realizadas entre 2012 e 2022; ii) estudos originais no idioma português e inglês; iii) publicações na íntegra e acessíveis; iv) publicações de interesse para os autores e concordantes com a temática. Já como critérios de exclusão citam-se: i) teses e dissertações; ii) texto integral não disponível; iii) publicações duplicadas.

### **3 RESULTADOS**

A princípio, foram encontrados 134 artigos na BVS, 62 artigos no PubMed e 105 na LILACS, totalizando 301 estudos. Ao aplicar os critérios de inclusão e exclusão, 68 estudos foram inicialmente classificados como pertinentes. Após remoção dos duplicados, restaram 42, os quais foram avaliados por meio do título, resumo e de seu texto na íntegra. Pautado nisso, foram selecionados 25 estudos que compuseram a amostra final com informações coerentes e relevantes para a compreensão do tema abordado.

#### **3.1 Maus-tratos infantis**

Os maus-tratos vêm atingindo um crescente número de crianças e adolescentes, de todas as idades e sexos, constituindo-se em um problema social e de saúde pública em vários países, inclusive no Brasil<sup>14</sup>. Esse fenômeno se tornou notório, provocando graves repercussões na saúde física e mental das vítimas, uma vez que causa um imenso sofrimento e trauma, comprometendo de maneira significativa o bem-estar<sup>6</sup>.

Os maus-tratos se dividem em físicos, psicológicos, sexuais e negligência. De forma mais específica, são definidos como, segundo Garbin et al. (2016)<sup>15</sup> e Barbi et al. (2021)<sup>12</sup>:

- Maus-tratos físicos: ocorrem por meio do uso da força física com intenção de ferir e agredir, deixando ou não sinais aparentes;
- Maus-tratos psicológicos: podem ser objetivos ou subjetivos em forma de discriminação, repressão, rejeição e depreciação. Marca a psique da criança, prejudicando o seu desenvolvimento biopsicossocial, e se tratando de uma violência que não deixa sinais, a torna uma das mais difíceis de ser identificada;
- Maus-tratos sexuais: consistem em todo ato ou contexto sexual no qual o adulto utiliza, induz ou estimula a criança ou adolescente. Essa agressão pode ser por contato físico oral, genital, anal; e visual, como produção de fotos e exibicionismo;
- Negligência: refere-se aos atos de omissão do adulto responsável, sejam eles pais, pessoas próximas ou demais familiares, os quais são encarregados de fornecer subsídio para um desenvolvimento adequado da criança e do adolescente. A ausência desses cuidados básicos coloca em risco a qualidade de vida do menor.

Historicamente, a violência contra as crianças era ignorada e ocorria no ambiente familiar sendo vinculada ao processo natural de educar<sup>16</sup>. Dessa forma, um dos obstáculos relacionados aos maus-tratos infantis, principalmente no quesito identificação, pode ser o próprio ambiente familiar, que cria uma barreira para ocultá-lo e não o reconhece como agressão<sup>9</sup>.

É importante mencionar que os maus-tratos não pertencem a um nível socioeconômico específico, mas apresentam agravantes para a violência

infantil, incluindo a baixa renda familiar, famílias jovens, histórico de maus-tratos dos pais e a presença de violência no ambiente onde a criança vive<sup>17</sup>.

Entre os anos de 2016 e 2017, só no Brasil, foram computados cerca de 220 mil registros relacionados à violência contra crianças e adolescentes, mas a prática relacionada às denúncias contra os maus tratos infantis no país ainda não condiz com a realidade<sup>11</sup>. Isso porque, em estudos como o de Carvalho et al. (2013)<sup>18</sup>, foi observado que apenas 20% das ocorrências são notificadas aos órgãos competentes.

Assim, observa-se que a existência dos maus-tratos é oriunda do ser humano e por isso é tão antiga quanto à humanidade<sup>12</sup>. Sua gravidade é ainda maior nas crianças que, por serem indivíduos indefesos que estão em desenvolvimento físico e cognitivo, tendem a ter maiores sequelas e serem mais prejudicados<sup>15</sup>.

### **3.2 Principais lesões craniofaciais decorrentes de maus-tratos**

Diversas lesões podem acometer a região craniofacial, colocando o CD numa posição estratégica no que diz respeito à identificação de maus-tratos infantis e na notificação compulsória desses casos, colaborando para uma melhor assistência e proteção da vítima<sup>9</sup>. Destaca-se que a suspeita de maus-tratos baseia-se essencialmente na anamnese, observação comportamental, exames clínicos e complementares<sup>19</sup>.

As lesões físicas do complexo craniofacial incluem lesões faciais, cranianas e intraorais. Especificamente as lesões faciais incluem, em ordem decrescente de frequência, contusões, hematomas, lacerações, abrasões e queimaduras<sup>16</sup>. As equimoses podem ser produzidas por uma forma natural de contusão, como tapas, socos, chutes e, mordidas, mediante instrumentos rígidos ou semi-rígidos com superfície de impacto mais ou menos regular, como varas e utensílios domésticos, além de instrumentos de ligadura, como cadarços e cintos<sup>20</sup>.



Por sua vez, as lesões intraorais incluem hematomas, escoriações ou lacerações, que podem ser observadas em toda cavidade oral, como região do freio, gengiva, língua, lábios, mucosa oral, palato duro e mole, etc, que podem ser causadas por traumas, agressões, alimentação forçada ou utensílios quentes<sup>21</sup>.

Os elementos dentários podem apresentar fraturas, luxações, avulsões ou mobilidade não fisiológica. Ademais, dentes escurecidos, indicando necrose pulpar, podem ser resultado de um trauma prévio<sup>4</sup>. Em alguns casos são observadas múltiplas raízes residuais para que a explicação dada pelos pais ou cuidadores não possa ser correlacionada com a evolução do incidente traumático<sup>13</sup>.

Na região extraoral, principalmente nos lábios, pode-se observar hematomas, lacerações, cicatrizes de traumas anteriores, queimaduras por comida quente ou cigarro, equimoses e escoriações<sup>22</sup>. A mandíbula e a maxila muitas vezes podem apresentar sinais de fratura precoces ou anteriores, localizadas nos côndilos, ramo ascendente mandibular, sínfise mandibular, osso nasal, complexo zigomático-maxilar e órbita<sup>7</sup>.

Nos casos de abuso sexual são observados eritemas, úlceras, vesículas com secreção purulenta ou pseudomembranosa nos lábios, língua, palato ou faringe, que são sintomas de infecções sexualmente transmissíveis<sup>20</sup>. Destaca-se como sinal de sexo oral forçado a presença de lacerações dos freios e de eritema, petéquias e equimoses na junção do palato duro e palato mole ou no assoalho bucal<sup>23</sup>.

Por fim, a apresentação clínica das vítimas submetidas à negligência inclui cárie dentária não tratada com progressão, infecções odontogênicas, úlceras aftosas envolvendo vários sítios intrabucais que podem ser atribuídas a

deficiências nutricionais, depósitos de placa e cálculo, halitose ou mau hálito e higiene bucal deficiente na existência de condições patológicas<sup>21</sup>.

### **3.3 Outros sinais e sintomas de crianças vítimas de maus-tratos**

Inicialmente, deve-se ponderar que os maus-tratos infantis podem ser apresentados ao CD por meio de diferentes contextos, como alegação direta da própria criança ou adolescente; sinais e sintomas sugestivos; observação do comportamento da criança e do adolescente; e anormalidades de interação entre as crianças e seus responsáveis<sup>24</sup>.

Mencionam-se também algumas situações sugestivas de maus-tratos infantis, como, por exemplo, o medo da criança de seus pais; demora em procurar atendimento; criança deprimida, agressiva e introvertida, com aversão ao toque; mudança de comportamento da criança na ausência dos pais; família extremamente ansiosa ou nada ansiosa/preocupada<sup>20</sup>.

Muitos casos de maus-tratos que ocorrem no âmbito familiar são omitidos pelos familiares, logo apresentando relatos confusos e inconsistentes, que não correspondem com as observações clínicas<sup>19</sup>. Assim, o profissional deve estar atento a esses indícios, sendo importante manter um diálogo com criança e família separadamente<sup>13</sup>.

Sinais como dificuldade de deglutição, descontrole dos esfíncteres e problemas para andar podem ser evidências de violação sexual<sup>21</sup>. Além disso, em vítimas de abuso sexual, comportamentos anormais como conduta sexualmente explícita imprópria e comportamento defensivo intensificado também podem ser observados<sup>25</sup>.

Os ferimentos ou lesões que se encontram próximos à região de cabeça e pescoço também são importantes para que se chegue à conclusão de maus-tratos, alguns desses ferimentos incluem: hemorragia da retina, hematoma

perioral, contusões e fraturas na região nasal, além de danos à membrana timpânica.

Também se deve suspeitar de maus-tratos quando observar atraso no desenvolvimento psicomotor; presença de lesões em várias partes do corpo ou lesões bilaterais; lesões envolvendo partes do corpo cobertas, como as áreas laterais do corpo; história de acidentes recorrentes que requerem tratamento hospitalar; história de internações por traumas acidentais; e falta de explicação da demora entre o acidente e a procura de tratamento médico<sup>16</sup>.

Falta de contato visual, oscilações bruscas de humor, abstinência ou agressividade, baixa autoestima, passividade, timidez excessiva, carência afetiva e incompreensão, diminuição do autocontrole e rituais compulsivos também se caracterizam como sinais de alerta<sup>7</sup>. Assim, infere-se que o CD deve estar atento a todos os detalhes durante uma consulta, incluindo a aparência geral da criança, sua compleição e estatura, o andar, seu relacionamento com os pais e sua vestimenta<sup>11</sup>.

### **3.4 Protagonismo do cirurgião-dentista no reconhecimento e identificação**

O CD tem como dever zelar pela saúde e pela dignidade do paciente, independentemente de onde esteja exercendo a sua profissão, desempenhando papel fundamental na prevenção, identificação, notificação e atenção às situações de maus-tratos infantis<sup>3</sup>. A literatura enfatiza sua posição estratégica para a detecção dos casos, visto que a maioria das lesões se encontra na região craniofacial<sup>9</sup>.

A responsabilidade desse profissional na prevenção de abuso e negligência infantil foi assumida pela primeira vez em 1970, quando a American Dental Association passou a exigir o reconhecimento e a notificação de sinais periorais de abuso infantil aos seus Princípios de Conduta e Código de Ética. O código

tornou obrigatório que o CD incorporasse o conhecimento sobre os sinais de lesões físicas de maus-tratos envolvendo a região craniofacial para notificar os casos suspeitos às autoridades competentes<sup>20</sup>.

Ao lidar com casos suspeitos de maus-tratos infantis, um diagnóstico diferencial e abrangente é de suma importância<sup>25</sup>. Trata-se de uma oportunidade para os profissionais de saúde comparar as características das lesões com a história relatada pelos pais ou responsáveis<sup>14</sup>.

No atendimento do consultório odontológico o CD pode encontrar crianças com lesões características de violência física, seja em um exame de rotina ou qualquer outro atendimento<sup>18</sup>. Quando isso ocorre, é importante uma investigação minuciosa por meio de perguntas feitas para a criança e para os pais ou responsáveis, a fim de comparar os relatos e verificar possíveis inconsistências. Além disso, o profissional pode recorrer a exames radiográficos para a confirmação de algumas lesões, atentando<sup>22</sup>.

Cabe também ao CD esclarecer os pais e responsáveis a respeito das implicações legais que estão submetidos no caso de promover os maus-tratos às crianças e aos adolescentes<sup>13</sup>. Acredita-se que a prevenção pode incentivar na mudança de conduta dos pais no que diz respeito à reflexão sobre os cuidados com a saúde geral de seus filhos<sup>10</sup>.

Por fim, sinaliza-se que o incentivo às consultas periódicas pode ser um fator a acrescentar na checagem de maus-tratos, visto que nesse momento o profissional poderá perceber mais precocemente os sinais e sintomas, para que se suspeitarem de condutas inadequadas procurem auxílio<sup>19</sup>.

### **3.5 Importância da notificação de possíveis casos de maus-tratos**

A notificação representa o principal meio de enfrentar os casos de maus-tratos e violência, uma vez que dela derivam ações na rede de atenção e proteção,

voltadas para a promoção de saúde, prevenção de reincidências e estabelecimento de uma linha de cuidados às pessoas envolvidas nessas situações<sup>21</sup>.

A notificação compulsória de maus-tratos infantis é uma comunicação entre qualquer pessoa, órgão ou profissional da saúde e instituições competentes, especializadas na proteção da criança, como o Conselho Tutelar, Vara da Infância e da Juventude, Órgão de Proteção à Criança e ao Adolescente ou Delegacia de Polícia mais próxima<sup>3</sup>.

Nos casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos, a identificação ou denúncia de violência contra crianças e adolescentes concretiza-se no preenchimento da ficha de notificação compulsória<sup>8</sup>. A ficha de notificação funciona como importante fonte de comunicação entre a Secretaria de Saúde, o Conselho Tutelar, o profissional ou equipe de saúde que tiveram contato próximo com a criança ou o adolescente vitimizada, além da sua família<sup>11</sup>.

Além disso, para realizar a notificação, os órgãos podem ser contatados por ligação, por escrito ou presencialmente, de modo anônimo ou não<sup>24</sup>. Depois de feita a denúncia pelo profissional, o conselho irá apurar a veracidade da situação por meio de conversas com a família e visita domiciliar, realizando um diagnóstico situacional de cada família<sup>16</sup>.

Destaca-se que a notificação compulsória de maus-tratos não tem valor de denúncia policial, isso significa que quando um profissional está informando que uma criança está em situação de vulnerabilidade, ele está reconhecendo as demandas especiais e urgentes da vítima e chamando o poder público à sua responsabilidade<sup>15</sup>. Os órgãos acionados se responsabilizam pela averiguação das informações e encaminhamento para os setores de ação, interrompendo o ciclo de violência<sup>22</sup>.

Porém, a falta de informação sobre a temática, aliada a escassez de treinamentos nessa área dificulta a identificação dos casos de maus-tratos bem como o entendimento dos profissionais acerca da importância em notificar<sup>25</sup>.

## **4 DISCUSSÃO**

Segundo Wacheski et al. (2012)<sup>7</sup>, os maus-tratos infantis representam uma violação dos direitos humanos, sendo capaz de reduzir de forma significativa a qualidade de vida do acometido. Em acréscimo, Calza et al. (2016)<sup>25</sup> afirmam que as maiorias dos casos acontecem dentro dos lares das vítimas, onde muitas vezes os agressores são os pais ou o responsável legal e/ou seus familiares. Diante disso, Souza et al. (2016)<sup>6</sup> concordam que os maus-tratos infantis é de difícil detecção, pois ocorre em um ambiente dentro do lar, com as vítimas ainda mais fragilizadas pela idade.

Barbi et al. (2021)<sup>12</sup> inferem que o diagnóstico dos maus-tratos infantis baseia-se no reconhecimento de indicadores comportamentais e dos sinais e sintomas físicos comuns às crianças abusadas e negligenciadas. Estudos, como o de Josgrillberg et al. (2018)<sup>21</sup>, demonstram que a maioria dos ferimentos decorrentes dos maus-tratos infantis envolve a região orofacial, que corresponde à cabeça, face, boca e pescoço. Por isso, ainda segundo os autores, o CD encontra-se em posição privilegiada na identificação de casos suspeitos desse tipo de violência.

Corroborando as informações supracitadas, Fracon et al. (2012)<sup>24</sup> explicam que o CD, na sua atuação profissional, mediante seus conhecimentos da região de cabeça e pescoço, pode identificar sinais indicativos de alguma anormalidade, como contusões e lacerações de tecidos mole, hematomas, cicatrizes, arranhões, dentre outros.

No mesmo sentido, Almeida et al. (2012)<sup>5</sup> apontam que o CD que atende crianças e adolescentes deve atentar-se aos sinais de maus-tratos, uma vez que

segundo dados internacionais, 65% das lesões decorrentes se localizam na região orofacial, local de maior atuação desse profissional. Harris et al. (2013)<sup>10</sup> complementam que pelas suas características anatômicas e funcionais, essa área torna-se muito fragilizada, necessitando de atenção especial dos profissionais de saúde e sendo muito importante nas relações sociais e interpessoais.

Essa realidade é extremamente relevante, conforme demonstra o estudo realizado por Baraldi et al. (2018)<sup>4</sup>, onde é apontado que entre os anos de 2016 e 2017, ocorreram quase 222 mil registros de violência contra crianças e adolescentes no Brasil. Menciona-se segundo Costa et al. (2019)<sup>1</sup> que esse número pode ser ainda maior, já que muitas vítimas não denunciam a agressão, até mesmo quando recorrem a serviços de saúde, omitindo o fato.

Moreira et al. (2015)<sup>23</sup> concordam que a identificação de maus-tratos representa a fase primordial de atuação profissional para o enfrentamento do problema, mas identificá-lo não é fácil, principalmente por depender de aspectos emocionais, estruturais e legais dos profissionais, além da existência de órgãos de apoio e oferta de capacitações para a identificação dos sinais. Ademais, Nagarajan et al. (2018)<sup>20</sup> relatam que o não reconhecimento das situações de violência vivenciadas por crianças e adolescentes impede a notificação dos casos e o acionamento da rede de proteção social, impossibilitando a cessação dos atos, o que contribui para o aumento de morbidade e mortalidade nessa faixa etária.

Nesse sentido, Lira et al. (2022)<sup>16</sup> acrescentam que a inabilidade do profissional em identificar os maus-tratos pode ser atribuída a diversos fatores, como: ausência ou insuficiência de abordagem do tema na graduação; falta de treinamentos profissionais; conduta clínica baseada no modelo biomédico; e naturalização da violência contra crianças e adolescente.

Isso é observado também na literatura, como no estudo de Souza et al. (2016)<sup>6</sup>, desenvolvido em uma Universidade da Paraíba. Os autores perceberam que 79,7% dos acadêmicos dizem ser capazes de definir maus-tratos infantis, mas nenhum foi capaz de responder de forma correta e 74,5% respondeu de forma incompleta.

Outro ponto a ser discutido se refere a possível subnotificação, motivo pelo qual, conforme Calza et al. (2016)<sup>25</sup>, ainda não existem no Brasil dados epidemiológicos expressivos sobre violência contra crianças e adolescentes, apenas registros isolados. Nos estudos de Almeida et al. (2012)<sup>5</sup> estima-se que apenas 20% das ocorrências sejam de fato denunciadas, sendo a notificação dos casos aos órgãos competentes uma prática pouco exercida.

Fracon et al. (2012)<sup>24</sup> determinam que alguns CD não notificam casos suspeitos de maus-tratos por medo de perder pacientes, pela falta de confiança no serviço de proteção à criança e aos adolescentes, por medo de lidar com os pais, incerteza do diagnóstico e desconhecimento da verdadeira responsabilidade em denunciar esses casos.

Um estudo realizado por Azevedo et al. (2012)<sup>9</sup> evidenciou que 86% dos dentistas entrevistados suspeitaram de pelo menos um caso de abuso infantil e somente 10% deles haviam encaminhado o caso suspeito para a autoridade. Isso demonstra o quanto essa realidade é presente no Brasil e o quanto os profissionais devem procurar o esclarecimento sobre o assunto, para não negligenciarem a notificação.

É importante frisar que, conforme Bohner et al. (2012)<sup>17</sup>, imediatamente após identificarem uma situação de maus-tratos infantil, o CD deve notificar o caso, assim como determinar se o paciente requer avaliação mais detalhada ou uma intervenção. Para isso, os profissionais precisam de conhecimento aprofundado, ferramentas didáticas e clínicas que possam ajudá-los a



identificar os sinais e sintomas da violência. No entanto, Wacheski et al. (2012)<sup>7</sup> discorrem que nem sempre essa temática é abordada na graduação, o que pode dificultar o conhecimento da postura a ser tomada.

O mesmo diz o estudo de Matos et al. (2013)<sup>22</sup>, onde determinam que o número de notificações realizadas seja distante do real, principalmente porque muitos profissionais da área de saúde não sabem como agir diante da situação, pois não possuem o conhecimento teórico e prático para realizar a notificação compulsória, e ainda acreditam que a notificação compulsória serve apenas para doenças infectocontagiosas.

Assim, Garrocho-Rangel et al. (2015)<sup>19</sup> sugerem que a orientação sobre os maus-tratos infantis em cursos de graduação ou pós-graduação em odontologia, não tem sido suficiente em quantidade e qualidade. Isso pode prejudicar a sua utilização como método rotineiro de diagnóstico, havendo, portanto uma formação profissional inadequada nesse sentido.

Em consonância a isso, o estudo conduzido por Carvalho et al. (2013)<sup>18</sup>, com 80 CDs da rede pública e privada no estado de São Paulo, constatou que a maioria dos profissionais relatou que essa temática não foi abordada durante a graduação. Por outro lado, Nagarajan et al. (2018)<sup>20</sup> ressaltam que, mesmo tendo recebido informações durante a graduação, quase a totalidade dos profissionais investigados as considerou insuficientes.

Porém, na pesquisa realizada por Leonardi et al. (2021)<sup>11</sup>, 54,3% dos 146 acadêmicos entrevistados relataram que obtiveram conhecimento acerca dos maus-tratos infantil por meio de aulas curriculares, o que reforça a importância desse tema ser abordado desde a graduação e pode indicar uma mudança de paradigma.

Do mesmo modo, Sousa et al. (2012)<sup>13</sup> realizaram uma pesquisa, onde determinaram que 76,3% dos acadêmicos de odontologia sentem-se

capacitados a diagnosticar casos de maus-tratos. Assim como o estudo de Leonardi et al. (2021)<sup>11</sup>, em que 98,6% dos estudantes entrevistados relatou possuir o conhecimento para identificar sinais de maus-tratos infantil.

Busato et al. (2018)<sup>3</sup> inferem que a ausência ou o pouco conhecimento a respeito dos maus-tratos e a necessidade de abordar esse tema nas matrizes curriculares parecem não ser algo exclusivo do Brasil. Os autores citam que estudos realizados na Arábia Saudita e Holanda trazem à tona essas mesmas questões e propõem como solução uma capacitação profissional e o desenvolvimento de protocolos mais claros para seguir em casos de maus-tratos e violência, independentemente da faixa etária da vítima.

Em relação à região e estrutura acometida pelos maus-tratos, o estudo realizado por Barbi et al. (2021)<sup>12</sup>, analisou 250 vítimas, com idades entre 5 e 16 anos, observou que 72 (30%) apresentaram laceração de lábio (n = 13), freio (n = 8), mucosa bucal (n = 26), palato (n = 16) e assoalho da boca (n = 9); 29 (11,6%) apresentaram as características de avulsão dentária e 18 (7,2%) fraturas dento-alveolares; 104 (41,6%) possuíam cárie dentária (41,6%) e 19 (7,6%) ausência de elementos dentários; todos os participantes apresentavam depósito de placa evidenciando precariedade na higiene bucal.

Quanto ao tipo de violência, Herrera et al. (2013) realizaram um estudo com o objetivo de caracterizar a percepção de profissionais de saúde sobre maus-tratos contra crianças e adolescentes e suas dificuldades para o manejo desse fenômeno. O estudo contou com a participação de 72 profissionais de saúde da atenção básica. Em relação aos tipos de violência a negligência foi a mais referida pelos profissionais (60,74%) seguida da violência sexual (24,14%), física (39,47%) e a psicológica (34,88%), porém a mais notificada foi a violência sexual (50%). Quanto à ficha de notificação (50%) dos participantes disseram que não a conhecem e 86,11% nunca a utilizaram.

O estudo de Costa et al. (2019)<sup>1</sup>, que envolveu 15 CDs e abordou as principais dificuldades dos profissionais ao atender crianças e adolescentes vítimas de maus-tratos, evidenciou que a falta de empatia é uma situação constante que ocorre na atenção básica, o que restringe a prática da escuta qualificada.

Ademais, o estudo de Garbin et al. (2016)<sup>14</sup>, que incluiu 40 CDs, evidenciou que os profissionais apresentam baixo poder de resolatividade. Nesse caso, esse fato é atribuído à falta de preparo profissional para assistir a essa faixa etária que experimentam ou experimentaram a situação de maus-tratos, ou ainda a desinformação desses profissionais sobre a existência de serviços especializados para a assistência integral de crianças e adolescentes.

Por fim, Josgrillberg et al. (2018)<sup>21</sup> destacam que o conhecimento acerca maus-tratos e violência contra crianças e adolescentes é fundamental para os profissionais de saúde, assim como a conscientização quanto a importância em identificar e notificar os eventos, sendo uma tarefa multidisciplinar e necessária.

## **5 CONCLUSÃO**

Mediante as informações expostas e discutidas, conclui-se que os maus-tratos infantis são um problema de saúde pública, capazes de gerar diversas repercussões negativas na vida da vítima, como lesões, problemas de autoestima e interação social, além da diminuição do bem-estar.

O CD é um dos protagonistas no reconhecimento, diagnóstico e encaminhamento das vítimas, pois além da notificação ser compulsória, a região craniofacial normalmente é muito acometida e poderá apresentar vários indícios desses maus-tratos, como hematomas, cortes, queimaduras, lacerações, marcas de mordida, dentre outros.

Assim, é necessário que os profissionais recebam mais informações sobre a necessidade de estarem alertas para a detecção de casos suspeitos de maus-tratos infantis, para assim serem capazes de cumprir seu dever legal de relatar tais casos às autoridades, auxiliando na interrupção do ciclo de violência.

## REFERÊNCIAS

1. Costa CC, et al. Maus-Tratos Infantis: lesões que podem ser identificadas por Cirurgiões-Dentistas. *Rev Mult Psic.* 2019; 13(44):297-304.
2. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 1.968, de 25 de outubro de 2001. *Diário Oficial da União, Brasília, 25 out. 2001, n. 206, Seção 1, p. 86.*
3. Busato CA, Pereira TCR, Guaré RO. Maus-tratos infantis na perspectiva de acadêmicos de odontologia. *Rev ABENO.* 2018; 18(1):84-92.
4. Baraldi ACP, et al. Violência contra a mulher na rede de atenção básica: o que os enfermeiros sabem sobre o problema? *Rev Bras de Saúde Matern Infant.* 2018; 12(3):307-318.
5. Almeida AHV, Silva MLCA, Musse JO, Marques JAM. A responsabilidade dos profissionais de saúde na notificação dos casos de violência contra crianças e adolescentes de acordo com seus códigos de ética. *Arq Odontol* 2012; 48(2):102-115.
6. Souza CE, Rodrigues IFMM, Zocratto KBF, Oliveira CAS. Violência infantil e a responsabilidade profissional do cirurgião-dentista: revisão de literatura. *Rev Bras Odontol Legal.* 2016; 4(1):01-12.
7. Wacheski A, Lopes MGK, Paola APB, Valença P, Losso EM. O conhecimento do aluno de Odontologia sobre maus tratos na infância antes e após o recebimento de uma cartilha informativa. *Cient. Dent.* 2012; 20(39):07-15.
8. Brasil. Lei n. 8069 de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília: Presidência da República, 1990.
9. Azevedo MS, et al. Child maltreatment: a survey of dentists in Southern Brazil. *Braz. Oral Res.* 2012; 26(1):01-07.
10. Harris CM, Welbury R, Cairns AM. The Scottish dental practitioner's role in managing child abuse and neglect. *Br Dent J.* 2013; 214(9):378-385.
11. Leonardi LA, et al. Conhecimento e percepção dos acadêmicos de Odontologia do Paraná sobre maus-tratos infantis. *Rev ABENO.* 2021; 21(1):1254-1258.
12. Barbi W, et al. Evaluation of the orofacial features in the victims of abuse and neglect of 5–16-year-old age children. *J Pharm Bioallied Sci.* 2021; 13(2):1705-1708.

13. Sousa GFP, Carvalho MMP, Granville-Garcia AP, Gomes MNC, Ferreira JMS. Conhecimento de acadêmicos em odontologia sobre maus-tratos infantis. *Odontol Clín Cientif.* 2012; 20(40):101-108.
14. Garbin CAS, Rovida TAS, Costa AA, Garbin AJI. Percepção e atitude do cirurgião-dentista servidor público frente à violência intrafamiliar em 24 municípios do interior do estado São Paulo, 2013-2014. *Epidemiol Serv Saúde.* 2016; 25(1):179-186.
15. Herrera LM, Serra MC, Fernandes CMS. Violence against children and adolescents: the importance of knowledge of the spectrum of bruise colors in its diagnosis. *Rev Sul-Bras Odontol.* 2013; 10(4):378-385.
16. Lira AG, Sousa IP, Antunes RB. Abuso infantil: principais manifestações orofaciais e como intervir – revisão da literatura. *Rev Cathedral.* 2022; 4(1):63-70.
17. Bohner LOL, Bohner TOL, Luca Canto GL. Maus tratos na infância e adolescência: protocolo de atendimento no consultório odontológico. *Rev Elet Gestão Educ.* 2012; 6(6):1239-1243.
18. Carvalho L, et al. O cirurgião-dentista frente à violência doméstica: o conhecimento dos profissionais no âmbito público e privado. *Rev Fac Med Ribeirão Preto.* 2013; 46(3):297-304.
19. Garrocho-Rangel A, et al. Dentist attitudes and responsibilities concerning child sexual abuse. A review and a case report. *J Clin Exp Dent.* 2015; 7(3):428-434.
20. Nagarajan SK. Craniofacial and oral manifestation of child abuse: a dental surgeon's guide. *J Forensic Dent Sci.* 2018; 10(1):05-07.
21. Josgrillberg EB, Carvalho FG, Guimarães MS, Pansani CA. Maus-tratos em crianças: a percepção do aluno de Odontologia, Recife. *Odontol Clín Cientif.* 2018; 7(1):35-38.
22. Matos FZ, Neto IM, Borges AH, Rezende CD, Silva KL, Pedro FLM 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.* 2013; 1(1):153-157.
23. Moreira GAR, et al. Atuação do cirurgião-dentista na identificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes na atenção primária. *Saúde Debate.* 2015; 39(1):257-267.
24. Fracon ET, Silva RHA, Bregagnolo JC. Avaliação da conduta do cirurgião-dentista ante a violência doméstica contra crianças e adolescentes no município de Cravinhos (SP). *Rev Sul-Bras Odontol.* 2012; 8(2):153-159.
25. Calza TZ, Dell' Aglio DD, Sarriera JC. Direitos da criança e do adolescente e maus-tratos: epidemiologia e notificação. *Rev SPAGESP* 2016; 17(1):14-27.