



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
CAMPUS AVANÇADO GOVERNADOR VALADARES
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA VIDA
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA**



ASPECTOS ODONTOLÓGICOS ASSOCIADOS A TRAUMA INFANTIL POR AGRESSÃO FÍSICA

Roberta Nascimento Furbino

2019

ROBERTA NASCIMENTO FURBINO

**ASPECTOS ODONTOLÓGICOS ASSOCIADOS A TRAUMA
INFANTIL POR AGRESSÃO FÍSICA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Odontologia, da Universidade Federal de Juiz de Fora, Campus Governador Valadares, como parte dos requisitos para obtenção do título de Bacharel em Odontologia.

Orientador: Prof. Dr. Maurício Augusto Aquino Castro

Governador Valadares

2019

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Furbino, Roberta Nascimento.

Aspectos odontológicos associados a trauma infantil por agressão física / Roberta Nascimento Furbino. -- 2019.

47 f. : il.

Orientador: Maurício Augusto Aquino Castro

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Campus Avançado de Governador Valadares, Instituto de Ciências da Vida - ICV, 2019.

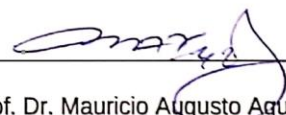
1. Agressão. 2. Maus-tratos infantis. 3. Criança . 4. Odontologia .
I. Castro, Maurício Augusto Aquino , orient. II. Título.

ROBERTA NASCIMENTO FURBINO

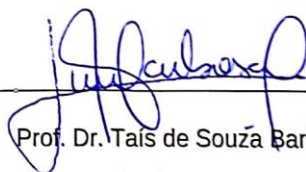
**ASPECTOS ODONTOLÓGICOS ASSOCIADOS A TRAUMA
INFANTIL POR AGRESSÃO FÍSICA**

Aprovada em 21 de novembro de 2019, por:

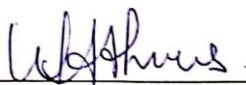
Banca Examinadora



Prof. Dr. Mauricio Augusto Aquino Castro
Orientador – UFJF/GV



Prof. Dr. Taís de Souza Barbosa
Examinador – UFJF/GV



Prof. Dr. Waneska Alexandra Alves
Examinador – UFJF/GV

AGRADECIMENTOS

A Deus pelo amor infinito e incondicional dado a mim todos os dias.

A minha família por todo apoio, credibilidade e encorajamento na jornada do conhecimento.

Ao meu orientador e grande mentor Mauricio, pela confiança, pelas correções e pelo incentivo. Sou grata não só pelo papel de professor e orientador executado com excelência, mas também por todo conhecimento compartilhado, pelo ser humano incrível que eu pude conhecer e pelo pai acadêmico que você se tornou.

RESUMO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estabelece maus tratos na infância e adolescência como a existência de um sujeito em situação de superioridade que cometa dano a uma vítima, por meio de ação ou omissão, contra sua vontade ou mediante consentimento induzido. A violência pode ser classificada em violência física, psicológica, sexual ou negligência, apresentando altos índices de morbi-mortalidade nas populações mais vulneráveis. Embora não se tenha o conhecimento real da magnitude do problema, percebe-se que se trata de um grande contexto da saúde pública. A violência no Brasil é crescente, no entanto, é ainda um fenômeno subestimado, devido ao fato de ser multifatorial e multifacetado. Dados indicam que a subnotificação está relacionada a um aspecto histórico-social-cultural, o qual se entende que a criança e o adolescente são propriedades dos pais. Estima-se que 50 a 65% das lesões de violência física ocorram em região de cabeça e pescoço. Ocorre que, assim como os demais profissionais da saúde, há subnotificação por parte dos cirurgiões-dentistas também, justificada pelo despreparo e não diagnóstico da violência. Foi realizado levantamento de artigos nas bases de dados eletrônicas, feito no período de 2018 a 2019 e foram incluídos dados epidemiológicos de notificação compulsória de casos de violência contra crianças de até quatorze anos em Governador Valadares, Minas Gerais, no período de 2012 a 2016, com auxílio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN NET. Foram identificadas 33 publicações para a elaboração da revisão de literatura. A partir da análise de dados obtidos pelo SINAN NET, constatou-se que houve 439 casos notificados de violência, com média anual de 109,75 notificações. Do total de notificações, 160 corresponderam à violência sexual, 151 casos de violência física, 116 casos de violência psicológica e moral e doze casos de violência por negligência e abandono. Evidencia-se a necessidade da atuação do cirurgião dentista, visto sua responsabilidade ética e legal, no sentido de identificar, diagnosticar e notificar os casos suspeitos, já que muitas das lesões podem ser identificadas em sua área anatômica de interesse profissional.

Palavras-chave: Agressão; Maus-Tratos Infantis; Criança; Odontologia.

ABSTRACT

The World Health Organization (WHO) establishes maltreatment in childhood and adolescence as the existence of a superior subject who harms a victim through action or omission, against his or her will or through induced consent. Violence can be classified as physical, psychological, sexual or neglect, with high rates of morbidity and mortality in the most vulnerable populations. Although there is no real knowledge of the extent of the problem, it is clear that this is a public health problem. Violence in Brazil is increasing, however, it is still an underestimated phenomenon and in the process of discovery, due to its difficulty of analysis. Data indicate that underreporting is related to a historical-social-cultural aspect, which means that children and adolescents are the property of parents. It is estimated that 50 to 65% of physical violence injuries occur in the head and neck region. It happens that, like the other health professionals, there is underreporting by dentists too, justified by the lack of preparation. We surveyed articles in electronic databases from 2018 to 2019 and included epidemiological data on compulsory reporting of cases of violence in children under fourteen in Governador Valadares, from 2012 to 2016, with the help of the Notification Disorders Information - SINAN NET. Thirty-three publications were identified for the preparation of the literature review. From the analysis of data obtained by SINAN NET, it was found that there were 439 reported cases of violence, with an annual average of 109,75 notifications. Of the total notifications, 160 corresponded to sexual violence, 151 cases of physical violence, 116 cases of psychological and moral violence and twelve cases of neglect and neglect. The need for the dental surgeon's action is evident, given his ethical and legal responsibility to identify, diagnose and notify suspected cases, since many of the lesions can be identified in their anatomical area of professional interest. Given this context, it is observed that the precarious performance of the dentist in cases of maltreatment is multifaceted, noting a negligent dentistry that needs more guidance and encouragement regarding its practice.

Keywords: Aggression; Child Abuse; Child; Dentistry.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	01
2	PROPOSIÇÃO.....	04
3	REVISÃO DA LITERATURA.....	05
4	MATERIAIS E MÉTODOS.....	14
5	RESULTADOS.....	17
6	DISCUSSÃO.....	21
7	CONCLUSÃO.....	30
	REFERÊNCIAS.....	31
	ANEXO.....	36

1 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estabelece maus tratos na infância e adolescência como a existência de um sujeito em situação de superioridade que cometa dano a uma vítima, por meio de ação ou omissão, contra sua vontade ou mediante consentimento induzido (Sales-Peres, Silva, Lopes-Júnior, Carvalho, 2008). A violência pode ser classificada em violência física, psicológica, sexual ou negligência, podendo ocorrer isoladamente ou em associação com outra (Marin, Queiróz, Corrêa, Aparecido, Hirayama, Tavares Filho et al., 2015).

Em crianças e adolescentes, são comuns os maus tratos físicos e a negligência. Este assunto é recorrente no cotidiano dos relacionamentos intrafamiliares e institucionais, porque é visto socialmente no Brasil como normal e aceitável aplicar práticas violentas nessas faixas etárias, como forma de punição e correção de conduta. Tais práticas são usadas como recurso para educar, corrigir e coagir o menor, aproveitando-se do papel superior do adulto na relação (Paiva, Zaher, 2012). Esta visão social remodelou-se em 1988, por meio da atual Constituição Brasileira, a qual em seu artigo 227 garantiu proteção a crianças e adolescentes, estabelecendo-os como sujeitos de direitos (Brasil, 1988).

Com o objetivo de regulamentar as garantias constitucionais, foi instituído o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei Nº 8.069/1990, que, além de proteger de forma integral a criança e o adolescente, estabelece suporte à vítima e efetiva direitos especiais a esse grupo societário (Brasil, 1990). Outros dispositivos legais, como a “Lei da Palmada”, Lei Nº 13.010/2014, estenderam esses cuidados, estabelecendo o direito das crianças e adolescentes de serem educados sem castigos físicos ou criação degradante (Brasil, 2014). Embora exista respaldo na legislação, ainda são recorrentes inúmeros casos de maus tratos em menores, praticados em sua maioria por membros do núcleo familiar (Marin, Queiróz, Corrêa, Aparecido, Hirayama, Tavares Filho et al., 2015).

O Ministério da Saúde do Brasil detectou que as agressões são as principais causas de morte em indivíduos entre cinco e dezenove anos de idade, sendo a maior parte, destas, de origem doméstica (Martins, 2010). A violência contra crianças e adolescentes apresenta alta morbi-mortalidade nas populações mais vulneráveis (Marin, Queiróz, Corrêa, Aparecido, Hirayama, Tavares Filho et al., 2015). Aproximadamente 3.500 crianças e adolescentes no mundo morrem por maus tratos físicos ou negligência (Martins, 2010). Segundo dados publicados pela Fundação ABRINQ (2017), o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), calculou que em 2015 o Brasil possuía aproximadamente 60,5 milhões de crianças e adolescentes de zero a dezenove anos. No mesmo ano, o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM - DATASUS) recebeu 10.465 notificações de homicídios nesta população e o Disque 100 recebeu mais de 153 mil denúncias de violações de direitos contra crianças e adolescentes sendo a maior parte violação por negligência (Fundação ABRINQ, 2017).

Embora não se tenha o conhecimento real da magnitude do problema, devido à subnotificação, percebe-se que se trata de um problema de saúde pública (Martins, 2010). Observa-se, a partir das disposições normativas do ECA, o papel fundamental do setor da saúde e da educação na identificação, notificação compulsória e proteção à vítima de maus tratos (Brasil, 2002; Brasil, 2002). Apesar do desconhecimento em relação a real situação desta problemática no país, devido às dificuldades estatísticas, o Brasil é considerado um país de alto risco quanto ao índice de risco de violência contra crianças, ocupando o primeiro lugar no ranking na América Latina (Ipsos, 2017).

O município de Governador Valadares, possui 84.989 crianças e adolescentes incluindo pessoas do sexo masculino e feminino (Brasil, 2017). Percebe-se que a realidade social não é diferente nesta localidade, já tendo sido verificados números significantes de maus tratos infantis no município (Carvalho, Oliveira, Silva, Frois, Alves, 2017; Oliveira, Silva, Carvalho, Frois, Alve, 2017; Silva, Carvalho, Oliveira, Frois, Alvez, 2017). Tendo em vista esta triste realidade no país e considerando sua reprodução no município de

Governador Valadares/MG, este estudo foi desenvolvido para averiguar a discussão da temática na literatura científica e verificar a abordagem odontológica dos casos. Segundo estudos anteriores, é possível que haja falhas no acolhimento odontológico de vítimas de maus tratos infantis, que requeiram uma revisão na formação do profissional, assim como dos protocolos de atendimentos públicos destes indivíduos (Sales-Peres, Silva, Lopes-Júnior, Carvalho, 2008; Bohner, Bohner, Canto, 2012; Wacheski, Lopes, Paola, Valença, Losso, 2012; Biss, Duda, Tomazinho, Pizzatto, Losso, 2015; Moreira, Rolim, Saintrain, Vieira, 2015; Souza, Rodrigues, Zocratto, Oliveira, 2017; Busato, Pereira, Guaré, 2018). O presente trabalho espera contribuir para o diagnóstico da situação atual desta difícil realidade social, abordando a dificuldade de atuação do cirurgião-dentista ao diagnosticar e manter uma conduta padrão destes casos.

2 PROPOSIÇÃO

O presente estudo teve como objetivo determinar os aspectos odontológicos no que se refere à atuação do cirurgião-dentista frente aos maus tratos em crianças e adolescentes tangenciando sobre sua conduta, responsabilidade e diagnóstico por meio da caracterização dos traumas físicos acometidos em crianças e adolescentes. Além de estabelecer uma visão crítica e epidemiológica no município de Governador Valadares.

3 REVISÃO DA LITERATURA

Classifica-se como criança a pessoa até doze anos de idade, incompletos, e como adolescentes aqueles entre doze e dezoito anos (Brasil, 1990). Estima-se que haja um coeficiente de mortalidade de 2,2 para cada 100.000 crianças do sexo feminino no mundo e 1,8 por 100.000 do sexo masculino, em decorrência de violência praticada pelo pai (41,3%) ou pela mãe (38,9%), segundo Martins (2010). Tais dados evidenciam que as agressões ocorrem principalmente em ambiente intrafamiliar (Sales-Peres, Silva, Lopes-Júnior, Carvalho, 2008; Bohner, Bohner, Canto, 2012; Velasco, Rosa, Baldasso, Fernandes, Oliveira, Oliveira, 2015; Serafim, Rodrigues, Prado, 2016; Souza, Rodrigues, Zocratto, Oliveira, 2017). No Brasil, crianças e adolescentes são vulneráveis a sofrerem agressões de diferentes tipos, gerando preocupação no âmbito da saúde pública. Calcula-se que 18 mil pessoas da população infanto-juvenil são espancadas todos os dias, sendo estas pouco denunciadas. Cerca de 10% das crianças agredidas são levadas ao serviço de emergência, sendo que 5% delas morrem e 35% são agredidas repetidamente (Martins, 2010).

De acordo com o Ministério da Educação e Cultura (MEC), maus tratos configuram-se como toda ação ou omissão que prejudique o bem-estar, a integridade física e psicológica ou a liberdade ao desenvolvimento infantil. Incluem-se como maus tratos a violência física, sexual, psicológica e a negligência. O uso de drogas, gravidez indesejada e precariedade socioeconômica são consideradas fatores predisponentes. A agressão pode gerar danos irreversíveis para a criança ou adolescente que a sofre, repercutindo negativamente em todos os aspectos de sua vida, gerando marginalização social, danos psicológicos e possivelmente contribuindo para o surgimento de um novo agressor. A violência social vivida por inúmeras crianças no Brasil é a principal causa de morte em indivíduos entre cinco e dezenove anos, sendo comum que ocorra em ambiente domiciliar (Brasil, 2009; Bohner, Bohner, Canto, 2012).

A violência aos vulneráveis no Brasil é crescente, no entanto, é ainda um fenômeno em processo de descobrimento, devido a sua obscuridade e dificuldade de análise. Isto deixa evidente que os maus tratos na infância e adolescência são um problema social subestimado, em virtude da dificuldade estatística (Martins, 2010). Dados indicam que esta subnotificação está relacionada a um aspecto histórico-social-cultural, pelo qual se entende que a criança e o adolescente são propriedades dos pais e que em problemas intrafamiliares não se deve interferir, aceitando o uso da violência como prática disciplinadora mantida em sigilo no meio familiar e velada pela sociedade. Atrelado a isso, há o fato da dependência da vítima ao seu agressor, visto que crianças e adolescentes estão em processo de formação de autonomia e, portanto, estão sujeitos a uma relação de poder que pode acarretar violação de seus direitos, negligência, abandono, violência e exploração (Granville-Garcia, Menezes, Torres Filho, Araújo, Silva, 2006; Sales-Peres, Silva, Lopes-Júnior, Carvalho, 2008; Martins, 2010; Serafim, Rodrigues, Prado, 2016).

Em 1990, a fim de regulamentar o que foi determinado na Constituição Brasileira, foi instituído o ECA, por meio da Lei Federal 8.069 (Brasil, 1990), com o objetivo de proteger crianças e adolescentes de forma integral, estabelecer suporte às vítimas e efetivar direitos especiais a esse grupo societário. O ECA tornou compulsória a notificação de casos suspeitos ou confirmados, em ambiente público ou privado, por parte de profissionais da saúde e da educação, de acordo com seus artigos 13 e 245:

...*“Do Direito à Vida e à Saúde:*

Artigo 13. Os casos de suspeita ou confirmação de castigo físico, de tratamento cruel ou degradante e de maus-tratos contra criança ou adolescente serão obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade, sem prejuízo de outras providências legais.

...

Das Infrações Administrativas:

Artigo 245. Deixar o médico, professor ou responsável por estabelecimento de atenção à saúde e de ensino fundamental, pré-escola ou creche, de comunicar à autoridade competente os casos de que tenha

conhecimento, envolvendo suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente. ”...

Após o estabelecimento do ECA, foi criada a ficha de notificação compulsória (ANEXO) por maus-tratos contra crianças e adolescentes, em 2001, pelo Ministério da Saúde, com o intuito de facilitar e padronizar essa ação obrigatória por parte dos profissionais (Garbin, Dias, Rovida, Garbin, 2015; Marin, Queiróz, Corrêa, Aparecido, Hirayama, Tavares Filho et al., 2015).

Estima-se que 50 a 65% das lesões decorrentes de violência física contra crianças e adolescentes ocorram em região de cabeça e pescoço, região destinada à atuação de cirurgiões-dentistas. Ocorre que, assim como os demais profissionais de saúde, há subnotificação por parte dos cirurgiões-dentistas, justificada pelo medo de perder pacientes, falta de confiança nos serviços de proteção à criança, medo de lidar com os pais e incertezas quanto ao diagnóstico. Estudos indicam que esta negligência se deve ao despreparo dos profissionais, relacionado com a precariedade da abordagem desta temática na grade curricular dos cursos de Odontologia, em nível de graduação, além do receio de envolvimento jurídico e banalização de práticas abusivas, fazendo com que sejam considerados atos disciplinadores (Leite, Oliveira, Camerini, Ramos, Moscardini, 2006; Biss, Duda, Tomazinho, Pizzatto, Losso, 2015; Moreira, Rolim, Saintrain, Vieira, 2015).

Segundo o ECA, cabe aos profissionais da saúde e educação analisarem e examinarem o indivíduo de forma integral, notificando casos suspeitos ou confirmados de agressões ou maus tratos, para que estes sejam cessados o mais brevemente possível, por meio da intervenção do órgão capacitado. No âmbito odontológico, entretanto, muitos profissionais não se comportam desta maneira, seja por negligência, omissão ou falta de conhecimento, sendo passíveis de penalização. O cirurgião-dentista inscrito no Conselho Federal de Odontologia (CFO – Brasil) possui responsabilidade ética e legal em casos de verificação de maus tratos, como previsto no Código de Ética Odontológico:

...“É dever do profissional inscrito...

Artigo 9º...

Inciso VII: ...zelar pela saúde e dignidade do paciente. "...

Os cirurgiões-dentistas, portanto, não se mostram adequadamente capacitados a realizar a identificação da causa das lesões decorrentes de violência e maus tratos, o que os impede de notificar os casos de forma adequada. É necessário que os cirurgiões-dentistas sejam capacitados a perceber os sinais e evidências da violência, analisá-los e proceder à notificação ao órgão competente da localidade (Bohner, Bohner, Canto, 2012).

Mesmo o acúmulo de placa bacteriana pode supor uma negligência dos responsáveis com a atenção e cuidados básicos relativos à saúde dos menores, o que pode configurar um mau trato. Isto está diretamente ligado à falta de percepção dos responsáveis e do profissional sobre sua relevância no processo da saúde infantil, sobre o desconhecimento da situação precária à qual a criança pode se encontrar e sobre a importância dos dentes decíduos, já que muitos banalizam sua extração. Nota-se a extrema necessidade de capacitação dos cirurgiões-dentistas para lidarem com esse tipo de situação, visto que muitos se encontram despreparados para intervir de forma significativa na qualidade de vida de um menor (Serafim, Rodrigues, Prado, 2016).

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) prevêm que os cursos de graduação em Odontologia devem formar profissionais aptos a considerarem o indivíduo como um todo, de forma holística, afastando o padrão tecnicista praticado no passado e sendo capazes de atuar na sociedade de forma transformadora (DCN, 2002). Os projetos pedagógicos dos cursos vêm sendo aprimorados com o intuito de suprir a necessidade de um novo padrão do exercício odontológico. No entanto, muitas instituições de ensino superior ainda negligenciam essa necessidade e isso pode estar ligado diretamente à falta de capacitação do cirurgião dentista quanto ao reconhecimento e conduta frente à ocorrência de maus tratos infantis.

É de fundamental importância a atuação do cirurgião-dentista em situações de maus tratos infantis. Entendendo que a subnotificação de casos se dá pela dificuldade de diagnóstico em situações suspeitas, observa-se a necessidade de orientar esses profissionais por meio do treinamento de uma

percepção crítica do relacionamento entre a criança e o responsável, com determinação de critérios apropriados para melhor compreensão dos estudantes.

Uma pesquisa realizada por Biss, Duda, Tomazinho, Pizzatto e Losso (2015) demonstrou que o tema maus tratos infantis é abordado na graduação através de aulas teóricas (46,15%); nas disciplinas de Odontopediatria (47%), Odontologia Legal (20,5%) e Saúde Coletiva (17,64%); entre o sétimo e oitavo períodos. A carga horária dedicada ao tema foi maior que oito horas em 24% das instituições e menor que oito horas em 76% dos cursos. Os profissionais questionados se mostraram receptivos a obterem mais informações relacionadas ao tema. Tais dados revelam que o assunto tem sido ministrado em sua maioria de forma inadequada (apenas aulas teóricas), tardia (ao final do curso) e insuficiente (pouca carga horária). Foi observado que o assunto é abordado ao final do curso, quando os alunos iniciam o atendimento a crianças e adolescentes na disciplina de odontopediatria. Desta forma, é passível de validação a ideia de se iniciar a abordagem do tema desde o início da graduação com o intuito de evidenciar ao aluno seu papel como futuro profissional e estimulá-lo a dar continuidade no que diz respeito à atualização frequente sobre a temática (Biss, Duda, Tomazinho, Pizzatto, Losso, 2015).

A necessidade da identificação de situações degradantes envolvendo violência na infância e adolescência promove a percepção de como a atuação profissional é essencial na interrupção destas situações e para recuperação dos indivíduos. Neste contexto deve-se destacar o papel do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), criado pelo Ministério da Saúde em 2008, que presta assistência às vítimas, dando orientação, proteção e apoio às famílias (Massoni, Almeida, Martins, Firmino, Granville-Garcia, 2014). Os profissionais atuantes na Estratégia de Saúde da Família (ESF), em ação integrada ao Programa de Saúde da Família (PSF), criado pelo MS em 1994, são de fundamental importância para identificação e encaminhamento de casos de agressão ao Sistema Único de Saúde (SUS), porta de entrada para o enfrentamento de tais situações.

Considerando os diversos níveis de complexidade para o atendimento da população, é no âmbito do SUS, portanto, que ocorre maior número de acolhimentos às vítimas, incluindo a identificação de casos de violência contra crianças e adolescentes, o diagnóstico e tratamento de lesões e agravos, a notificação dos casos e a orientação às famílias. Desta forma, profissionais das diversas áreas de atuação do SUS devem estar preparados para lidarem com diferentes aspectos relacionados a este problema. Um estudo realizado no âmbito da ESF na Paraíba demonstrou que 83,3% dos profissionais afirmaram desconhecer a ficha de notificação para casos suspeitos, comprometendo a garantia a proteção social aos indivíduos e perpetuando a subnotificação. Em sua maior parte (83,3%), os profissionais optaram por uma conversa com os pais ou responsáveis da vítima. Observa-se a importância da equipe vigente em uma ESF, visto que por muitas vezes o SUS é o primeiro órgão a receber a vítima, sendo assim, cabe aos profissionais terem uma percepção subjetiva, crítica e capaz de acolher a vítima de forma a interromper o processo desmoralizante vivido por ela. Visto isso, incentivos governamentais devem ser fortalecidos para a qualificação dos profissionais atuantes nos serviços de atenção primária à saúde, de forma a tornar o diagnóstico e a denúncia cada vez mais efetivos e constantes (Silva, Cavalcanti, Cavalcanti, 2017).

Ressalta-se a importância da atuação do cirurgião-dentista dentre os profissionais atuantes no âmbito do SUS, devido à possibilidade da ocorrência de lesões e indícios em sua área de atuação. Lesões, contusões, desvios ou limitações da abertura bucal, queimaduras, equimoses e escaras são alterações comumente relacionadas com violência. Entretanto, observa-se que a maior parte dos cirurgiões-dentistas atuantes na atenção básica a saúde não estão aptos a diagnosticar casos de maus tratos (Souza, Rodrigues, Zocratto, Oliveira, 2017).

Caracterizada como o uso de força física com intuito de ferir, a violência física é frequentemente utilizada no meio familiar como recurso pretensamente pedagógico, devido a problemas relacionais intrafamiliares, com atribuição de culpa à vítima pelo agressor. As lesões físicas na região orofacial

incluem fraturas dentoalveolares, avulsões, mobilidade e deslocamento de dentes, presença de resto radicular sem história prévia de exodontia e ruptura dos freios labiais ocasionados devido a golpes ou quedas, em casos de suspeitas de violência física, a dificuldade do cuidador em explicar a presença de lesões “sentinela” (lesões pequenas e visíveis) também podem aumentar a suspeita desses casos. Na maxila e mandíbula, podem ocorrer sinais de fraturas no côndilo, ramos, sínfise, assim como presença de má oclusão incomum. Podem ser encontradas também queimaduras, esse tipo de lesão acomete principalmente crianças de zero a quatro anos, fase a qual o menor não possui habilidade de fala desenvolvida. Uma forma de diferenciação entre queimaduras acidentais e provocadas é por meio da análise da demarcação da lesão, se for bem delimitada é indicativo de que a queimadura foi induzida. As marcas de mordida são lesões corto - contusas e normalmente são associadas a maus tratos físicos ou sexuais. As mordidas humanas são caracterizadas por serem impressões circulares ou ovais podendo conter área equimótica central, estas, são de extrema importância para perícia (Herrera, Strapasson, Melani, 2015; Heit, 2017; Souza, Rodrigues, Zocratto, Oliveira, 2017).

A violência psicológica se configura como toda ação que tem a intenção de afetar negativamente a autoestima, a identidade e o desenvolvimento psicológico do indivíduo, degradando sua dignidade e, por vezes, promovendo um trauma. Esta abrange formas de rejeição, depreciação, desrespeito, amedrontamento, discriminação ou cobranças exageradas, com punição, privação de convívio social e responsabilização excessiva (Silva, Cavalcanti, Cavalcanti, 2017).

A violência sexual é praticada por pessoa em relação de poder, que obriga outra pessoa subjugada a qualquer tipo de relação sexual, sem consentimento ou consentimento induzido. É difícil delimitar um sinal específico, mas é possível encontrar petéquias no palato indicando sexo oral forçado, doenças sexualmente transmissíveis e marcas de mordidas (Herrera, Strapasson, Melani, 2015; Souza, Rodrigues, Zocratto, Oliveira, 2017).

Por fim, a negligência ou privação se configura em atos de omissão do responsável em disponibilizar atenção e ou cuidados básicos para o pleno

desenvolvimento da criança ou adolescente. Para se caracterizar de fato como negligência é necessário que tenha os fatores de cronicidade e omissão em atender alguma necessidade do indivíduo. Percebe-se a falta de cuidados médicos e odontológicos com lesões crônicas ou persistentes, cárie, sangramentos, tratamento interrompido, privação de higiene ou de medicamentos, privação de cuidados básicos à saúde, não cumprimento do calendário vacinal, descumprimento de prescrições médicas, vestimentas inadequada ao clima, cárie precoce da infância, supressão alimentar e abandono. No entanto, não se enquadra nesse critério, caso a família viva em extrema pobreza ou sem acesso a serviço de saúde (Herrera, Strapasson, Melani, 2015; Souza, Rodrigues, Zocratto, Oliveira, 2017).

Para se identificar situações de abuso é preciso observar os sinais e sintomas suspeitos, sabendo-se que, embora não existam sinais patognomônicos há, no entanto, sinais sugestivos. A discrepância entre os achados clínicos e a história relatada pelo paciente e/ou pelo responsável é uma das características marcantes de inconsistência de informações, podendo identificar um abuso. Quando isso ocorre, é necessário separar a criança do responsável para averiguar os fatos e observar o comportamento. A vítima demonstra os sinais de agressão de várias formas, verbais e/ou comportamentais, tais como, indiferença ao estar longe dos pais, apatia, mudança de humor, desconforto ao toque, olhar vigilante e timidez; ao passo que os pais ou responsáveis se comportam de forma mais retraída (Silva, Cavalcanti, Cavalcanti, 2017).

Em relação à tipologia das agressões, Silva, Cavalcanti e Cavalcanti (2017), relacionam o tipo de agressão com a idade da vítima. Seria mais comum encontrar agressão física e negligência em crianças menores de um ano e violência física, psicológica e sexual em crianças entre um e nove anos, com maior número de vítimas do sexo feminino.

O profissional deve entender que a notificação compulsória é o meio de interromper a violência e garantir o direito à proteção social da vítima, minimizando seu sofrimento. Desta forma, não se trata de denúncia policial, mas de uma comunicação ao órgão competente de que uma família precisa de

auxílio. Com este contexto, essa ação representa mais uma forma de assistência do que de punição (Souza, Rodrigues, Zocratto, Oliveira, 2017). Sendo assim, nota-se a necessidade da ampliação de discussões tangenciando o tema e sistematizações de bases científicas de forma a contribuir com um maior engajamento desses profissionais e possibilitando, estes a agirem como um instrumento transformador em uma sociedade.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 Fontes de informação

A presente revisão de literatura aborda aspectos odontológicos relacionados à violência contra crianças e adolescentes, por meio de levantamento de artigos científicos encontrados nas bases de dados eletrônicas Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Revista Brasileira de Odontologia Legal (RBOL), Scielo, Google Search, PUBMED, Biblioteca Regional de Medicina (BIREME) e Ingenta Connect no período de 2018 a 2019.

Foram incluídos dados epidemiológicos de notificação compulsória de casos de violência em crianças de zero até quatorze anos em Governador Valadares, Minas Gerais, no período de 2012 a 2016, com auxílio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN NET (site: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinannet/cnv/violemg.def>) e analisados os dados obtidos pelo Observatório de Epidemiologia Aplicada aos Serviços SUS (Projeto de Extensão do Curso de Medicina UFJF/GV). A faixa etária e o período analisado foram escolhidos devido à disponibilização de dados no sistema.

Foram incluídos materiais de divulgação que tratassem da temática violência infantil, além de legislação específica sobre o tema, como o ECA, publicados por órgãos oficiais.

4.2 Critérios de seleção

Foram incluídos artigos que tratavam de maus tratos infantis, com abordagem relacionada à área da saúde, identificados segundo os descritores especificados no Quadro 1. Foram selecionados artigos nos idiomas inglês, português e espanhol.

Os dados epidemiológicos obtidos junto ao SINAN NET consideraram as variáveis: tipo de violência, sexo, raça, local de ocorrência e agressor.

Quadro 1- Descritores utilizados na estratégia de pesquisa

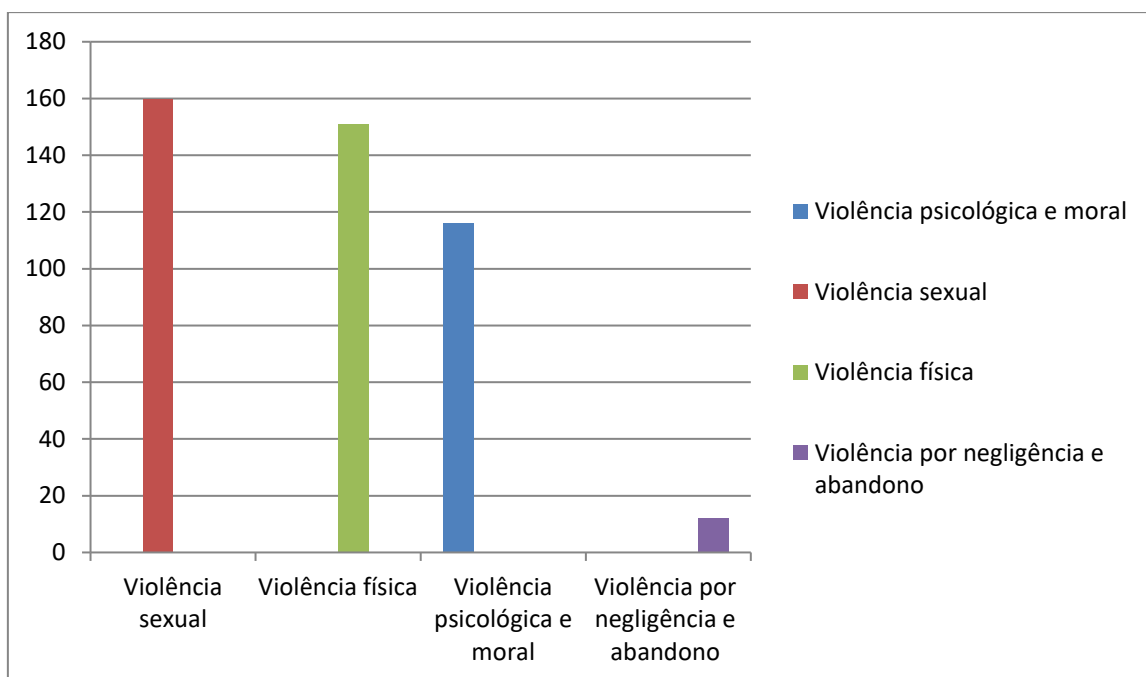
Base de dados	Estratégia de pesquisa	Resultado
Google Search	Maus tratos infantis em Governador Valadares Odontologia; Maus tratos na infância e adolescência; Profissionais da saúde e maus tratos infantis; Responsabilidade do cirurgião dentista em relação aos maus tratos infantis; Papel do dentista em relação a maus tratos em crianças e adolescentes; Maus tratos infantis e conduta do cirurgião dentista; violência contra crianças Ministério da Saúde; Violência contra crianças cartilha para Odontologia; Responsabilidade dos dentistas nos maus tratos; Maus tratos na infância e adolescência protocolo; Violência contra crianças: o atendimento médico; Cenário da infância e	17

	adolescência no Brasil; Dental trauma: better communication between hospital and primary dental services	
Scielo	Maus tratos infantis; Maus tratos contra crianças e adolescentes; Maus tratos e currículo em odontologia; Profissional da saúde e notificação de violência	5
RBOL	Maus-tratos infantis	3
BVS	Maus-tratos infantis e Odontologia	1
PUBMED	Maus tratos infantis; Managing Pediatric Dental Trauma in a Hospital Emergency Department	2
BIREME	Maus tratos infantis	4
Ingenta Connect	Time Delays in Treating Dental Trauma at a Children's Hospital and Private Pediatric Dental Practice	1

5 RESULTADOS

Foram identificadas 33 publicações para a elaboração da presente revisão de literatura. A partir da análise de dados obtidos pelo SINAN NET, constatou-se que no período de 2012 a 2016 houve 439 casos notificados de violência contra indivíduos na faixa etária de até quatorze anos em Governador Valadares, com média anual de 109,75 notificações. Do total de notificações em todo o período, 160 (36,4%) corresponderam a casos de violência sexual, 151 (34,3%) foram casos de violência física, 116 (26,4%) casos de violência psicológica e moral e doze (2,7%) casos de violência por negligência e abandono (Figura 1).

Figura 1 - Tipificação da violência contra indivíduos de até quatorze anos no município de Governador Valadares, no período de 2012-2016.

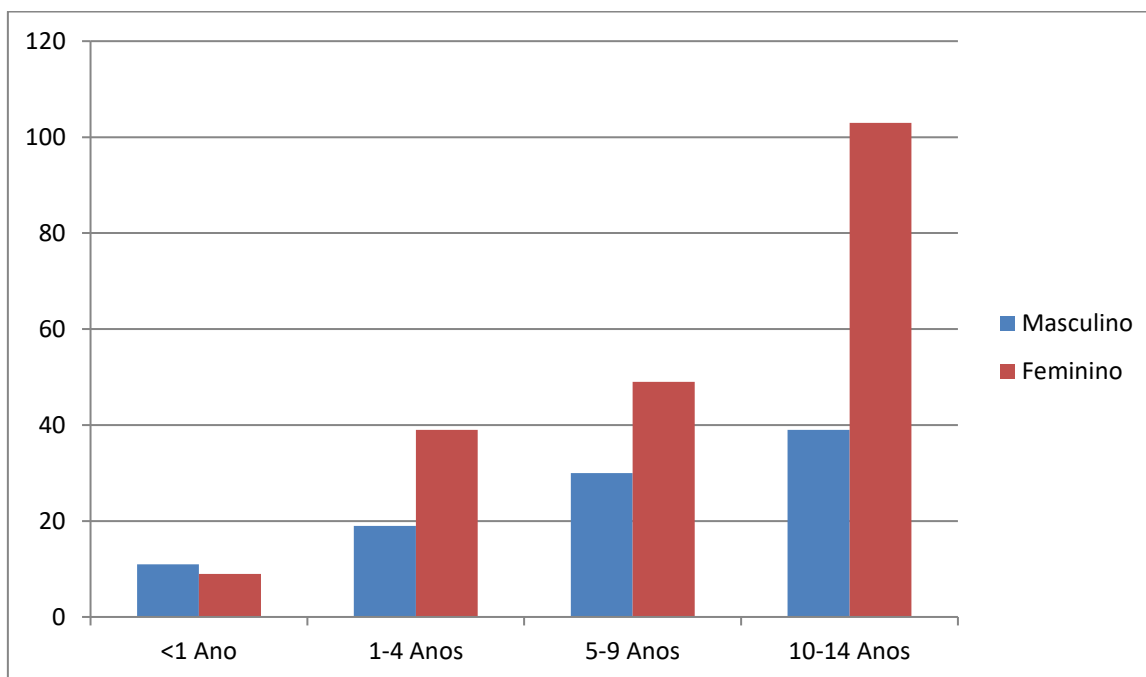


Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net.

Em relação às notificações por violência física, foi possível verificar maior ocorrência envolvendo vítimas do sexo feminino (84), enquanto foram contadas 67 vítimas do sexo masculino. As situações de violência ocorreram predominantemente em ambiente familiar, tendo como principal agressor o pai ou amigos/conhecidos da família, com dezesseis notificações cada; seguidos por agressões pela mãe (nove casos notificados), padrasto (sete notificações) e seis notificações de casos por agressão física causada por desconhecidos. Não houve notificações envolvendo menores de um ano, assim como notificações de agressões físicas em menores de quatro anos.

Se tratando do agravo violência, independente do tipo, observou-se que na faixa etária pesquisada (ate quatorze anos) houve mais notificações de violência, no sexo feminino do que no masculino. Na faixa etária de um a quatro anos houve dezenove casos notificados no sexo masculino e 39 no feminino; de cinco a nove anos houve trinta casos em homens e 49 em mulheres; e de dez a quatorze anos de idade houve 39 casos masculinos contra 103 femininos; contabilizando um total de 99 notificações de casos de violência contra indivíduos do sexo masculino e duzentos do sexo feminino. A exceção a esta regra se deu com bebês menores de um ano, em que houve onze casos notificados no sexo masculino e nove no feminino durante o período analisado (Figura 2).

Figura 2 - Número de casos notificados de violência distribuída em crianças e adolescentes por sexo segundo faixa etária no município de Governador Valadares no período de 2012-2016.

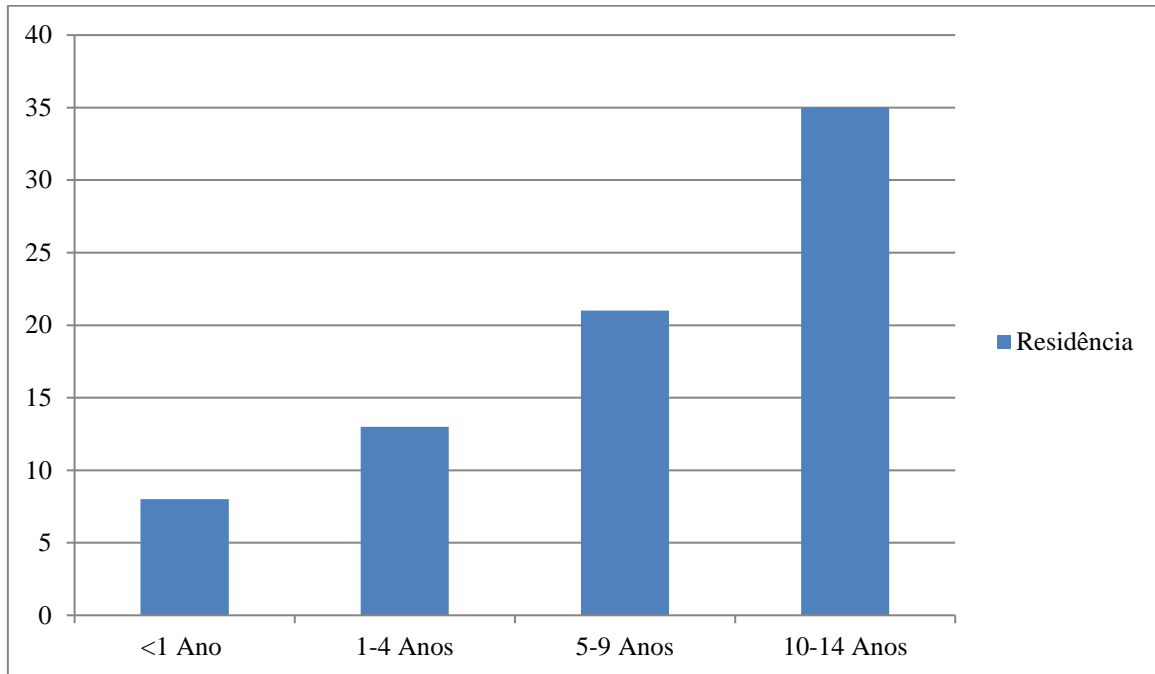


Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net.

Quanto à raça, foram analisadas notificações envolvendo indivíduos brancos, pretos, amarelos, pardos e indígenas. O maior número de casos de violência envolveu indivíduos pardos, com 53 casos, seguidos por brancos (16), pretos (15), amarelos (3) e, por último, indígenas, com dois casos notificados.

Ao analisar a variável local de ocorrência, foram considerados locais como residência, habitação coletiva, escola, local de prática esportiva, bar ou similar, via pública, comércio/serviços, indústria/construção, dentre outros. Foi possível observar que os casos de violência ocorreram predominantemente em residências (77), sendo que destes, oito casos notificados envolveram menores de um ano, treze casos com crianças de um a quatro anos, 21 casos envolvendo crianças de cinco a nove anos e 35 casos com crianças de dez a quatorze anos (Figura 3).

Figura 3 - Número de casos notificados de violência por local de ocorrência, segundo faixa etária no município de Governador Valadares, no período de 2012-2016.



Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net.

Foram avaliados também os agressores mais comuns e notou-se que a violência contra a criança é praticada principalmente por amigos e conhecidos da vítima, com notificação de 44 casos no período analisado. O pai também foi notificado como um dos principais agressores em 26 casos, seguido pelo padrasto (21 agressões notificadas). Não foi registrada nenhuma agressão por ente próximo envolvendo menores de um ano. Foram também notificados treze casos de violência por desconhecidos e doze casos tendo a mãe como agressora. Novamente, foram buscados dados sobre agressão praticada pela madrasta, contudo não houve resultados no sistema.

6 DISCUSSÃO

Milhões de crianças e adolescentes brasileiros sofrem por maus tratos, independente de classe social, religião ou escolaridade (Losso, Dalledone, Duda, Bertoli, Pizzatto, Correr, et al., 2015). Os maus tratos infantis constituem um problema de saúde pública que afeta diferentes âmbitos sociais, do meio familiar ao ambiente escolar, envolvendo questões relacionadas com o engajamento social das vítimas, seu atendimento nos serviços de saúde e a participação das autoridades públicas.

O contexto em que ocorrem as agressões é de extrema importância, visto que é formado por diversos fatores que contribuem para a ocorrência desta prática na sociedade, como: divórcio, alcoolismo, gravidez precoce, desemprego, drogas, instabilidade conjugal, problemas psíquicos, entre outros. Estudos mostram que em 90% dos casos os agressores sofreram maus tratos e negligência na infância ou não se adaptam socialmente, sendo estes, em sua maioria, pai, mãe, padrasto, madrasta, vizinhos ou pessoas próximas (Martins, 2010).

No que tange à abordagem do problema nos serviços de saúde, evidencia-se a necessidade da atuação do cirurgião-dentista, em consonância com sua responsabilidade ética e legal, no sentido de identificar, diagnosticar e notificar os casos suspeitos, uma vez que muitas das lesões decorrentes de agressões podem ser evidenciadas na região orofacial, área anatômica de interesse profissional. A notificação pode se dar de forma imediata, em até 24 horas após o profissional ter identificado o ocorrido, ou semanalmente, com prazo de até sete dias. Após o prazo estipulado, caso o cirurgião-dentista tenha tido conhecimento dos fatos e não o tenha reportado a uma autoridade competente, é passível de ser processado criminalmente, sofrendo as penalidades previstas no ECA (Velasco, Rosa, Baldasso, Fernandes, Oliveira, Oliveira, 2015).

Apenas o encaminhamento da vítima ao cirurgião-dentista pode não ser suficiente. Além de precisar perceber as evidências da violência, estes profissionais teriam que estar capacitados a analisar toda a situação, inclusive

quanto ao contexto social em que ocorreu a agressão e quanto ao aspecto psicológico da vítima, para proceder o encaminhamento do caso às instituições competentes. O intuito maior é de que os episódios de agressão sejam cessados, a vítima e sua família sejam adequadamente atendidas, priorizando a dignidade da criança (Bohner, Bohner, Canto, 2012).

No entanto, embora o cirurgião-dentista esteja capacitado para a identificação de lesões orofaciais relacionadas aos maus tratos, assim como para tomar as medidas legais cabíveis nestas situações, estes não atuam de forma satisfatória em casos de agressão (Massoni, Ferreira, Aragão, Menezes, Colares, 2010; Velasco, Rosa, Baldasso, Fernandes, Oliveira, Oliveira, 2015). Esta inépcia provavelmente está relacionada com a precariedade com que o tema é abordado na formação técnico-científica durante a graduação. Biss, Duda, Tomazinho, Pizzatto e Losso (2015) demonstraram que o tema tem sido abordado de forma insuficiente, ministrado de forma tardia no final dos cursos e de forma inadequada, por meio apenas de aulas teóricas nas disciplinas de Odontopediatria, Odontologia Legal e Saúde Coletiva. Diante da incapacidade demonstrada no atendimento de crianças e adolescentes vítimas de maus tratos, é necessário repensar a formação do profissional. Talvez seja válida a ideia de se iniciar a abordagem deste tema desde o início da graduação, com o intuito de evidenciar ao aluno seu papel como futuro profissional e estimulá-lo a se atualizar sobre esta temática, visto que, diagnosticar maus tratos não se trata apenas de identificar os sinais físicos do paciente, mas também interpretar comportamentos sugestivos da criança e do responsável, e relacioná-los (Biss, Duda, Tomazinho, Pizzatto, Losso, 2015).

Está prevista nas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia, a formação de profissionais generalistas e humanistas, com capacidade reflexiva e senso crítico, a fim de atuar como instrumento modificador da realidade em uma sociedade (DCN, 2002). Pesquisa realizada com coordenadores de curso revelou que mais de 50% deles acreditam que o assunto deve ser optativo, gerando um paradoxo com relação às recomendações das DCN (Biss, Duda, Tomazinho, Pizzatto, Losso, 2015). Esse pensamento pode explicar uma das razões da omissão por parte

dos profissionais quanto ao seu papel decisivo na intervenção de casos que envolvam esta problemática, além de uma displicência dos órgãos reguladores da profissão ao tratar o assunto de forma superficial, subestimando a relevância da temática para a classe odontológica. Não está explicitamente especificada no Código de Ética Odontológico a obrigatoriedade de notificar casos de maus tratos infantis, assim como de orientar a conduta dos profissionais frente às agressões.

Outras questões relacionadas à má condução dos casos de maus tratos infantis nos consultórios odontológicos se referem ao aspecto da formação cultural dos cidadãos brasileiros, que levam à crença de que a agressão pode ser parte de um processo educativo baseado na punição. Além disso, há, também, questões relacionadas com o receio de envolvimento profissional com possíveis desdobramentos do caso, como o envolvimento jurídico, falta de confiança para o diagnóstico de lesões sugestivas de maus tratos, dificuldades no relacionamento com os pais ou responsáveis e o medo de perder o paciente. Além do fato de muitos profissionais desconhecerem a conduta padrão e as possíveis penalidades decorrentes de sua negligência, outro fator que pode interferir negativamente na ineficiência da abordagem destes casos, resultando em subnotificação, pode estar relacionado com a falta de confiança nos órgãos protetores e a vulnerabilidade dos profissionais da saúde encarregados de notificar os casos (Biss, Duda, Tomazinho, Pizzatto, Losso, 2015; Moreira, Rolim, Saintrain, Vieira, 2015).

Porém, o artigo 13 do ECA determina que se deve notificar o caso ao Conselho Tutelar, sem necessidade de apresentar provas, com sigilo garantido, sendo sugerido não interferir pessoalmente na situação (Brasil, 1990).

Todos esses fatores somados acarretam em uma abordagem deficiente dos casos de maus tratos contra crianças e adolescentes, do ponto de vista odontológico (Moreira, Rolim, Saintrain, Vieira, 2015). Algo que já foi verificado também em profissionais que atuam na Atenção Primária à Saúde e que remete a uma ineficiência do sistema de saúde pública brasileiro, posto que, o SUS muitas vezes é a porta de entrada dessas vítimas.

O levantamento epidemiológico de maus tratos contra crianças e adolescentes no município de Governador Valadares evidencia prioritariamente, por exemplo, questões relacionadas à caracterização das vítimas, identificação dos agressores e do local de ocorrência das agressões, sem, contudo, informar quanto ao encaminhamento dos casos (SINAN NET). A falta de dados estatísticos sobre a atuação do cirurgião-dentista nestas situações demonstra, no mínimo, desinteresse sobre o papel essencial que este profissional pode exercer na interceptação de casos, corroborando para que não haja o cumprimento de seu dever ético e legal, sem agir na sociedade de forma moral e exercendo sua cidadania (Sales-Peres, Silva, Lopes-Júnior, Carvalho, 2008). Sugerem-se reorientar o sistema de atendimento primário às vítimas, incluindo e valorizando a atuação dos cirurgiões-dentistas que, por meio de uma percepção crítica do comportamento dos menores atendidos e da avaliação do relacionamento entre a criança e o responsável, pode aumentar em até cinco vezes a possibilidade de reconhecimento de negligência e agressão sofridas pela criança (Massoni, Ferreira, Aragão, Menezes, Colares, 2010).

Moreira, Rolim, Saintrain e Vieira (2015), atribuíram à dificuldade com a condução de casos de maus tratos ao fato de ainda ser presente uma conduta clínica baseada no modelo biomédico, o qual anula a avaliação de aspectos subjetivos durante um atendimento, valorizando um tratamento clínico-biológico. Nota-se a necessidade da ampliação de discussões tangenciando este tema, de forma a contribuir com um maior engajamento dos profissionais de saúde envolvidos neste tipo de situação, o que possibilitaria a estes agirem como um instrumento transformador em uma sociedade.

A intervenção por parte do cirurgião-dentista deveria ser da forma mais precoce possível, iniciando-se com a documentação do caso e acompanhando a vítima e a família. A documentação deve conter informações acuradas quanto às características das lesões e quanto ao paciente, de forma geral. É imperioso para o processo de diagnóstico de maus tratos realizar uma boa anamnese e um adequado exame clínico, com análise detalhada intra e extra oral. Caso tenha sido observada alguma incoerência entre a história da

lesão e o ferimento propriamente dito é aconselhável que o profissional questione tal discrepância, sem acusar o responsável sobre a origem e inconsistência do relato (Sociedade Brasileira de Pediatria, 2001). Além disto, deve-se averiguar outras áreas do corpo menos expostas e solicitar exames complementares. Segundo Herrera, Strapasson e Melani (2015), as informações colhidas devem ser registradas no prontuário do paciente juntamente com a descrição minuciosa da lesão, gerando um documento que deve conter as informações gerais da criança, características do cuidador e do perpetrador, além de características relacionadas ao ambiente familiar da vítima e informações detalhadas sobre os maus tratos identificados. Mesmo sendo apenas uma suspeita, o profissional ainda assim deve proceder a notificação ao Conselho Tutelar ou órgão competente local. É válido ressaltar que a notificação é uma forma de acionar as autoridades de que uma criança precisa de ajuda e não uma condenação da família (Luna, Ferreira, Vieira, 2010; Losso, Dalledone, Duda, Bertoli, Pizzatto, Correr, et al., 2015).

A notificação deve ser feita de forma sigilosa e no tempo estipulado, sendo aconselhável a descrição da lesão indicativa de maus tratos e o registro da notificação no prontuário do paciente, já que, tal documento é considerado uma prova e garante a proteção do cirurgião-dentista. A notificação compulsória pode ser feita de três formas diferentes. Por meio de telefone, quando o denunciante deve ligar para o órgão competente ou serviços de ajuda; por meio da ida direta ao órgão competente; ou por escrito, através da ficha de notificação que deve ser preenchida em duas vias e encaminhada ao Serviço Social (Velasco, Rosa, Baldasso, Fernandes, Oliveira, Oliveira, 2015). Este processo é fundamental, pois auxilia na interrupção da violência, além de contribuir para melhorar o planejamento do investimento em políticas públicas (Luna, Parente, Moreira, Vieira, 2010).

A subnotificação é, talvez, o maior exemplo da precariedade com que este tema é tratado no âmbito odontológico e de maneira geral pelo sistema de saúde público. Entendendo que a subnotificação de casos pode se dar pela dificuldade de diagnóstico em situações suspeitas e pela falta de confiança do profissional em relação aos desdobramentos dessa medida, se

tornam necessárias mudanças nesse contexto, que tragam consequências positivas para todos os envolvidos. Neste sentido, reitera-se a fundamental importância da atuação do cirurgião-dentista nestas situações, por muitas vezes ser o único profissional de saúde que têm contato com as vítimas e pela sua área de atuação favorecer a detecção de lesões decorrentes das agressões (Biss, Duda, Tomazinho, Pizzatto, Losso, 2015).

É sabido que os dados epidemiológicos em relação à violência amenizam a realidade dos fatos e dificultam o conhecimento real e alarmante da situação no país, que se configura de forma mais complexa. A análise realizada no município de Governador Valadares, MG, mostrou que no período pesquisado houve 439 casos notificados de violência contra indivíduos na faixa etária de até 14 anos, o que, mesmo considerando a subnotificação, configura um alto número de casos e mostra a relevância e a gravidade da situação. Dentre estes casos, a maioria ocorreu envolvendo indivíduos do sexo feminino, com praticamente o dobro de notificações em relação ao sexo masculino. Isso demonstra o contexto histórico-social do patriarcado e a desigualdade de gênero na qual a mulher está inserida. Desde a infância passa-se a ideia de que a mulher é subjugada ao homem e conseqüentemente seu corpo pode ser apropriado por ele (Carvalho, Oliveira, Silva, Frois, Alves, 2017; Oliveira, Silva, Carvalho, Frois, Alves, 2017; Silva, Carvalho, Oliveira, Frois, Alves, 2017). Se tratando do agressor, foi observado que em casos de violência física o pai ou amigos/conhecidos da família foram os principais perpetradores. Do total de notificações em todo o período, 160 corresponderam a casos de violência sexual, 151 foram casos de violência física, 116 casos de violência psicológica e moral e 12 casos de violência por negligência e abandono.

A negligência pode ser identificada pela detecção de sinais como a desnutrição; falta de higiene; vestimentas insuficientes; falta de proteção contra perigos; falta de estímulos e condições para frequentar a escola; descuido com a saúde geral e bucal; cáries agudas e não tratadas; sangramento ou trauma; sintomatologia dolorosa que não recebe atenção ou tratamento (Losso, Dalledone, Duda, Bertoli, Pizzatto, Correr, et al., 2015; Barroso, Salvador, Fagundes Neto, 2016). A despreocupação dos pais e responsáveis quanto à

saúde bucal dos menores é um fato alarmante, sabido que, este descaso e desinformação se configuram como negligência. Isto se dá devido à ideia equivocada de que a dentição temporária não necessita de cuidados peculiares como a dentição permanente, e que o processo carioso é comum a todos e não uma doença passível de prevenção e tratamento, levando os pais a procurarem o cirurgião-dentista apenas em casos de dor aguda e cárie extensa. Nota-se, desta forma, a extrema necessidade de qualificação dos cirurgiões-dentistas para lidarem com esse tipo de situação, visto que muitos se encontram despreparados para interpretar a situação como um caso de negligência e ou abandono do menor, a fim de intervirem de forma significativa na qualidade de vida deste indivíduo (Serafim, Rodrigues, Prado, 2016).

O diagnóstico feito pelo cirurgião-dentista envolve a avaliação de sinais e sintomas pouco específicos, porém de extrema importância para correlacionar a interação entre os responsáveis e o menor. Portanto, devem realizar uma criteriosa anamnese, registrando a história da lesão e suas características (caso haja dano físico) em prontuário. Se for possível, a criança e o responsável devem ser separados durante o exame e a coleta das informações, à fim de se verificar os relatos. É necessário dar atenção especial a história relatada pelo responsável e pelo menor, verificando se há contradições nas versões (Herrera, Strapasson, Melani, 2015; Souza, Rodrigues, Zocratto, Oliveira, 2017).

Existem sinais que também podem ser suspeitos quanto às formas de violência. Hematomas, cortes, queimaduras, fraturas, lesões na região da cabeça e pescoço, lesões em fases diferentes de cicatrização, demora na procura de atendimento médico, lesões circulares no pescoço indicando estrangulamento, lesões circulares em punhos e tornozelos sugerindo amarras, hematomas em áreas usualmente protegidas por roupa e falta de cabelo (ocorrido devido a puxões) podem levantar suspeitas de violência física. Quanto à violência sexual, a irritabilidade e agressividade, o isolamento, choro ou tristeza constante, dificuldade de relacionamento, medo de ficar sozinho, medo constante e pavor sem causa identificável, falta de vontade de voltar para casa e comportamento sexual ou erotização precoce podem ser evidências

desta situação. Da mesma forma, o isolamento e passividade, a agitação e choro constante, a irritabilidade e agressividade, a insegurança e infantilidade, a obesidade ou desnutrição por ansiedade, a falta de controle para “segurar” a urina e/ou as fezes podem indicar violência psicológica (Losso, Dalledone, Duda, Bertoli, Pizzatto, Correr, et al., 2015).

Por fim, é possível identificar algumas características comuns nos agressores, como desinteresse ou possessividade excessiva pela criança, o impedimento do convívio social da criança e seu afastamento do contato com educadores e a escola, o histórico de violência doméstica, mães com histórico de depressão pós-parto, falta de afeto entre os membros da família, abuso de álcool ou substâncias ilícitas e distúrbios de comportamento/psicológicos (Losso, Dalledone, Duda, Bertoli, Pizzatto, Correr, et al., 2015).

De forma geral, existe um alto índice de cirurgiões-dentistas especialistas no Brasil, o que, de certa forma, corrobora com a dificuldade de seu desempenho ao atender casos de maus tratos. É sabido que a ultra-especialização prejudica a formação de profissionais com habilidades generalistas (Silva, Cavalcanti, Cavalcanti, 2017).

O elevado número de casos encontrados no levantamento epidemiológico realizado na pesquisa, mesmo considerando as subnotificações, ressaltou a relevância do estudo sobre os maus tratos infantis no município de Governador Valadares. A falta de dados sobre a atuação do cirurgião-dentista evidenciou a baixa inserção deste profissional no contexto da violência infantil, apesar da importância que sua atuação pode ter nestas situações, tendo em vista sua área de atuação.

Dificuldades relativas à formação acadêmica dos futuros cirurgiões-dentistas e a baixa inserção dos profissionais no sistema público de atendimento à saúde e em ambiente hospitalar perpetuam a precariedade de atendimento à vítima, o que evidencia o pouco entendimento das autoridades quanto à importância da atuação desses profissionais (Mitchell, Sheller, Velan, Caglar, Scott, 2014; Wagle, Allred, Needleman, 2014; McKeague, Cooper, 2018).

A restrição do atendimento odontológico de vítimas de maus tratos se agravou quando foi vetado o Projeto de Lei da Câmara (PLC) 34/2013, que tornaria obrigatório a prestação de assistência odontológica a pacientes em regime de internação hospitalar. Por meio desse projeto, o cirurgião-dentista habilitado em odontologia hospitalar passaria a ter participação ampla e ativa na equipe do hospital, podendo atuar em diagnósticos, acompanhamento clínico, ambulatorial e em leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), aumentando a chance de contato do profissional com a vítima. O veto presidencial foi alegado com o argumento de que o projeto é inconstitucional (CFO, 2019).

7 CONCLUSÕES

Diante deste contexto, nota-se uma odontologia negligente que necessita de mais orientação e encorajamento quanto a sua prática. Observa-se que a precariedade da atuação do cirurgião-dentista em casos de maus tratos é multifacetada, abrangendo um cenário histórico-cultural arcaico, uma odontologia negligente e autoridades caracterizadas pelo desconhecimento acerca da temática.

REFERÊNCIAS

1. Sales-Peres A, Silva RHA, Lopes-Júnior C, Carvalho SPM. Odontologia e o desafio na identificação de maus-tratos. *Odontologia. Clín.-Científ.* jul/set., 2008: 7 (3): 185-189.
2. Marin FS, Queiróz LMM, Corrêa TC, Aparecido TC, Hirayama C, Tavares Filho MB, et al. O papel do profissional de saúde frente à violência e maus tratos na infância. *Colloquium Vitae.* Jul-Dez, 2015: 7 (Especial): 96-103.
3. Paiva C, Zaher VC. Violência contra crianças: o atendimento médico e o atendimento pericial. *Saúde, Ética & Justiça.* 2012: 17 (1): 12-20.
4. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
5. Brasil. Lei nº. 8069, de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente. *Diário Oficial da União.* Brasília, DF, 13 jul. 1990.
6. Martins CBG. Maus tratos contra crianças e adolescentes. *Rev Bras Enferm.* 2010 jul-ago: 63 (4): 660-5.
7. Fundação ABRINQ. Cenário da Infância e Adolescência no Brasil. São Paulo: 2017.
8. Ministério da Saúde. Violência intrafamiliar: Orientações para a prática em serviço. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
9. Ministério da Saúde. Notificação de maus tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde: um passo a mais na cidadania em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
10. Ipsos. Violência contra crianças e adolescentes: percepções públicas no Brasil: 2017.
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico. Governador Valadares: 2017.
12. Carvalho LM, Oliveira TS, Silva DP, Frois EM, Alves WA. Violência física e psicológica contra a mulher residentes no município de Governador Valadares, 2009 a 2016. [Boletim Epidemiológico].

- Governador Valadares: Universidade Federal de Juiz de Fora – Campus GV; 2017.
13. Oliveira TS, Silva DP, Carvalho LM, Frois EM, Alves WA. Perfil sociodemográfico das notificações de violência sexual contra mulheres residentes no município de Governador Valadares, 2009 a 2016. [Boletim Epidemiológico]. Governador Valadares: Universidade Federal de Juiz de Fora – Campus GV; 2017.
 14. Silva DP, Carvalho LM, Oliveira TS, Frois EM, Alves WA. Perfil das Notificações de violência contra mulheres residentes no município de Governador Valadares, 2009 a 2016. [Boletim Epidemiológico]. Governador Valadares: Universidade Federal de Juiz de Fora – Campus GV; 2017.
 15. Biss SP, Duda JG, Tomazinho PH, Pizzatto E, Losso EM. Maus tratos infantis: avaliação do currículo dos cursos em odontologia. Revista da ABENO. 2015: 15 (1): 55-62.
 16. Bohner LOL, Bohner TOL, Canto GL. Maus tratos na infância e adolescência: protocolo de atendimento no consultório odontológico. Rev. Elet. em Gestão, Educação e Tecnologia Ambiental. 2012: 6 (6): 1239 – 1243.
 17. Busato CA, Pereira TCR, Guaré RO. Maus-tratos infantis na perspectiva de acadêmicos de Odontologia. Revista da ABENO. 2018: 18(1): 84-92.
 18. Moreira GAR, Rolim ACA, Saintrain MVL, Vieira LJES. Atuação do cirurgião-dentista na identificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes na atenção primária. Saúde Debate. Dez 2015: 39 (especial): 257-267.
 19. Souza CE, Rodrigues IFMM, Zocratto KBF, Oliveira CAS. Violência infantil e responsabilidade profissional do cirurgião-dentista – Revisão de Literatura. Rev Bras Odontol Leg. 2017: 4(1): 53-63.
 20. Wacheski A, Lopes MGK, De 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. Odonto. 2012: 20(39): 7-15.

21. Serafim APR, Rodrigues LG, Prado MM. Maus-tratos infantis: um olhar sobre a omissão de pais na atenção à saúde bucal dos seus filhos. RBOL. 2016: 3 (1): 95-105.
22. Velasco LEL, Rosa GC, Baldasso RP, Fernandes MM, Oliveira RN, Oliveira AMG. Responsabilidade dos Cirurgiões Dentistas Frente a Maus-Tratos Contra a Criança – Revisão de Literatura. Brazilian Journal of Forensic Sciences, Medical Law and Bioethics. 2015: 4 (3): 294-309.
23. Ministério da Saúde. Impacto da violência na saúde das crianças e adolescentes. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
24. Granville-Garcia AF, Menezes VA, Torres Filho B, Araújo JR, Silva PFR. Ocorrência de Maus-Tratos em Crianças e Adolescentes na Cidade de Caruaru-PE. Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada. Janeiro-abril, 2006: 6 (1): 65-70.
25. Garbin CAS, Dias IA, Rovida TAS, Garbin AJI. Desafios do profissional de saúde na notificação da violência: obrigatoriedade, efetivação e encaminhamento. Ciência & Saúde Coletiva. 2015: 20 (6): 1879-1890.
26. Leite CN, Oliveira RKF, Camerini MB, Ramos C, Moscardini AC. Notificação de maus-tratos infantis: necessidade de educação médica continuada. Arq Ciênc Saúde. 2006 jan-mar: 13 (1): 22-6.
27. Conselho Federal de Odontologia. Código de ética odontológica. Disponível em: http://cfo.org.br/website/wp-content/uploads/2018/03/codigo_etica.pdf.
28. Ministério da Educação. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia. Diário Oficial da União, Brasília, 4 de março de 2002. Seção 1, p. 10.
29. Massoni ACLT, Almeida MANF, Martins CG, Firmino RT, Granville-Garcia AF. Maus-tratos na infância e adolescência: conhecimento e atitude de profissionais de saúde. Arq Odontol. Abr/Jun 2014: 50 (2): 71-77.
30. Silva KBG, Cavalcanti AFC, Cavalcanti AL. Maus-tratos infantis: conhecimentos e condutas dos cirurgiões-dentistas da Estratégia Saúde

- da Família de Guarabira-PB, Brasil. REFACS. 15/02/2017: 5 (1):108-117.
31. Heit OFJ. Mordedura de perro imitando una lesión por abuso infantil. Rev Bras Odontol Leg RBOL. 2017: 4 (2): 104-109.
 32. Herrera LM, Strapasson RAP, Melani RFH. Violência doméstica contra crianças e adolescentes: para o cirurgião-dentista. 1 ed. São Paulo. 2015.
 33. Ministério da Saúde. DATASUS. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinannet/cnv/violemg.def>.
 34. Losso EM, Dalledone M, Duda JG, Bertoli FMP, Pizzatto E, Correr GM, et al.. Maus-tratos infantis: o papel dos cirurgiões-dentistas na proteção das crianças e adolescentes. Curitiba: Universidade Positivo, 2015.
 35. Massoni ACLT, Ferreira AMB, Aragão AKR, Menezes VA, Colares V. Aspectos orofaciais dos maus-tratos infantis e da negligência odontológica. Ciência & Saúde Coletiva. 2010: 15 (2): 403-410.
 36. Sociedade Brasileira de Pediatria. Guia de Atuação Frente aos Maus-tratos na Infância e na Adolescência. 2 ed. Rio de Janeiro. Março de 2001.
 37. Luna GLM, Ferreira RC, Vieira LJES. Notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes por profissionais da Equipe Saúde da Família. Ciência & Saúde Coletiva. 2010: 15 (2): 481-491.
 38. Luna GLM, Parente EO, Moreira DP, Vieira LJES. Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes: o discurso oficial e a práxis. Rev . enferm. 2010 jan/mar: 18 (1): 148-52.
 39. Barroso MMB, Salvador LM, Fagundes Neto U. Desnutrição proteico-calórica grave em dois irmãos devido ao abuso por privação alimentar. Rev Paul Pediatr. 2016: 34 (4): 522-527.
 40. McKeague K, Cooper A. Dental trauma: Better communication between hospital and primary dental services. Official journal of the British Dental Association. November 23 2018: 225 (10): 907.

41. Mitchell J, Sheller B, Velan E, Caglar D, Scott J. Managing Pediatric Dental Trauma in a Hospital Emergency Department. *Pediatr Dent*. 2014; 36 (3): 205-10.
42. Wagle E, Allred EN, Needleman HL. Time Delays in Treating Dental Trauma at a Children's Hospital and Private Pediatric Dental Practice. *Pediatr Dent*. 2014; 36 (3): 216-21.

ANEXOS

ANEXO – Ficha de Notificação Compulsória

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL		Nº		
<p>Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoa com deficiência, indígenas e população LGBT.</p>						
Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual		
	2	Agravado/doença	VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA	Código (CID10) Y09		
	3	Data da notificação		Código (IBGE)		
	4	UF	5	Município de notificação		
	6	Unidade Notificadora <input type="checkbox"/> 1- Unidade de Saúde <input type="checkbox"/> 2- Unidade de Assistência Social <input type="checkbox"/> 3- Estabelecimento de Ensino <input type="checkbox"/> 4- Conselho Tutelar <input type="checkbox"/> 5- Unidade de Saúde Indígena <input type="checkbox"/> 6- Centro Especializado de Atendimento à Mulher <input type="checkbox"/> 7- Outros <input type="checkbox"/>				
Notificação Individual	7	Nome da Unidade Notificadora		Código Unidade		
	8	Unidade de Saúde		Código (CNES)		
	9	Data da ocorrência da violência				
	10	Nome do paciente		11	Data de nascimento	
	12	(ou) Idade	1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	13	Sexo M - Masculino F - Feminino 1 - Ignorado	
Dados de Residência	14	Gestante		15	Raça/Cor	
	16	Escolaridade				
	17	Número do Cartão SUS		18	Nome da mãe	
	19	UF	20	Município de Residência	21	Distrito
	22	Bairro	23	Logradouro (rua, avenida,...)	24	Geo campo 1
Dados Complementares	25	Complemento (apto., casa, ...)		26	Geo campo 2	
	27	Geo campo 2		28	Ponto de Referência	
	29	CEP		30	(DDD) Telefone	
	31	Zona		32	Pais (se residente fora do Brasil)	
	33	Nome Social		34	Ocupação	
Dados da Pessoa Atendida	35	Situação conjugal / Estado civil			36	Orientação Sexual
	37	Identidade de gênero:			38	Possui algum tipo de deficiência/transstorno?
	39	Se sim, qual tipo de deficiência/transstorno?			40	UF
	41	Município de ocorrência		42	Distrito	
	43	Bairro	44	Logradouro (rua, avenida,...)	45	Número
Dados da Ocorrência	46	Complemento (apto., casa, ...)		47	Geo campo 3	
	48	Geo campo 4		49	Ponto de Referência	
	50	Zona		51	Hora da ocorrência	
	52	Local de ocorrência		53	Ocorreu outras vezes?	
	54	A lesão foi autoprovocada?		55	Ocorreu outras vezes?	

SVS 15.06.2015

Violência	55 Essa violência foi motivada por: 01-Sexismo 02-Homofobia/Lesbofobia/Bifobia/Transfobia 03-Racismo 04-Intolerância religiosa 05-Xenofobia 06-Conflito geracional 07-Situação de rua 08-Deficiência 09-Outros 88-Não se aplica 99-Ignorado		
	56 Tipo de violência 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos <input type="checkbox"/> Psicológica/Moral <input type="checkbox"/> Financeira/Econômica <input type="checkbox"/> Intervenção legal <input type="checkbox"/> Tortura <input type="checkbox"/> Negligência/Abandono <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Trabalho Infantil		57 Meio de agressão 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Força corporal/ espancamento <input type="checkbox"/> Obj. perfuro-cortante <input type="checkbox"/> Arma de fogo <input type="checkbox"/> Enforcamento <input type="checkbox"/> Substância/ Obj. quente <input type="checkbox"/> Ameaça <input type="checkbox"/> Obj. contundente <input type="checkbox"/> Envenenamento, Intoxicação <input type="checkbox"/> Outro
Violência Sexual	58 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1-Sim 2-Não 8-Não se aplica 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Assédio sexual <input type="checkbox"/> Estupro <input type="checkbox"/> Pornografia Infantil <input type="checkbox"/> Exploração sexual <input type="checkbox"/> Outros		
	59 Procedimento realizado 1-Sim 2-Não 8-Não se aplica 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Profilaxia DST <input type="checkbox"/> Profilaxia Hepatite B <input type="checkbox"/> Coleta de sêmen <input type="checkbox"/> Contracepção de emergência <input type="checkbox"/> Profilaxia HIV <input type="checkbox"/> Coleta de sangue <input type="checkbox"/> Coleta de secreção vaginal <input type="checkbox"/> Aborto previsto em lei		
Dados do provável autor da violência	60 Número de envolvidos 1-Um <input type="checkbox"/> 2-Dois ou mais <input type="checkbox"/> 9-Ignorado <input type="checkbox"/>	61 Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge <input type="checkbox"/> Amigos/conhecidos <input type="checkbox"/> Policial/agente da lei <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Namorado(a) <input type="checkbox"/> Desconhecido(a) <input type="checkbox"/> Própria pessoa <input type="checkbox"/> Padrasto <input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a) <input type="checkbox"/> Cuidador(a) <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Madrasta <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Patrão/chefe <input type="checkbox"/> Pessoa com relação Institucional <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Irmão(ã)	62 Sexo do provável autor da violência 1-Masculino <input type="checkbox"/> 2-Feminino <input type="checkbox"/> 3-Ambos os sexos <input type="checkbox"/> 9-Ignorado <input type="checkbox"/>
	63 Suspeita de uso de álcool 1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Não <input type="checkbox"/> 9-Ignorado <input type="checkbox"/>		
Encaminhamento	64 Ciclo de vida do provável autor da violência: <input type="checkbox"/> 1-Criança (0 a 9 anos) 3-Jovem (20 a 24 anos) 5-Pessoa Idosa (60 anos ou mais) 2-Adolescente (10 a 19 anos) 4-Pessoa adulta (25 a 59 anos) 9-Ignorado		
	65 Encaminhamento: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Rede da Saúde (Unidade Básica de Saúde, hospital, outras) <input type="checkbox"/> Conselho do Idoso <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento à Mulher <input type="checkbox"/> Rede de Assistência Social (CRAS, CREAS, outras) <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento ao Idoso <input type="checkbox"/> Outras delegacias <input type="checkbox"/> Rede de Educação (Creche, escola, outras) <input type="checkbox"/> Centro de Referência dos Direitos Humanos <input type="checkbox"/> Justiça da Infância e da Juventude <input type="checkbox"/> Rede de Atendimento à Mulher (Centro Especializado de Atendimento à Mulher, Casa da Mulher Brasileira, outras) <input type="checkbox"/> Ministério Público <input type="checkbox"/> Defensoria Pública <input type="checkbox"/> Conselho Tutelar <input type="checkbox"/> Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente		
Dados finais	66 Violência Relacionada ao Trabalho 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/>	67 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) 1-Sim 2-Não 8-Não se aplica 9-Ignorado <input type="checkbox"/>	68 Circunstância da lesão CID 10 - Cap XX <input type="checkbox"/>
	69 Data de encerramento <input type="checkbox"/>		
Informações complementares e observações			
Nome do acompanhante		Vínculo/grau de parentesco	(DDD) Telefone
Observações Adicionais:			
Disque Saúde - Ouvidoria Geral do SUS 136		TELEFONES ÚTEIS Central de Atendimento à Mulher 180	Disque Direitos Humanos 100
Notificador	Município/Unidade de Saúde	Cod. da Unid. de Saúde/CNES	
	Nome	Função	Assinatura
Violência Interpessoal/autoprovocada		Sinan	SVS 15.06.2015