

O papel do cirurgião-dentista frente aos maus tratos à criança e ao adolescente

The role of dentists compared to cases of maltreatment against children and adolescents

Josias Pereira da Costa Neto¹
Nayane Herculano Medeiros¹
Samilla Soares Nascimento¹
Vanessa Sena Santos¹
Ayla Norma Ferreira Matos²

Resumo

O cirurgião-dentista possui um papel fundamental no que se refere à notificação da violência infantil, uma vez que mais de 50% das lesões decorrentes dos maus tratos físicos envolvem as regiões da cabeça e face. O objetivo deste estudo foi realizar uma revisão de literatura, visando identificar o papel do cirurgião-dentista frente aos casos de maus tratos contra criança e adolescente. Cabe ao cirurgião-dentista não apenas fazer o diagnóstico e tratamento das vítimas de maus tratos, mas também de notificar aos órgãos competentes. Pode-se concluir que os cirurgiões-dentistas carecem de instruções e orientações quanto ao reconhecimento dos principais sinais clínicos de maus tratos, para saber notificar os casos.

Palavras-chave: Maus tratos. Criança e adolescente. Odontologia.

Abstract

The dentist has a key role with regard to child abuse, since over 50% of injuries resulting from physical abuse involve the head and face. The aim of this study was to conduct a literature review to identify the role of dentists compared to cases of maltreatment against children and adolescents. It is up to the dentist not only to make the diagnosis and treatment of victims of maltreatment, but also to notify the appropriate government sections. It can be concluded that dentists need instructions and guidelines for the recognition of important signs of maltreatment, for reporting cases.

Key-Words: Maltreatment. Child and adolescent. Dentistry.

Introdução

“Uma epidemia se desenvolve no país, escondida pela falta de estatísticas e o silêncio da população – a violência contra a criança, que se manifesta pelos maus tratos, que vão da negligência a abuso sexual, podendo levar à morte” (BRICARELLO, 1999 apud CALVANTI; VALENÇA; DUARTE, 2000, p. 451).

Os maus tratos à crianças podem ser identificados como traumas não acidentais infringido a uma criança por alguém designado a tomar conta da mesma, sem nenhuma explicação razoável. Podem ser divididos em físicos, sexuais, psicológicos e negligências. Essas categorias se superpõem, pois todas as formas de maus tratos apresentam componentes emocionais e, o abuso sexual é também categoria de maus-tratos físicos (FISCHER; MCDONALD, 1998).

No Brasil, os maus tratos são considerados a principal causa de morte de crianças e adolescentes a partir

¹ Acadêmicos do 8º Período do curso de Odontologia

² Professora Adjunta da FACS/UNIVALE e Mestre em Odontologia/ Saúde coletiva

dos cinco anos de idade, representando então, um grave problema de saúde pública para a nossa sociedade. Trata-se de uma população cujos direitos básicos são muitas vezes violados, como o acesso à escola, a assistência à saúde e os cuidados necessários para o seu desenvolvimento. Os menores são, ainda, explorados sexualmente e usados como mão de obra complementar para o sustento da família. Há situações em que são abandonados à própria sorte, fazendo da rua seu espaço de sobrevivência. Nesse contexto de exclusão, as crianças podem ser alvo de ações violentas que comprometem física e mentalmente a sua saúde (FIOCRUZ, 2001).

Um completo diagnóstico diferencial é essencial quando estamos diante de casos potencialmente suspeitos de violência infantil. Ele proporcionará ao profissional da saúde a oportunidade de comparar as características das lesões presentes com a história relatada pelos pais ou responsáveis. Permite delinear o tipo de injúria, o local da ocorrência, características clínicas e instrumentos que possam ter sido utilizados quando da agressão (CAVALCANTI, 2001).

Segundo Cavalcante e Duarte (2003), a estatística nacional é que mais de 50% das lesões decorrentes de violência física envolvem as regiões da cabeça e face. Esses números, por si só, expressam a importância do cirurgião-dentista no diagnóstico dessas lesões, as quais, na grande maioria das vezes, passam despercebidas, por ocasião da anamnese e do exame clínico, em decorrência desse profissional desconhecer os sinais básicos, para seu diagnóstico precoce.

Chaim (1995) observou que não há uma conduta padrão determinada para os cirurgiões-dentistas frente a casos de maus tratos em crianças e, sim, conceitos éticos fundamentados de acordo com a personalidade do entrevistado. Infelizmente, a classe odontológica carece de uma conduta padrão para os casos de violência contra crianças e adolescentes.

Diante de casos de maus tratos, o cirurgião-dentista deverá notificar ao Conselho Tutelar da sua cidade e, na ausência deste, a curadoria da Infância e Juventude, Juizado da Infância e Juventude ou Órgãos de Proteção à Criança (CAVALCANTI, 2001).

Neste sentido, o objetivo deste estudo é identificar o papel do cirurgião-dentista frente aos casos de maus tratos contra criança e adolescente.

Revisão da literatura

Conceito sobre maus tratos

O artigo 136 do Código Penal Brasileiro define maus tratos como: Expor a perigo a vida ou a saúde de

pessoa sob sua autoridade, guarda ou vigilância, para fim de educação, ensino, tratamento ou custódia, quer privando-a de alimentação ou cuidados indispensáveis, quer sujeitando-a a trabalho excessivo ou inadequado, quer abusando de meios de correção ou disciplina. Pena - detenção, de 2 (dois) meses a 1 (um) ano, ou multa (Código Penal Brasileiro, 1991, p.237).

Maus tratos é um termo-diagnóstico que descreve uma variedade de comportamentos que se estendem desde uma disciplina severa até a tortura repetitiva e intencional. Trata-se de um fenômeno complexo resultante de uma combinação de fatores individuais, familiares e sociais (CAVALCANTI, 2001).

Os maus tratos podem ser classificados em físicos, psicológicos, negligência e abuso sexual. Aqueles realizados em ambiente familiar, vão desde pequenas palmadas tidas como educativas ou corretivas, até tapas, espancamentos, queimaduras, deixando marcas e cicatrizes evidentes. Porém, quando se trata de maus tratos psicológicos, como discriminação, chantagens e outras, o diagnóstico se torna difícil, principalmente por não deixarem marcas ou evidências imediatas (DARUGE; CHAIM; GONÇALVES, 2000).

Classificação dos maus tratos

Maus tratos físicos

Uso da força ou atos de omissão praticados pelos pais ou responsáveis, com objetivo claro ou não de ferir, deixando ou não marcas evidentes. São comuns tapas e murros, agressões com diversos objetos e queimaduras causadas por objetos líquidos ou quentes (ABRAPIA, 1997).

Segundo Sales-Peres et al. (2008), quando há presença de lesões corporais, essas podem ser classificadas em pequenas (com algumas cicatrizes), moderadas (pequenas queimaduras, fratura simples), ou severas (grandes queimaduras, trauma no sistema nervoso central, fraturas múltiplas).

Os maus tratos físicos são em geral, a forma de agressão mais reconhecível, com quadros clínicos de traumas físicos ou falta de desenvolvimento, quando a explicação da injúria não é consistente com o tipo e severidade das lesões observadas (CAVALCANTI; ALVES, 2003).

Maus tratos psicológicos

Rejeição, depreciação, discriminação, desrespeito e punições exageradas são formas comuns desse tipo de agressão, que não deixa marcas visíveis, mas causa danos por toda a vida (ABRAPIA, 1997). De acordo com Sales-Peres et al. (2008) maus tratos

psicológicos é quando há dano ao psiquismo da vítima através de permanente hostilidade, frieza e rejeição em relação à mesma.

Negligência

Implica em atos de omissão do adulto responsável, que não provê adequadamente nutrientes para o corpo e para o psiquismo ou não oferece supervisão adequada, não estando física e emocionalmente disponível para a criança ou adolescente (ABRAPIA, 2001).

Ato de omissão do responsável pela criança ou adolescente em prover as necessidades básicas (nutrição e vestimenta adequadas, cuidado médico apropriado e ambiente seguro) para o seu desenvolvimento (SALES-PERES et al., 2008). Segundo Pires e Miyazaki (2005), negligência é o tipo mais frequente de maus tratos e inclui a negligência física, emocional e a educacional.

Abuso Sexual

Abuso do poder, no qual a criança ou adolescente é usada para gratificação sexual de um adulto, sendo induzida ou forçada a práticas sexuais com ou sem violência física. O abuso sexual pode incluir desde carícias, exploração sexual, linguagem obscena e exibicionismo até o ato sexual com ou sem penetração (ABRAPIA, 1997).

Para Sales-Peres et al. (2008), a situação em que a criança ou o adolescente é utilizado para satisfação de um adulto, através de relações de poder, e que podem incluir desde carícias, manipulação de genitália, mama ou região anal, exploração sexual, "voyeurismo", abusos verbais, pornografia e exibicionismo, até o ato sexual com ou sem violência. Este caso de abuso é mais difícil de ser detectado pelo cirurgião-dentista, sendo necessária a colaboração de outros profissionais capacitados, tais como psicológicos e médicos.

De acordo com o artigo 2 do Estatuto da Criança e do Adolescente – Lei número 8.069/90, para os efeitos da Lei, considera-se criança a pessoa até doze anos de idade incompletos, e adolescente aquela entre doze e dezoito anos de idade (ECA, 1990).

Histórico e estatísticas sobre maus tratos na infância e adolescência

De acordo com MacDonald e Avery (1991), um dos primeiros relatos de maus tratos físicos ocorreu nos Estados Unidos, em 1874, tendo como agente agressor a madrasta. Esse caso foi encaminhado à Sociedade de Prevenção e Crueldade Contra Animais. Posteriormente, no ano seguinte, criou-se a Sociedade de Prevenção de Crueldade contra Crianças.

Nos estudos de Becker; Needleman; Kotelchuck (1978), realizados com prontuários médicos de 260 crianças vítimas de violência, ao analisar a presença de traumas faciais e intra-orais, atendidas no Hospital Infantil de Boston (EUA), no período de 1970 a 1975, encontraram que 49,0% (128) dos casos apresentaram injúrias nessa região. Ao analisar os tipos de injúrias, observaram que 33,0% localizavam-se na região da cabeça, 61,0% na face e 6,0% eram traumas intra-orais. Dos 14 casos que apresentavam injúrias intra-orais, 28,5% consistiam de abrasões e lacerações, 43,0% eram contusões e equimoses e 28,5%, traumas dentários.

Em 1985, surgiu o Centro Regional de Atenção aos Maus Tratos na Infância (CRAMI), e o Serviço de Advocacia da Criança (SAC), no ano de 1988, ambos em São Paulo. Em 1988, foi fundada a Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e à Adolescência (ABRAPIA), na cidade do Rio de Janeiro (MARQUES; COLARES, 2004).

A partir dos registros dos casos de maus tratos infantis identificados entre 1989 e 1995 pelo setor de pediatria do Hospital Municipal Souza Aguiar (HMSA) na cidade do Rio de Janeiro, foram registrados no total 188 casos de maus tratos. Os tipos identificados nos casos diagnosticados foram: maus tratos físico (67%), negligência (42%), abuso sexual (13,3%) e envenenamento proposital (1,1%). Em relação às lesões encontradas nas crianças, 41% foram na cabeça, face e pescoço e 74,5% em outras regiões do corpo (VIEIRA; VIEIRA; ABREU, 2001).

Alguns dos poucos dados existentes sobre maus tratos contra criança e adolescente estão relacionados à atuação da ABRAPIA, que atendeu 8.272 casos de crianças abusadas entre 1990 e 1995, na cidade de Rio de Janeiro e, a maioria dos casos foram identificados através de denúncia, principalmente pelo telefone. De todos esses casos, 39% foram causados pela mãe da criança e 24,3% pelo pai. São citados ainda como autores de abuso, o padrasto, outros profissionais que lidam com as crianças, e outros parentes. Entre os tipos de maus tratos identificados nessa casuística têm-se: físicos (3.801), psicológicos (1.482), sexuais (467) e negligência (2.448) (ABRAPIA, 1997).

Segundo estudos feitos na Delegacia Estadual de Repressão aos Crimes Contra a Criança e o Adolescente na cidade de Salvador, Bahia, em 2000, foram avaliadas 377 ocorrências de violências contra menores de idade. Entre os resultados encontrados, observou-se que 23,3% da amostra apresentavam lesões físicas, das quais 64 (72,73%) envolviam região de cabeça e pescoço (CARVALHO et al., 2001).

Em uma análise de dados secundários do Conselho Tutelar de Solânea, Paraíba, foram registrados 38 casos de maus tratos infantis, sendo a violência física o tipo mais frequente e, em segundo lugar a negligência (CAVALCANTI et al., 2010).

Diagnóstico de maus tratos e o papel do cirurgião-dentista

Diagnóstico de maus tratos

Uma anamnese é o passo inicial diante de qualquer situação que denote a experiência de maus tratos. Nos casos em que houver suspeita de violência, os exames extra e intra-oral devem ser realizados com grande cuidado, de forma criteriosa e completa, no sentido de possibilitar a obtenção do maior número de informações, permitindo o correto diagnóstico. O diagnóstico precoce possibilita ajudar a família e a criança, evitando consequências de maior gravidade, permitindo o tratamento e prevenindo a recorrência (CARVALHO, 2002).

O diagnóstico de maus tratos começa quando a criança entra na sala de recepção ou no consultório. O cirurgião-dentista e sua equipe devem observar a aparência geral da criança, sua compleição e estatura, a marcha, sua interação com os pais e sua vestimenta (MACDONALD; AVERY, 1991).

O diagnóstico de maus tratos baseia-se nos reconhecimentos comportamentais e dos sinais e sintomas físicos comuns às crianças abusadas e negligenciadas. A respeito dos indicadores comportamentais exibidos pelas vítimas, podem-se citar aqueles facilmente identificáveis pelo odontopediatra, tais como depressão, distímia, ansiedade, rebeldia, agressividade e delinquência (CARVALHO et al., 2001).

A presença de indicadores não "prova" os maus tratos. Muitos dos sinais e sintomas são inespecíficos e podem estar presentes por uma infinidade de motivos e os maus tratos infantis, são somente um desses motivos. O cirurgião-dentista deve aprender identificar a criança que sofre maus tratos e a fazer as intervenções apropriadas. Qualquer avaliação requer uma história médica e um exame físico. A combinação de informações é o que influencia ou gera suspeita de uma possível brutalidade, por isso a história clínica e dentária deve ser abrangente (MACDONALD; AVERY, 1991).

O cirurgião-dentista encontra-se em posição privilegiada na identificação de casos suspeitos de abuso, pois, na maioria dos casos, as lesões localizam-se na região de cabeça e pescoço (ANDRADE; COLARES; CABRAL, 2005).

Ao analisar os diferentes tipos de lesões encontradas nas vítimas de maus tratos, no Departamento Médico-Legal da cidade de João Pessoa, verificou-se que as escoriações (52%) e as equimoses (50,5%) foram as lesões mais frequentes, seguidas dos edemas (24,5%), dos ferimentos (15,5%) e das fraturas (3,9%) (CAVALCANTE; DUARTE, 2003).

Entre as injúrias que envolveram a face, as contusões e equimoses representam 66% das lesões e, as abrasões e lacerações corresponderam a 28%. Os danos as estruturas intra-orais mais frequentes foram as contusões e equimoses (43%) e abrasões e lacerações (29%). Quanto ao trauma dentário, ele ocorreu em 29% das injúrias (BECKER; NEEDLEMAN; KOTELCHUCK, 1978).

Na cavidade bucal, as lesões mais comuns foram as contusões e lacerações dos lábios e da língua, mucosa bucal, palato (duro e mole), gengiva alveolar e freio labial e lingual; desvio de abertura bucal; dentes fraturados, avulsionados ou deslocados e fraturas faciais e maxilares; presença de escaras e machucados no canto da boca, decorrentes de amordaçamento da criança; queimaduras na gengiva, língua, palato ou mucosa provocada por alimentos quentes ou utensílios domésticos, principalmente, as colheres; equimoses nas bochechas indicam socos ou bofetadas (CARVALHO, 2002).

Este mesmo autor afirma que as queimaduras de cigarro foram as mais comumente encontradas e estas podem ser facilmente identificadas em virtude do seu aspecto clínico característico: lesão circular, elevada de tamanho uniforme, localizada nas palmas das mãos ou nas solas dos pés, costas e membros inferiores. Marcas de mordidas em distintos locais do corpo são injúrias que devem levantar suspeita quando tiverem equimoses, abrasões ou lacerações em formato elíptico ou ovóide.

A existência de manifestações bucais de doenças sexualmente transmissíveis, como por exemplo, o condiloma acuminado, pode indicar a ocorrência de abuso sexual. A presença de sífilis ou gonorréia oral e perioral em crianças pré-puberais é um sinal patognômico de abuso sexual (CAVALCANTI, 2001).

A mudança de comportamento dos pais ou da pessoa que normalmente acompanha a criança às consultas, também pode indicar a ocorrência de algum problema. O fato de a criança está vestida com roupas de frio em dias de calor pode significar que existe algo por baixo das roupas que alguém não quer que seja visto. A criança pode também não conseguir se sentar de maneira habitual na cadeira, por está sentindo dores, provenientes de lesões nas costas e nádegas (VIEIRA, 1998).

Os profissionais devem geralmente falar com as crianças a fim de esclarecer os fatos na medida do possível. Não devem, no entanto, conduzir as entrevistas de forma investigativa para apurar todos os detalhes ou classificar a veracidade dos fatos. Uma vez obtida informação suficiente sobre a suspeita de agressão ou negligência suspende-se o questionamento (MACDONALD; AVERY, 1991).

Papel do cirurgião dentista

Segundo estudo realizado por Bayer e Brito (1995) com 50 cirurgiões-dentistas que atuam no município de Caçador/SC, quando perguntado aos cirurgiões-dentistas o conceito de maus tratos, 64% deram uma definição incorreta, 16% não responderam e 5% apenas disseram que sabiam definir, mas não o fizeram. Apenas 15% souberam definir aproximadamente o que é maus tratos ou síndrome da criança espancada. Portanto, pode-se supor que aproximadamente 85% dos profissionais entrevistados não sabem definir maus tratos infantis e, portanto não têm o conhecimento primário para o diagnóstico. Mais da metade dos entrevistados (60%) não sabem como agir frente a um caso de maus tratos. Isso sugere que mesmo que soubessem diagnosticar, ou de fato diagnosticassem um caso, não saberiam o que fazer expondo, então, a criança a uma recidiva.

Chaim e Gonçalves (2006), em uma amostra de 127 questionários investigaram qual a conduta que os cirurgiões-dentistas adotariam diante de uma criança vítima de agressões e maus tratos. Os resultados mostraram que a classe odontológica e os acadêmicos de Odontologia entrevistados não têm o modo padrão de agir, embora a maioria (55%) considere o diálogo com os pais ou responsáveis como a melhor forma de resolução para esse problema social. Para o autor, a comunidade odontológica carece de uma conduta padrão para casos de violência contra crianças.

PANSANI et al. (2008), ao avaliar o conhecimento de 64 alunos do 4º ano de graduação de uma faculdade de Odontologia, os resultados obtidos demonstraram que 98,4% dos alunos sabem da importância da anamnese e exame clínico para identificar uma criança que sofreu maus tratos, mas 67,7% ao examinar o paciente preocupa-se apenas com a cavidade bucal. Somente 20,9% possuem conhecimento que a região do corpo mais atingida na maioria dos casos de violência são cabeça e pescoço, 62,9% não identificaram as principais manifestações orais de doenças sexualmente transmissíveis indicativas de abuso sexual e 88,7% con-

duziriam o caso de uma forma correta, denunciando ao Conselho Tutelar.

Através de entrevistas por telefone, foi realizada uma coleta de dados com 70 Odontopediatras inscritos no conselho regional de odontologia (CRO) de Pernambuco, Brasil. Verificou-se que a maioria destes profissionais pesquisados (72,9%) nunca suspeitaram de maus tratos durante o atendimento de seus pacientes. Verificou-se também que, a maioria (92,86%) dos Odontopediatras afirmou que as informações obtidas na graduação sobre maus tratos infantis foram insuficientes, 95,71% consideraram o conhecimento do tema importante e 87,14% mostraram desejo em receber treinamento sobre o assunto (ANDRADE; COLARES; CABRAL, 2005).

127 cirurgiões-dentistas foram entrevistados em 5 municípios do interior do estado de São Paulo (Espírito Santo do Pinhal, Mogi-Guaçu, Araras, Amparo e Lemi), no Brasil. Destes 49 (38,58%) julgaram ser capacitados para fazer o diagnóstico de crianças ou adolescentes que sofreram maus tratos, sendo que somente 17 destes (34,70%) haviam recebido orientação acadêmica prévia, quer durante a graduação ou em cursos de pós-graduação (CHAIM; GONÇALVES, 2006).

A Universidade tem como missão formar profissionais preparados para agir de forma ética e responsável e, também, ser capazes de entender a complexidade de problemas, como a pobreza, as desigualdades sociais e a violência (CAVALCANTI et al., 2010).

As faculdades de Odontologia, particulares ou não, as Associações de Classe Odontológica e os Conselhos Regionais de Odontologia, devem ser estimulados a promover cursos para capacitar os cirurgiões-dentistas no diagnóstico por suspeição de casos de maus tratos infantis (DARUGE; CHAIM; GONÇALVES, 2000).

Os professores universitários, em especial os encarregados das disciplinas de Odontologia Legal e Odontopediatria, em uma atuação multidisciplinar, devem enfatizar o dever do cirurgião-dentista, para evitar que risco maior exista em relação a seu paciente infantil ou adolescente (SALES-PERES et al., 2008).

Esses mesmos autores complementam que a universidade deve desempenhar um papel crucial nesse tema, no entanto, muitos profissionais já deixaram o meio acadêmico e para estes, em especial aos Odontopediatras caberá a responsabilidade de um estudo razoável da legislação pertinente à proteção da criança e do adolescente, que permita a este profissional uma rotina de trabalho tranquila, sem os percalços acarretados pela insegurança daqueles que receiam denunciar quaisquer tipos de violência contra pacientes menores de idade.

O papel do cirurgião-dentista, como profissional de saúde, envolve o diagnóstico e o tratamento não apenas clínico dos pacientes vitimizados, mas também, o encaminhamento a órgãos competentes, a fim de ajudar a criança e a família a enfrentarem o problema (BAYER; BRITO, 1995).

No caso do Brasil, segundo Vieira (1998), o maior problema dos cirurgiões-dentistas é que eles não receberam informações suficientes sobre maus tratos, além de outras situações, como o conhecimento das leis, direitos e deveres. Sugere que o cirurgião-dentista brasileiro não tem saído da faculdade capacitado para identificar crianças que apresente sinais de maus tratos. E caso suspeite, não sabe o que fazer.

Percebe-se que há insegurança entre os profissionais, especialmente os recém formados, pois temem que providências jurídicas possam ser tomadas contra si, se eventualmente não se comprovem as suspeitas, objeto de denúncia junto a um Conselho Tutelar ou outro órgão de função análoga. Tal receio não teria razão de ser se não fosse o tratamento especialíssimo dado à população infantil, pela legislação pátria internacional. Tal tratamento demonstra que qualquer risco é minimizado diante de outro maior que envolva a saúde física e psíquica de uma criança (SALES-PERES et al., 2008).

No tocante aos aspectos legais, o cirurgião-dentista é obrigado, por lei, a notificar situações de maus tratos infantis de acordo com o artigo 245 do Estatuto da Criança e do Adolescente: 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 que tenham conhecimento, envolvendo suspeita ou confirmação de maus tratos contra criança. Pena - multa de 3 a 20 salários de referência, aplicando-se o dobro em caso de reincidência - Lei número 8.069/90 (ECA, 1990, p. 87).

Apesar de alguns profissionais ficarem com receio de fazer a notificação, é necessário deixar claro que acima de tudo deve prevalecer a integridade física e psicológica do menor. Já o código de ética dos cirurgiões-dentistas não faz nenhuma menção a estas ocorrências de maus tratos nos pacientes. Para se resguardar legalmente, o cirurgião-dentista precisa saber que é necessário a elaboração de exame completo que inclui radiografia, modelos de estudo e fotos, se possível (CARVALHO, 2002).

Mediante casos de maus tratos, o cirurgião-dentista deverá notificar ao Conselho Tutelar da sua cidade e, na ausência deste à Curadoria da Infância e

Juventude, Juizado da Infância e Juventude ou Órgão de Proteção à Criança. Caso o cirurgião-dentista tome conhecimento da ocorrência de maus tratos e não comunique às autoridades, estará incorrendo em ilícito penal, sujeito as sanções da lei, podendo, inclusive, ser processado criminalmente (CAVALCANTI, 2001).

A simples denúncia de uma suspeita não representa uma acusação, mas, sim, um pedido de assistência, investigação e proteção, que pode em muitas situações salvar a vida da criança (MARQUES; COLARES, 2004).

Após a notificação deve ser feito o registro, no prontuário odontológico, das lesões/sinais observados. É importante que os pais ou responsáveis conheçam a veracidade das informações prestadas. Deve ser feito o atendimento emergencial e, caso necessário, a solicitação de exame de corpo de delito ao Departamento Médico-Legal (CAVALCANTI, 2003).

O Conselho Federal de Odontologia (CFO) poderia incluir no Código de Ética Odontológico, o artigo que tratasse exclusivamente deste assunto, determinando a obrigatoriedade dos cirurgiões-dentistas em relatar casos de maus tratos infantis, o que ainda não ocorreu, mesmo com as alterações propostas e regulamentadas em 5 de julho de 1998, sobre o Código de Ética Odontológica vigente no Brasil desde 19 de Dezembro de 1991 (DARUGE; CHAIM; GONÇALVES, 2000).

A intervenção precoce nos casos de maus tratos e abandono de crianças ajuda a todos. Ainda, que a maioria dos casos não chega nem a sair do ambiente da própria casa e muitos outros são encaminhados, quando os são primeiramente a prontos-socorros ou hospitais, chegando à mão do cirurgião-dentista após ter passado por outros profissionais. Contudo, isso não exime a classe de qualquer responsabilidade (CHAIM, 1995).

Discussão

Em relação à classificação dos tipos de maus tratos, na literatura há consenso de que os maus tratos são classificados em físicos, sexuais, psicológicos e negligências como indicado por Fischer; MacDonald (1998); Daruge; Chaim; Gonçalves (2001); Abrapia (2001); Sales-Peres et al. (2008).

Desta classificação, o mais prevalente encontrado são os maus tratos físicos (CARVALHO et al., 2001; VIEIRA; VIEIRA; ABREU, 2001; CAVALCANTI, et al., 2010; CAVALCANTI; ALVES, 2003) e, na sequência as negligências (VIEIRA; VIEIRA; ABREU, 2001; CAVAL-

CANTI et al., 2010). Inclusive, entre os maus tratos físicos, a localização mais predominante das lesões é a região orofacial (CAVALCANTI; DUARTE, 2003; BECKER; NEEDLEMAN; KOTELCHUCK, 1978).

Sobre o diagnóstico de maus tratos, Carvalho et al. (2001) afirmaram que os indicadores comportamentais contribuem para o diagnóstico de maus tratos a ser identificado pelo Odontopediatra. Entretanto, MacDonald e Avery (1991) relataram que estes sinais e sintomas são inespecíficos, e por isso a combinação de informações é fundamental para definir o diagnóstico.

Embora haja consenso na literatura (CAVALCANTI; DUARTE, 2003; ANDRADE; COLARES; CABRAL, 2005; BAYER; BRITO, 1995) de que o cirurgião-dentista é um profissional indicado para identificação de casos de maus tratos, outros autores destacaram que a maioria dos cirurgiões-dentistas e estudantes de Odontologia não sabem agir frente a um caso de maus tratos, e não têm conhecimento básico para um diagnóstico (BAYER; BRITO, 1995; CHAIM, 1995; CHAIM; GONÇALVES, 2006; ANDRADE; COLARES; CABRAL, 2005).

Dessa forma, vários autores como Cavalcanti et al. (2010); Daruge e Chaim; Gonçalves (2010); Sales-Peres et al. (2008); Vieira (1998), apontaram a necessidade das universidades promoverem cursos para o treinamento dos cirurgiões-dentistas no diagnóstico por suspeição de casos de maus tratos.

Além disso, Daruge, Chaim e Gonçalves (2010) sugeriram que o Conselho Federal de Odontologia (CFO) incluísse no Código de Ética Odontológico um artigo que tratasse exclusivamente deste assunto, e, determinasse a obrigatoriedade do cirurgião-dentista relatar os casos.

De acordo com artigo 245 do ECA (1990), o cirurgião-dentista é obrigado por lei a notificar situações de suspeita ou confirmação de maus tratos envolvendo crianças e adolescentes. Este fato é reafirmado por outros autores como Bayer e Brito (1995); Cavalcanti (2001); Cavalcanti (2003); Sales-Peres et al. (2008). Inclusive, caso ele não comunique às autoridades, segundo Cavalcanti (2001), estará incorrendo em ilícito penal, sujeito às sanções da lei, podendo, inclusive, ser processado criminalmente.

Cavalcanti (2001) salientou que, além de notificar, o cirurgião-dentista deve registrar no prontuário odontológico as lesões observadas, documentando legalmente as evidências do ocorrido, inclusive Carvalho (2002) indicou ainda a necessidade do cirurgião dentista também fazer fotografias e modelos de estudo.

Conclusões

Frente à literatura consultada conclui-se que:

- Os cirurgiões-dentistas são reconhecidos como profissionais importantes para identificação de maus tratos.
- Por lei, o cirurgião-dentista está obrigado a denunciar os casos de maus tratos aos órgãos competentes, no entanto, ele não tem uma conduta adequada frente a tais casos.
- Os cirurgiões-dentistas carecem de instruções e orientações quanto ao reconhecimento dos principais sinais clínicos de maus tratos, e, nesse sentido, a universidade e a entidade de classe podem contribuir para rever essa situação.

Agradecimentos

Nosso imenso agradecimento à professora Ayla Norma que nos instruiu e nos deu um grande apoio ao tema escolhido e ao trabalho. Obrigada pela disposição e carinho de sempre.

Ao Dr. Alexandre Cavalcanti (Universidade Estadual da Paraíba) pela contribuição em disponibilizar prontamente artigos de sua autoria.

Referências

- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA MULTIPROFISSIONAL DE PROTEÇÃO À INFÂNCIA E À ADOLESCÊNCIA-ABRAPIA. Guia de orientação para profissionais da saúde. 2. ed. Rio de Janeiro: Petrópolis, 1997.
- ANDRADE LIMA, K.; COLARES, V.; CABRAL, H. M. Avaliação dos Odontopediatras de Recife com relação ao abuso infantil. **Revista Odonto Ciência**, v. 20, n. 49, p. 231-235, jul./set. 2005.
- BAYER, J. H. B.; BRITO, J. H. Contribuição ao estudo abuso infantil na área da odontologia. **Revista Odonto Ciência**, n. 20, p. 69-77, 1995.
- BECKER, D. F.; NEEDLEMAN, H. L.; KOTELCHUCK, M. Child abuse and dentistry: Orofacial trauma and recognition by dentists. **JADA**, v. 97, p. 24-28, July, 1978.
- BRASIL. Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990.
- BRASIL. **Código Penal Brasileiro**. Leis, Decretos. São Paulo: Rideel, 1991. p. 237
- CARVALHO, A. C. R. et al. Abuso e negligência: estudo na delegacia de repressão aos crimes contra a criança e ao adolescente. **Jornal Brasileiro de Odontopediatria e Odontologia do Bebê**, v. 4, n. 18, p. 117-123, mar./abr. 2001.

CARVALHO, C. Diagnóstico: abuso infantil. **RBO**, v. 59, n. 3, p. 180-184, mai./jun. 2002.

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

_____. Manifestações físicas do abuso infantil: aspectos do interesse odontológico. **Revista Paulista de Odontologia**, ano XXV, n. 5, out. 2003.

CAVALCANTI, A. L. et al. Maus tratos em crianças e adolescente de Solânea, Paraíba, Brasil: ocorrência e conduta profissional. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, v. 12, n. 4, p. 26-33, 2010.

CAVALCANTI, A. L.; ALVES, P. M. Diagnóstico do abuso infantil no ambiente odontológico: Uma revisão de literatura. **Ciências Biológicas da Saúde**, Ponta Grossa, v. 9, n. 3/4, p. 29-35, set./dez. 2003.

CAVALCANTI, A. L.; DUARTE, R. C. Manifestações bucais do abuso infantil em João Pessoa – Paraíba – Brasil. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 7, n. 2, p. 161-170, 2003.

CAVALCANTI, A. L.; VALENÇA, A. M. G.; DUARTE, R. C. O odontopediatra diante de maus-tratos infantis: diagnóstico e conduta. **Jornal Brasileiro de Odontopediatria e Odontologia do Bebê**, v. 3, n. 16, p. 451-455, nov./dez. 2000.

CHAIM, L. A. F. Odontologia versus criança maltratada. **Revista da APCD**, v. 49, n. 2, p. 142-144, mar./abr. 1995.

CHAIM, L. A. F.; GONÇALVES, R. J. A responsabilidade ética e legal dos cirurgiões-dentistas em relação à criança maltratada. **Revista ABO Nacional**, v. 14, n. 1, p. 19-24, fev./mar. 2006.

DARUGE, E.; CHAIM, L. A. F.; GONÇALVES, R. J. Criança maltratada e a Odontologia – conduta, percepção e perspectivas – uma visão crítica. jun, 2000. Disponível em: <<http://www.odontologia.com.br/artigos.asp?id=117&idesp=12&ler=s>>. Acesso em: 16 outubro 2010.

FISCHER, D.G.; MCDONALD, W. L. Characteristics of intrafamilial and extrafamilial child sexual abuse. **Child abuse and neglect**, v. 22, n. 9, p. 915-929, set. 1998.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ-FIOCRUZ. Guia de atuação frente a maus tratos na infância e adolescência. Rio de Janeiro, mar. 2001. Disponível em: <http://www4.enp.fiocruz.br/biblioteca/dados/MausTratos_SBP.pdf>. Acesso em: 24 fevereiro 2010.

MACDONALD, R. E.; AVERY, D. R. **Odontopediatria**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 1991. cap. 2, p. 17-22.

MARQUES, C. R.; COLARES, V. Como o cirurgião-dentista pode atuar na prevenção do abuso infantil. **Revista Ibero-Americana de Odontopediatria e Odontologia do Bebê**, v. 7, n. 39, p. 479-483, 2004.

PANSANI, C. A. et al. Maus tratos em crianças: a percepção do aluno de Odontologia. **Odontologia Clínica-Científica**. Recife, v. 7, n. 1, p. 35-38, jan./mar. 2008.

PIRES, A. L. D.; MIYAZAKI, M. C. O. S. Maus tratos contra crianças e adolescentes: revisão da literatura para profissionais da saúde. **Revista Arquivo Ciências da Saúde**, v. 12, n. 1, p. 42-49, jan./mar. 2005.

SALES-PERES, A. et al. Odontologia e o desafio na identificação de maus tratos. **Odontologia Clínica-Científica**, Recife, v.7, n. 3, p. 185-189, jul./set. 2008.

VIEIRA, A. M. G. S.; VIEIRA, A. R.; ABREU, V. I. Abuso infantil e odontologia no Rio de Janeiro, Brasil. nov. 2001. Disponível em: <<http://www.odontologia.com.br/artigos.asp?id=19>>. Acesso em: 10 de fevereiro 2011.

VIEIRA, A. R. Abuso infantil. **Jornal Brasileiro de Pediatria e Odontologia do Bebê** v. 1, n. 2, p. 57-61, 1998.