

CARTILHA

**VIOLÊNCIA DOMÉSTICA
CONTRA CRIANÇAS E
ADOLESCENTES**

PARA O CIRURGIÃO-DENTISTA



São Paulo





CARTILHA SOBRE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Autores:

Lara Maria Herrera – Cirurgiã-dentista e aluna de Mestrado em Ciências Odontológicas pela FOU SP

Raíssa Ananda Paim Strapasson – Cirurgiã-dentista e aluna de Mestrado em Ciências Odontológicas pela FOU SP

Rodolfo Francisco Haltenhoff Melani – Cirurgião-dentista, Professor Associado da FOU SP e Coordenador do Laboratório de Antropologia e Odontologia Forense (OFLab) da FOU SP

Colaboradores:

Alice Zanin – Cirurgiã-dentista e Bacharel em Direito

Ilustrações:

Lara Maria Herrera

1ª edição

São Paulo
Edição dos Autores
2015

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo da Publicação
Serviço de Documentação Odontológica
Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo

Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo. Laboratório de Antropologia e Odontologia Forense.

Cartilha sobre violência doméstica contra crianças e adolescentes para o Cirurgião-Dentista / Lara Maria Herrera; Raíssa Ananda Paim Strapasson, [coordenado por] Rodolfo Francisco Haltenhoff Melani ; colaboradores: Alice Zanin: Ilustrações de Lara Maria Herrera -- São Paulo, OFLab – Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, 2015.

23 p. : il. : fig. col.

1. Violência doméstica. 2. Violência contra o menor. 3. Odontologia Forense.
I. Herrera, Lara Maria. II. Strapasson, Raíssa Ananda Paim. III. Melani, Rodolfo Francisco Haltenhoff, coord. IV. Título: Violência contra crianças e adolescentes para o Cirurgião-Dentista: cartilha

ÍNDICE

| | |
|--|----|
| Apresentação | 3 |
| O que é Violência Doméstica? | 4 |
| Formas de maus-tratos | 5 |
| Diagnóstico | 6 |
| Sinais | 6 |
| Recorrência | 11 |
| Aspectos comportamentais | 11 |
| Perfil do agressor | 12 |
| Consequências | 13 |
| Estratégias | 14 |
| Contribuição do Cirurgião-Dentista | 15 |
| Documentação | 16 |
| Notificação | 17 |
| Órgão para notificação | 17 |
| Guia para o Cirurgião-Dentista | 19 |
| Referências | 21 |
| Anexo A (Modelo de ficha de notificação) | 23 |

APRESENTAÇÃO

A Cartilha “Violência Doméstica contra Crianças e Adolescentes para o Cirurgião-Dentista” é um instrumento de cidadania elaborado pelo Laboratório de Antropologia e Odontologia Forense (OFLab) da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (FO-USP). Este tema é bastante oportuno dadas as necessidades e direitos da população de crianças e adolescentes no que diz respeito à proteção contra todas as formas de violência.

A Cartilha busca informar, em linguagem clara, sobre a etiologia, consequências e prevenção de maus-tratos. Também busca orientar os Cirurgiões-Dentistas em relação ao diagnóstico, documentação e sua responsabilidade em comunicar às autoridades competentes os casos de suspeita de abuso.



O QUE É **VIOLÊNCIA DOMÉSTICA**?

Maus-tratos é definido como um dano físico, sexual ou psicológico cometido por um indivíduo em condições superiores à vítima, contrariamente à vontade da mesma ou com seu consentimento obtido a partir de indução ou sedução enganosa (Sociedade Brasileira de Pediatria, 2001). Atualmente, constitui-se em um problema de saúde pública que afeta física e mentalmente a saúde, o desenvolvimento e a dignidade das vítimas.



FORMAS DE MAUS-TRATOS

Violência física

Uso intencional de força física com o objetivo de ferir a criança ou o adolescente, deixando ou não marcas evidentes. Traumas na região de cabeça, região abdominal, fraturas e queimaduras são alguns exemplos. Normalmente, as crianças que sofrem de maus-tratos físicos apresentam histórico de injúrias “sentinela” (lesões físicas que se confundem com lesões acidentais do dia-a-dia, como pequenos arranhões e hematomas). Outro exemplo, é a “síndrome do bebê sacudido”, a qual consiste em lesões cerebrais que ocorrem quando o bebê é sacudido.

Negligência

Segundo Friedman e Billick (2014), a definição de negligência muitas vezes se confunde com a de abuso. A negligência é a **omissão** do responsável em prover os **cuidados básicos** para o desenvolvimento da criança e do adolescente, colocando-os em risco. Para haver negligência são necessários dois aspectos: a **cronicidade** do fato e a **omissão** em atender alguma necessidade básica do menor. Alguns exemplos: privação de higiene, de medicamentos, de cuidados necessários à saúde (não cumprimento do calendário de vacinação, não seguimento das prescrições médicas, por exemplo), vestimenta não adequada ao clima, cárie de mamadeira, não participação dos pais nas tarefas escolares, abandono, supressão alimentar.

Violência sexual

É toda a situação de cunho sexual que envolve menores. Além de abranger situações de exploração sexual, a violência pode variar desde atos em que não haja contato aos diferentes atos com contato sexual. **A maioria das vítimas não apresentam sinais de traumas físico.** Assim, é importante atentar para o comportamento da criança.

Violência emocional

Agressões que **não deixam marcas físicas visíveis**, mas marcam a criança por **toda a vida**. Abrangem todo modo de rejeição, depreciação, amedrontamento, desrespeito, discriminação, cobrança ou punição exageradas, responsabilidades excessivas para a idade, uso da criança como intermediário de desqualificações mútuas entre os pais em processos de separação, privação de convívio social.

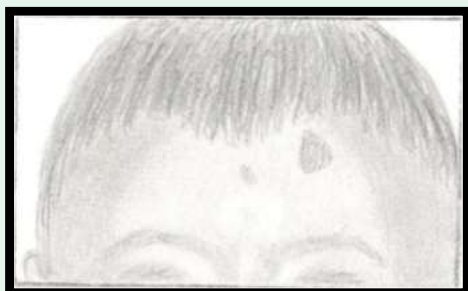
DIAGNÓSTICO

SINAIS

Comumente, os sinais são **inespecíficos**, não necessariamente indicando maus-tratos. É fundamental observar como se dá a interação entre os responsáveis e o menor e realizar uma criteriosa **anamnese**, registrando no prontuário todas as informações colhidas, incluindo como, quando e onde ocorreu a lesão (quando essa estiver presente). Também é importante estar atento a possíveis contradições entre o relato do acompanhante e o do menor quando questionados separadamente ou contradições no relato do responsável quando entrevistado em momentos distintos.

Fisicamente, é preciso observar alguns aspectos sugestivos de violência, sendo eles os seguintes: história incompatível com as lesões existentes, lesões incompatíveis com o estágio de desenvolvimento da criança/adolescente, ocorrência repetitiva (acima do esperado) dos supostos acidentes, tempo decorrido entre o suposto acidente e a procura pelo serviço de saúde. A literatura mostra que a cabeça e a face constituem um dos segmentos do corpo mais atingidos nos casos de violência física.

Lesões "sentinela"



Exemplo de "lesões sentinelas".

São lesões pequenas e visíveis, com suspeita de violência física. São facilmente detectadas e mal explicadas pelo "cuidador" durante a história médica da criança. Geralmente, não possuem significado clínico relevante para tratamento, pois a cura é rápida e não deixam nenhuma sequela aparente. Acomete mais comumente as regiões de cabeça e face em crianças menores de 7 meses. Exemplos: contusões menores, injúria intraoral (freios labial e sublingual), cotovelos e queimaduras pequenas.

Marcas de mordida

Qualquer mordida de adulto em criança, suficiente para visualizar uma marca, consiste em maus-tratos. Normalmente, são associadas à violência física ou sexual.

As marcas de mordidas são lesões corto-contusas de difícil diagnóstico, pois confundem-se com hematomas e com marcas de mordidas provocadas por animais. As mordidas humanas aproximam-se de impressões circulares ou ovais, podendo apresentar uma área equimótica central característica do ato de "sugar" ou "empurrar" a língua contra o tecido mole. Estas lesões são particularmente importantes, pois oferecem potencial para identificação forense por meio da comparação da mordida com a dentição do suposto perpetrador, com ou sem provas adicionais de DNA.



Exemplo de lesão do tipo "marca de mordida".

Isso porque, com o exame pericial, é possível detectar as características dos dentes na marca de mordida, peculiares a cada indivíduo, além do formato do arco dentário.

Contusões

São os sinais mais comuns em casos de maus-tratos. Normalmente, localizam-se em partes moles do corpo e em regiões protegidas como pescoço, genitálias, regiões internas das coxas, costas e peito. Podem se confundir facilmente com desordens sanguíneas.

Exemplo de contusões causadas por cinto.



Exemplo de contusões causadas por palmada.

Múltiplas injúrias recorrentes com padrões circunferenciais, lineares ou outros sinais específicos sugerem maus-tratos. Entre estes sinais específicos estão as marcas de objetos utilizados para ferir o menor como marcas de corda, cinto e palmadas.

Queimaduras



Exemplo de queimadura causada por cigarro.

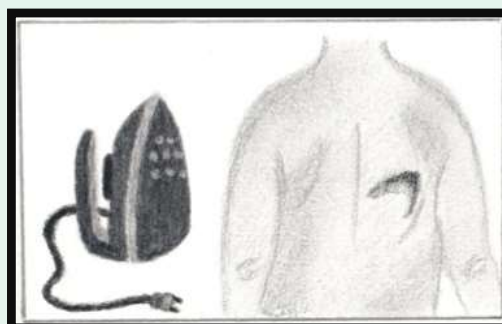
A faixa etária mais atingida é de 0-4 anos, fase em que a criança não apresenta as habilidades de fala plenamente desenvolvidas. Queimaduras intencionais são difíceis de serem diagnosticadas por se confundirem com queimaduras acidentais.

Os tipos mais comuns são aquelas provocadas por água quente ou por algum outro líquido. Segundo Fagen *et al.* (2014), algumas características podem indicar que tais injúrias foram intencionais: **demarcação clara da**

queimadura (marca em forma de linha) devido à imersão forçada da criança em água quente (membros ou nádegas); **marcas circulares de queimadura provocadas por cigarro**, **impressões de objetos quentes colocados em contato com a pele** (ferro de passar, colher).

Ainda de acordo com o mesmo estudo, essas injúrias são comuns durante a fase de treinamento do toalete e em crianças com deficiências físicas e mentais.

Além disso, crianças que sofrem queimaduras intencionais possuem grande chance de apresentarem fraturas ósseas.



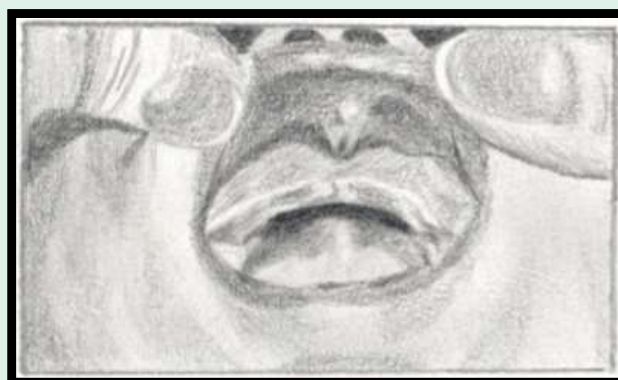
Exemplo de queimadura causada por ferro de passar roupa.

Independente da lesão apresentada (contusão ou queimadura), quando a agressão é efetivada através de algum tipo de instrumento, é possível identificar sua forma “impressa” na pele (garfo, cinto, cigarro, ferro de passar roupa). A localização e o estágio de evolução dessas lesões também são importantes. Algumas áreas do corpo (mãos, proeminências ósseas, braço) são mais suscetíveis a lesões acidentais enquanto outras não o são (coxas, pescoço). Lesões em diferentes estágios (coloração e aspecto) ou presentes concomitantemente em diversas partes do corpo **podem** representar um indício de maus-tratos. É importante observar que, algumas vezes, os responsáveis podem tentar mascarar estas lesões, vestindo a criança com roupas que escondam o corpo, independente da estação do ano (camisetas de manga longa, calças).

Freio labial

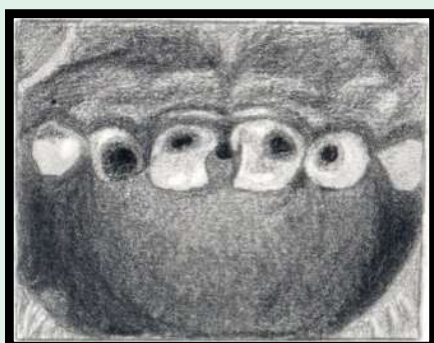
A **ruptura de freios labiais** tem sido considerada lesão trivial como consequência de quedas ou golpes diretos. Porém, podem ter relação com violência física (alimentação forçada, por exemplo), juntamente com outras lesões orais como fraturas dentárias, intrusões, extrusões. Além disso, a ruptura do freio labial/lingual associada a eritemas, úlceras e vesículas na cavidade oral podem sugerir violência sexual (sexo oral forçado).

Segundo Massoni *et al.* (2010), algumas lesões podem ser muito sutis como micro fraturas dentais, produzindo uma coloração amarronzada ou acinzentada semelhante aos casos de dentinogênese imperfeita ou outras anomalias.



Ruptura do freio labial.

Lesões de cárie.



Cáries

Negligência dental está associada à falta de manutenção de higiene oral, dieta e tratamento dentário da criança quando necessário. A falta de cuidado e tratamento pode interferir na qualidade de vida e bem estar do menor e levar a sérias consequências.

Entretanto, é necessário cuidado frente ao diagnóstico de negligência dental, pois a cárie é uma das doenças mais comuns no mundo todo e **a simples existência de lesões cariosas não é considerada negligência**. Outro fator que dificulta o diagnóstico é a falta de um número mínimo de dentes cariados para considerar um caso como negligência dental.

Fraturas

As fraturas são lesões muito comuns durante a infância devido a quedas de bicicletas, atividades em “playgrounds”, ou mesmo a acidentes durante a prática de algum esporte ou brincadeira, sendo os membros superiores as regiões mais afetadas.

Diferenciar fraturas acidentais das intencionais não é tarefa fácil, porém, conforme Massoni *et al.* 2010, a idade das crianças é um dos diagnósticos diferenciais: fraturas acidentais são comuns em crianças com mais de 5 anos de idade; já as intencionais são mais comuns em crianças com menos de 18 meses. Nesta situação, os ossos longos costumam ser afetados além de costelas, fêmures, clavículas e crânio. Ainda, a existência de múltiplas fraturas em diferentes estágios de consolidação pode sugerir maus-tratos.



Exemplo de fratura

Lesões **NÃO** sugestivas de maus-tratos

Fraturas em costela não são injúrias “sentinela”, pois não são facilmente detectadas pelo “cuidador”. Abrasões superficiais na pele de bebês também são excluídas, uma vez que essas injúrias são bastante comuns na infância (como arranhões causados pelas unhas do próprio bebê).

Lesões em crianças que já se locomovem de forma independente, em regiões proeminentes e anteriores (como joelhos, canelas e testa) normalmente não representam agressão. Também podem apresentar feridas em regiões de tecidos moles do corpo (como bochechas, abdome e braços) além de nariz e queixo.

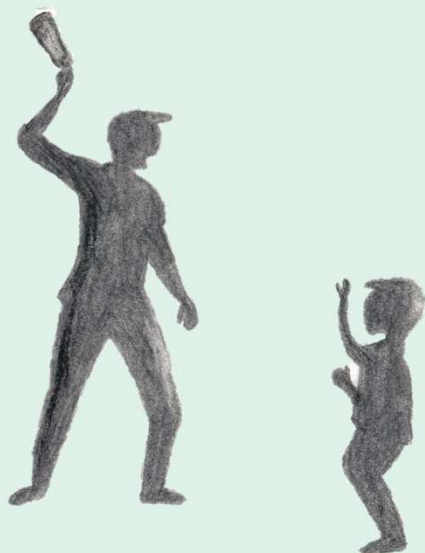
Para que haja a suspeita de violência, é necessário que o profissional considere não apenas as lesões isoladamente, mas o contexto em que o menor está inserido (interação com o cuidador, comportamento do menor, estágio de desenvolvimento da criança, entre outros aspectos).

RECORRÊNCIA

O aparecimento de **lesões recorrentes associadas a história incoerente** do surgimento das mesmas sugere maus-tratos. Segundo o estudo de Deans *et al.* (2014), que analisou registros de um hospital infantil de Ohio (EUA), a média de tempo entre um primeiro e um segundo evento, entre as crianças que foram vítimas de múltiplos eventos de maus-tratos, foi de 191 dias. Conforme os eventos se repetem, o período entre eles diminui. Além disso, observações repetidas de pobres condições de higiene conjuntamente a circunstâncias nas quais os cuidadores possuem acesso a boas condições, mas persistem em não garantir saúde às crianças sugerem negligência.

ASPECTOS COMPORTAMENTAIS

Não há um padrão comportamental específico que permita definir o menor que sofre maus-tratos. Contudo, alguns sinais podem ser observados com maior frequência nesses casos, mas não são exclusivos desta condição de violência. Constituem-se em dificuldades de aprendizado, diminuição da habilidade de autocontrole, mudanças súbitas de comportamento, rituais compulsivos, comportamentos autodestrutivos, isolamento, labilidade emocional, agressividade, baixa autoestima, enurese e/ou escape fecal, depressão, perturbações de apetite e de sono, dificuldade em lidar com a sexualidade.



PERFIL DO AGRESSOR

Quanto ao agressor, também **não há um perfil específico**. Na maioria dos casos, os agressores são familiares ou pessoas próximas à criança (mãe, pai, namorado da mãe, por exemplo). A literatura aponta alguns fatores de risco familiares e infantis que podem propiciar uma situação de violência contra a criança ou o adolescente. Vale lembrar que nem todas as famílias com estas características se encaixam neste comportamento.

Alguns contextos favorecem a violência contra o menor em decorrência das dificuldades enfrentadas pela família, utilizadas como desculpa pelo agressor. São exemplos: gravidez indesejada, número elevado de filhos, baixa idade dos genitores (pais jovens), imaturidade dos genitores, falta de apoio familiar e de recursos, antecedentes de violência familiar (pais violentados na infância), ruptura familiar, isolamento social, alcoolismo e abuso de outras drogas, desconhecimento sobre o desenvolvimento da criança (interpretando algum comportamento como sendo intencional ao invés de uma fase), pais que apresentem problemas psicológicos.

Ainda que não seja culpa da criança, algumas características do menor podem despertar a manifestação da ira ou do desdenho do agressor. Exemplos: filhos não desejados e/ou não planejados, recém-nascidos prematuros, de baixo peso ou portadores de anomalias congênitas, crianças com menos de 1 ano de idade, crianças com algum tipo de deficiência física ou mental, choro, crianças expostas a problemas familiares como brigas entre os pais da criança, cuidadores com passagens pela polícia, cuidadores que cometam violência contra animais, comportamento agressivo entre as pessoas próximas à criança.

CONSEQUÊNCIAS

Não comunicar a suspeita de maus-tratos representa um grande problema. Além das consequências poderem ser fatais para a criança haverá grande chance do ciclo se repetir na próxima geração dessas crianças (com os futuros filhos). Segundo Lanier *et al.* (2014), crianças vítimas de maus-tratos possuem pior nível de qualidade de vida (saúde física, psicossocial, emocional, social e desempenho escolar) quando comparadas a crianças não vítimas, saudáveis e portadoras de doenças crônicas (considerando o mesmo nível socioeconômico e mesma faixa etária).

Crianças que sobrevivem a situações de violência e negligência sofrem uma série de sequelas que as predispõem a problemas durante a vida, como impacto negativo no desenvolvimento do cérebro, problemas de comportamento, problemas emocionais e desempenho escolar inferior. As consequências podem levar a alterações comportamentais também na vida adulta. Isolamento social, agressividade, transtornos de humor (depressão, ansiedade, baixa autoestima), inclusive suicídio, desenvolvimento de doenças no coração, no fígado estão associados a um histórico de violência na infância.

ESTRATÉGIAS

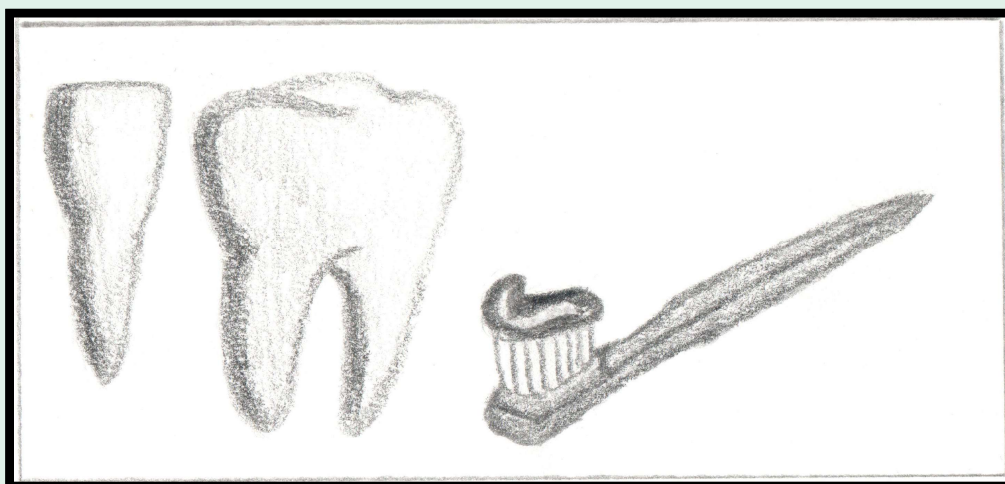
Segundo Friedman e Billick (2014), uma boa estratégia para prevenir casos de negligência é ministrar aulas nas escolas para adolescentes e para pais sobre como educar suas crianças. Além disso, conhecer os fatores de risco pode ser imensamente benéfico, uma vez que os profissionais da saúde poderão identificar melhor crianças em risco. A identificação de fatores de risco pode ainda conduzir o desenvolvimento de estratégias de intervenção. Reijman *et al.* (2014), acreditam que as intervenções que se concentram em aumentar a sensibilidade materna parecem ser mais eficazes em reverter situações de ausência de vínculo.

A implementação de guias para detecção e prevenção de maus-tratos também é considerada uma boa estratégia, pois os profissionais sentem-se mais confortáveis em comunicar às autoridades competentes quando possuem guias/protocolos para seguir. Porém, mais importante ainda é o treinamento adequado dos profissionais da saúde para a suspeita de maus-tratos além de orientação sobre como notificar às autoridades.



CONTRIBUIÇÃO DO CIRURGIÃO-DENTISTA

Os maus-tratos na infância são, em sua maioria, denunciados pela comunidade (principalmente os vizinhos) e pelos profissionais de saúde. Segundo Shapiro *et al.* (2013), os médicos recebem pouco treinamento acerca de saúde bucal e traumas dentários, sendo encorajados a trabalharem em conjunto com Cirurgiões-Dentistas para melhorar a prevenção, detecção e tratamento desses casos. Nesse sentido, o Cirurgião-Dentista possui uma posição privilegiada, pois, além de atuar na região fortemente afetada pelos agressores (cabeça e face), acompanha a longo prazo seus pacientes. Desse modo, é mais fácil identificar as lesões, seu histórico supostamente acidental com frequência acima do esperado, perceber mais profundamente como se dá a dinâmica familiar e a interação da criança ou do adolescente com esta entidade.



DOCUMENTAÇÃO

Havendo suspeitas de maus-tratos é importante que o Cirurgião-Dentista elabore um registro adequado que ajude na proteção da criança. Algumas injúrias podem passar despercebidas e determinados sintomas podem ser detectados como doença e não como associação aos maus-tratos.

É importante que os profissionais da saúde fiquem atentos aos fatores de risco de maus-tratos infantis associados ao histórico recorrente de lesões “sentinela” durante exames de rotina. Segundo Deans *et al.* (2014), crianças apresentando pequenas e poucas lesões em um evento não-acidental não são reportadas aos serviços de proteção à criança. Caso essas lesões sejam detectadas, os profissionais devem questionar os cuidadores sobre sua origem e verificar a consistência da história. É importante salientar que o profissional deve manter uma atitude de **isenção**, realizando os questionamentos necessários **sem qualquer conotação de censura ou acusação**. Caso contrário, se o agressor sentir-se acusado, poderá entender que a criança, de maneira direta ou indireta, o delatou. Assim, talvez aja com mais violência contra a criança. As informações relatadas pelo cuidador e pela criança devem ser **registradas** minuciosamente e **anexadas** ao prontuário. Além disso, exame físico cuidadoso deve ser realizado por meio de descrição (por escrito) da localização, tamanho e tipo de injúria observada acrescido de exame fotográfico. Caso a história da lesão seja inconsistente, um exame criterioso deve ser conduzido abrangendo áreas do corpo mais protegidas. Isto inclui solicitação de exames imagenológicos (repetindo após duas semanas se necessário), exames oftalmológicos, entre outros.

Conforme consta no manual de prevenção de maus-tratos infantis elaborado pela Organização Mundial da Saúde, o registro deve conter:

- A)** informações sobre a criança (idade, sexo, etnia, endereço, nível de escolaridade, se apresenta alguma debilidade física ou mental, relato de maus tratos prévios);
- B)** detalhes dos maus-tratos observados (se é uma suspeita, qual a forma de maus tratos, severidade, duração, região);
- C)** característica do perpetrador (grau de parentesco com a criança, histórico de abuso, idade, sexo, emprego, endereço, etnia, histórico de abuso de drogas ou álcool);
- D)** características do cuidador, quando não for o perpetrador (idade, sexo, parentesco com a criança, histórico de abuso, emprego, estado civil, nível educacional, etnia, se já teve contato);
- E)** características do ambiente familiar (renda, número de pessoas, descrição de outras crianças na casa e o relacionamento com a criança, acomodações, algum membro com debilidade física ou mental, relatos de maus tratos).

NOTIFICAÇÃO

Tanto nos casos em que o Cirurgião-Dentista tiver certeza da ocorrência de maus-tratos quanto nos que houver somente a **suspeita**, é **obrigação** do profissional notificar o Conselho Tutelar ou o Juizado de Menores. Isto pode ser feito pessoalmente, por escrito ou por telefone, podendo ser anônimo ou não. Notificar um caso de suspeita de maus-tratos significa suspender atitudes violentas por parte de qualquer agressor. A notificação **não é uma ação policial**. Trata-se de uma medida que visa desencadear uma atuação de **proteção** à criança ou ao adolescente e de **suporte** à família.

Conforme o Art. 245 do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), se o Cirurgião-Dentista não comunicar os casos de maus-tratos contra criança ou adolescente, que **conhece ou que suspeita**, poderá ser **penalizado** por infração com multa de três a vinte salários de referência, aplicada em dobro caso cometa novamente o mesmo erro.

ÓRGÃO PARA NOTIFICAÇÃO

Conselho Tutelar: é uma instituição criada pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) no Título V e tem como missão “zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente definidos nesta lei” (artigo 131 ECA).

Em cada Município há um Conselho Tutelar. Segundo o Manual de Notificação de maus-tratos contra Crianças e Adolescentes (2002) cabe ao Conselho Tutelar “receber a notificação, analisar a procedência de cada caso e chamar a família ou qualquer outro agressor para esclarecer, ou ir *in loco* verificar o ocorrido com a vítima”. Os conselheiros irão conversar com os cuidadores buscando as melhores soluções para garantir os direitos da criança. Todavia, em casos em que se configure crime, o Conselho deverá “levar a situação ao conhecimento da autoridade judiciária e ao Ministério Público ou, quando couber, solicitar a abertura de processo policial”.

A notificação ainda pode ser feita de forma anônima pelo **Disque 100** (de qualquer telefone no território nacional); pelo **Disque Denúncia** de cada Estado ou diretamente no Conselho Tutelar mais próximo. Alguns Conselhos possuem uma ficha de notificação de maus-tratos contra criança e adolescente (Anexo A).

ÓRGÃO PARA NOTIFICAÇÃO

Conselho Tutelar: Para acessar a relação de Conselho Tutelares, acesse o site do seu Município.

Disque Denúncia - Número nos estados e no Distrito Federal

Acre – www.ac.gov.br - Tel: 0800 970 278
Alagoas – www.agenciaalagoas.com.br - Tel: 181
Amapá – www.amapa.gov.br - Não há serviço exclusivo de disque-denúncia.
Amazonas – www.amazonas.am.gov.br - Tel: 181
Bahia – www.bahia.ba.gov.br - Tel: Salvador e Região Metropolitana: (71) 3235 0000 / Interior: 181
Ceará – www.ceara.gov.br - Tel: 181
Distrito Federal – www.districtofederal.df.gov.br - Tel: 181
Espírito Santo – www.es.gov.br - Tel: 181
Goiás – www.goias.gov.br - Tel: 197
Maranhão – www.ma.gov.br - Tel: (98) 3223 5800
Mato Grosso – www.mt.gov.br - Tel: 0800 65-3939
Mato Grosso do Sul – www.ms.gov.br - Tel: 181
Minas Gerais – www.mg.gov.br - Tel: 181
Pará – www.pa.gov.br - Tel: 181
Paraíba – www.palacio.pb.gov.br - Tel: 197
Paraná – www.pr.gov.br - Tel: 181
Pernambuco – www.pe.gov.br - Tel: 181
Piauí – www.pi.gov.br - Tel: 181
Rio de Janeiro – www.governo.rj.gov.br - Tel: (21) 2253-1177
Rio Grande do Norte – www.rn.gov.br - Tel: 181
Rio Grande do Sul – www.estado.rs.gov.br - Tel: 181
Rondônia – www.rondonia.ro.gov.br - Tel: 197
Roraima – www.rr.gov.br - Tel: 181
Santa Catarina – www.sc.gov.br - Tel: 181
São Paulo – www.saopaulo.sp.gov.br - Tel: 181
Sergipe – www.se.gov.br - Tel: 181
Tocantins – www.to.gov.br - Tel: 0800 63-1190 / 181

GUIA PARA O CIRURGIÃO-DENTISTA

A seguir, apresentamos um guia prático que poderá auxiliar os Cirurgiões-Dentistas diante de suspeitas de maus-tratos infantis. Tem por objetivo salientar as principais condutas a serem tomadas nestes casos.



Guia Prático para o Cirurgião-Dentista



I- Detecção de “lesões sentinelas” em crianças < 1 ano (abuso físico/negligência)

- Observar recorrências;
- Observar comportamento dos cuidadores durante a consulta e sua interação com a criança;
- Observar se a criança possui cuidados básicos (higiene, alimentação, vestimenta adequada ao clima...);
- Atentar aos fatores de risco relacionados aos cuidadores e às crianças;
- Encaminhar criança para radiografia da região afetada e de outras áreas (crânio, membros, tórax);
- Documentar a suspeita (Por escrito, da anamnese, dos sinais e sintomas observados (incluindo fotografias), exame físico);
- Notificar o Conselho Tutelar.

II- Contusões e Queimaduras (abuso físico/ sexual).

- Questionar o cuidador a respeito da origem de tais marcas;
- Questionar a criança sobre as marcas – separadamente do cuidador;
- A criança já é independente? (consegue se locomover, por exemplo?);
- Verificar a consistência das histórias contadas sobre a lesão;
- Verificar localização das contusões (áreas mais expostas ou menos expostas? Tecidos moles ou próximas ao osso – canelas, testa, joelhos?);
- Verificar o padrão das lesões (compatíveis com marcas de mordida?, de palmadas? queimaduras?);
- Exames de outras áreas (intra oral, costas, orelhas, pescoço, por exemplo);
- Observar recorrências;
- Observar comportamento dos cuidadores durante a consulta e sua interação com o menor;
- Observar a reação da criança ao toque (contato físico)
- Observar se a criança possui cuidados básicos (higiene, alimentação, vestimenta adequada ao clima...);
- Atentar aos fatores de risco relacionados aos cuidadores e às crianças;
- Encaminhar criança para radiografia da região afetada e de outras áreas (crânio, membros, tórax...)
- Diagnóstico diferencial: desordens sanguíneas? (Encaminhar criança para um hematologista)
- Documentar a suspeita (Por escrito, da anamnese, dos sinais e sintomas observados (incluindo fotografias), exame físico);
- Notificar o Conselho Tutelar

III- Exame intra oral (abuso físico/ sexual/ negligência dental)

- Injúrias como ruptura de freios labiais e sublinguais, felação, fraturas dentárias e lesões labiais compatíveis com a história do cuidador?;
- Exames de outras áreas (extra oral);
- Muitas dentes decíduos condenados à extração por lesões cáries?;
- Acessibilidade ao tratamento odontológico?;
- Verificar se a criança possui outros cuidados básicos (higiene, alimentação, vestimenta adequada ao clima)
- Observar os fatores de risco relacionados aos cuidadores e às crianças;
- Observar o comportamento dos cuidadores em relação à criança durante a consulta e da criança diante dos pais;
- Instruir os cuidadores da importância sobre prevenção de doenças bucais e tratamento odontológico;
- Observar o tempo decorrido entre o suposto acidente e a busca pelo serviço odontológico;
- Verificar aceitação, assiduidade nas consultas agendadas e seguimento das prescrições;
- Documentar a suspeita (Por escrito, da anamnese, dos sinais e sintomas observados (incluindo fotografias), exame físico);
- Notificar o Conselho Tutelar.

REFERÊNCIAS

- Aebi M, Linhart S, Thun-Hohenstein L, Blessler C, Steinhausen HC, Plattner B. Detained Male Adolescent Offender's Emotional, Physical and Sexual Maltreatment Profiles and Their Associations to Psychiatric Disorders and Criminal Behaviors. *J Abnorm Child Psychol*. 2014; DOI 10.1007/s10802-014-9961-y.
- Alpaslan AH, Coskun KS, Yesil A, Çobanoğlu C. A child death as a result of physical violence during toilet training. *Journal of Forensic and Legal Medicine*. 2014; 28: 39-41.
- Amazarray, MR; Koller, SH. Alguns aspectos observados no desenvolvimento das crianças vítimas de abuso sexual. *Psicologia: reflexão crítica*. 1998;11(3):559-578.
- Azevedo, MS; Goettems, ML; Brito, A; Possebon, AP; Domingues, J; Demarco, FF; Torriani, DD. Child maltreatment: a survey of dentists in southern Brazil. *Braz Oral Res*. 2012;26(1):5-11.
- Bhatia SK, Maguire SA, Chadwick BL, Hunter ML, Harris JC, Tempest V, Mann MK, Kemp AM. Characteristics of child dental neglect: A systematic review. *Journal of dentistry* 2014; 42: 229–39.
- Bhole S, Bhole A, Harmath C. The black and white truth about domestic violence. *Emerg Radiol* 2014; 21:407–12.
- Bellis, MA; Hughes, K; Leckenby, N; Jones, L; Baban, A; Kachaeva, M; Povilaitis, R; Pudule, I; Qirjako, G; Ulukol, B; Raleva, M; Terzic, N. Adverse childhood experiences and associations with health-harming behaviours in young adults: surveys in eight eastern European countries. *Bull World Health Organ*. 2014;92(9):641-655.
- Bradbury-Jones, C; Innes, N; Evans, D; Ballantyne, F; Taylor, J. Dental neglect as a marker of broader neglect: a qualitative investigation of public health nurses' assessments of oral health in preschool children. *BMC Public Health*. 2013;13:370p.
- Carvalho, C. Diagnóstico: abuso infantil. *Revista Brasileira de Odontologia*. 2002;59(3):180-183.
- Cavalcanti, AL. Child abuse: a dental protocol. *Revista Brasileira de Odontologia*. 2001;58(6):378-380.
- Cavalcanti, AL. Manifestações físicas do abuso infantil: aspectos de interesse odontológico. *Revista Paulista de Odontologia*. 2003;XXV(5):16-19.
- Costa, MCO; Carvalho, RC; Bárbara, JFRS; Santos, CAST; Gomes, WA; Sousa, HL. The profile of violence against children and adolescents according to Child Protection Council records: victims, aggressors and patterns of violence. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2007;12(5):1129-1141.
- Deans KJ, Thackeray J, Groner JI, Cooper JN, Minneci PC. Risk factors for recurrent injuries in victims of suspected non-accidental trauma: a retrospective cohort study. *Deans et al. BMC Pediatrics* 2014, 14:217.
- Dubowitz H. The Safe Environment for Every Kid Model: Promotion of Children's Health, Development, and Safety, and Prevention of Child Neglect. *Pediatric Annals* 2014; 43(11)e271-77.
- Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília; 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm
- Fagen KE, Rana ES, Jackson AM. Frequency of skeletal injuries in children with inflicted burns. *Pediatr Radiol*, 2014. DOI 10.1007/s00247-014-3163-1.
- Friedman E, Billick SB. Unintentional Child Neglect: Literature Review and Observational Study. *Psychiatr Q*. 2014; DOI 10.1007/s11126-014-9328-0.
- Harris, CM; Welbury, R; Cairns, AM. The Scottish dental practitioner's role in managing child abuse and neglect. *Br Dent J*. 2013;214(9):E24.
- Jackson AM, Deye KP, Halley T, Hinds T, Rosenthal E, Rana ES, Goldman EF. Curiosity and Critical Thinking: Identifying Child Abuse Before It Is Too Late. *CLIN PEDIATR*, 2014 Sept. DOI: 10.1177/0009922814549314.
- Jackson J, Miller M, Moffatt M, Carpenter S, Sherman A, Anderst J. Bruising in Children: Practice Patterns of Pediatric Hematologists and Child Abuse Pediatricians. *CLIN PEDIATR*, 2014 novem. DOI: 10.1177/0009922814558249.

REFERÊNCIAS

- Kvist T, Wickstrom A, Miglis I, Dahllof G. The dilemma of reporting suspicions of child maltreatment in pediatric dentistry. *Eur J Oral Sci* 2014; 122: 332–338.
- Lanier P, Kohl PL, Raghavan R, Auslander W. A Preliminary Examination of Child Well-Being of Physically Abused and Neglected Children Compared to a Normative Pediatric Population. *Child Maltreat* 2014 novem. DOI: 10.1177/1077559514557517.
- Maltz, RS; Zavaschi, ML; Lewkowicz, AB; Bugin, AM; Lahude, D; Suarez, EMF; Soibelman, L; Sordi, RO; Fortes, S. Poder parental e filicídio: um estudo interdisciplinar. *Revista Brasileira de Psicanálise*. 2008;42(3):91-102.
- Mathur, S; Chopra, R. Combating child abuse: the role of a dentist. *Oral Health Prev Dent*. 2013;11(3):243-250.
- Moylan, CA; Herrenkohl, TI; Sousa, C; Tajima, EA; Herrenkohl, RC; Russo, MJ. The Effects of Child Abuse and Exposure to Domestic Violence on Adolescent Internalizing and Externalizing Behavior Problems. *J Fam Violence*. 2010;25(1):53-63.
- Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde: um passo a mais na cidadania em saúde. Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- Pascolat, G; Santos, CFL; Campos, ECR; Valdez, LVO; Busato, D; Marinho, DH. Physical abuse: the profile of aggressor and child victim. *Jornal de Pediatria*. 2001;77(1):35-40.
- Pechtel, P; Pizzagalli, DA. Effects of early life stress on cognitive and affective function: an integrated review of human literature. *Psychopharmacology (Berl)*. 2011;214(1):55-70.
- Petska HW, Sheets LK. Sentinel Injuries Subtle Findings of Physical Abuse. *Pediatr Clin N Am* 2014; 61: 923–935.
- Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence. World Health Organization and International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect. Disponível em: http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/violence/child_maltreatment/en/
- Reijman S, Alink LRA, Compier-de Block LHCG, Werner CD, Maras A, Rijnberk C, van IJendoorn MH, Bakermans-Kranenburg MJ. Autonomic Reactivity to Infant Crying in Maltreating Mothers. *Child Maltreat* 2014. DOI: 10.1177/1077559514538115.
- Sales-Peres, A; Silva, RHA; Lopes Júnior, C; Carvalho, SPM. Odontologia e o desafio da identificação de maus-tratos. *Odontologia. Clín.-Científ*. 2008;7(3):185-189.
- Saliba, O; Garbin, CA; Garbin, AJ; Dossi, AP. Responsibility of health providers in domestic violence reporting. *Rev Saude Publica*. 2007;41(3):472-477.
- Shapiro MC, Anderson OR, Lal S. Assessment of a novel module for training dental students in child abuse recognition and reporting. *Journal of Dental Education*. 2014 August ; 78(8): 1167-75.
- Sociedade Brasileira de Pediatria. Guia de atuação frente a maus-tratos na infância e na adolescência. 2 ed. Rio de Janeiro, 2001.
- Tsavoussis, A; Stawicki, SP; Stoicea, N; Papadimos, TJ. Child-witnessed domestic violence and its adverse effects on brain development: a call for societal self-examination and awareness. *Front Public Health*. 2014;2:178.
- Wibbenmeyer L, Liao J, Heard J, Kealey L, Kealey G, Oral R. Factors Related to Child Maltreatment in Children Presenting With Burn Injuries. *Journal of Burn Care & Research*. 2014; 35(5): 374-81.
- Zavaschi, ML; Graeff, ME; Menegassi, MT; Mardini, V; Pires, DW; Carvalho, RH; Rohde, LA; Eizirik, CL. Adult mood disorders and childhood psychological trauma. *Rev Bras Psiquiatr*. 2006;28(3):184-190.

ANEXO A – Modelo de ficha de notificação de maus-tratos contra o menor.

FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA, SUSPEITA OU COMPROVAÇÃO DE MAUS-TRATOS CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES

(Considera-se criança a pessoa de até 12 anos de idade incompletos e adolescente aquela entre 12 e 18 anos de idade – Lei 8.069, de 13/7/90 – Estatuto da Criança e do Adolescente)

I- IDENTIFICAÇÃO DO ATENDIMENTO

Data do atendimento: __/__/__

Unidade: _____

Endereço da unidade: _____

Telefone: _____

Profissionais envolvidos no atendimento (incluir categoria profissional): _____

II- IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA/ADOLESCENTE

Nome: _____

DN: __/__/__

Idade: _____ Sexo: _____ Registro da unidade: _____

Filiação: _____

Responsável (is) Legal (is): _____

Acompanhante: _____

Grau de Relacionamento: _____

Endereço: _____

Tel. p/ contato: _____

III- CARACTERIZAÇÃO DOS MAUS-TRATOS/VIOLÊNCIA (Tipos e prováveis agressores)

Maus-tratos identificados/Causador (es) provável (is) dos maus-tratos:

| | | | | |
|-------------------|---------|---------|------------------|-----------|
| Abuso sexual | Mãe () | Pai () | Desconhecido () | Outro () |
| Abuso psicológico | Mãe () | Pai () | Desconhecido () | Outro () |
| Negligência | Mãe () | Pai () | Desconhecido () | Outro () |
| Abandono | Mãe () | Pai () | Desconhecido () | Outro () |

Outras síndromes especificadas de maus-tratos _____

Síndrome não especificada de maus-tratos _____

Descrição sumária do ocorrido:

IV- DADOS DO ATENDIMENTO (incluir observações da anamnese e exame físico que surgiram a partir da caracterização de maus-tratos)

V- CONDUTA, ORIENTAÇÃO, ACOMPANHAMENTO E DESTINO DADO AO PACIENTE

Ficha encaminhada ao CONSELHO TUTELAR da CR _____ em __/__/__

Assinatura e carimbo da Direção



Este trabalho está licenciado com uma Licença [Creative Commons - Atribuição-NãoComercial-Compartilhalgal 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/)