

VIOLÊNCIA INFANTOJUVENIL E O PAPEL DO CIRURGIÃO-DENTISTA NA IDENTIFICAÇÃO E NOTIFICAÇÃO DE MAUS-TRATOS

INFANTOJUVENILE VIOLENCE AND THE ROLE OF DENTAL SURGEON IN THE IDENTIFICATION AND NOTIFICATION OF BAD TREATMENTS

Angélica M. Reis¹; Mônica M. Labuto²

¹Discente do Curso de Graduação em Odontologia do UNIFESO. ²Docente do Curso de Graduação em Odontologia do UNIFESO, Especialista em Programa de Saúde da Família, Especialista em Processos de Mudanças em Serviços de Saúde, Especialista em Docência Superior, Preceptora da IETC e Clínica Integrada ao SUS.

RESUMO

A violência contra crianças e adolescentes é reconhecida como um problema de saúde pública que afeta de forma indiscriminada a todas as nações. A identificação e notificação de crianças e adolescentes vitimizados no Brasil ainda é um desafio para o sistema de saúde, o que contribui para o aumento da morbidade e mortalidade nessa faixa etária. O cirurgião-dentista desempenha um papel fundamental na prevenção, identificação, notificação e atenção às situações de maus-tratos devido a sua posição estratégica, uma vez que a maioria das lesões se encontra na região da cabeça, pescoço, face e boca. Por essa razão, o presente estudo teve como objetivo analisar e discutir o conhecimento dos cirurgiões-dentistas em âmbito profissional frente às situações de violências sofridas pela criança e adolescente, especificando quais os tipos de violência mais sofridos por crianças e adolescentes; quais as formas de identificação e notificação dos órgãos responsáveis pelos cirurgiões-dentistas e, as razões pelas quais os profissionais se omitem diante dessas situações.

Descritores: Maus-tratos infantis; Cirurgião-dentista; Criança; Adolescente.

ABSTRACT

Violence against children and adolescents is recognized as a public health problem that affects all nations indiscriminately. The identification and notification of victimized children and adolescents in Brazil is still a challenge for the health system, which contributes to the increase in morbidity and mortality in this age group. The dental surgeon plays a fundamental role in the prevention, identification, notification, and attention to situations of maltreatment due to its strategic position, since most injuries are found in the head, neck, face and mouth. For this reason, the present study aimed to analyze and discuss the knowledge of dentists in the professional field in the face of situations of violence suffered by children and adolescents, specifying which types of violence are most suffered by children and adolescents; what are the forms of identification and notification of the bodies responsible for dental surgeons and, the reasons why professionals omit themselves in these situations.

Keywords: Child abuse; Dental surgeon; Child; Adolescent.

INTRODUÇÃO

Violência contra crianças e adolescentes passou a ser reconhecida como um problema de saúde pública de âmbito mundial, pois afeta indistintamente todas as nações, definida como todo ato ou omissão cometido por pais, parentes, outras pessoas e instituições, capazes de causar dano físico, sexual e/ou psicológico à vítima (GUERRA, 1993).

No Brasil, a identificação e notificação de crianças e adolescentes vitimizadas ainda é um desafio para o sistema de saúde, considerando que o atendimento dos casos requer abordagem intersetorial e multidisciplinar (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2001).

A violência direcionada a crianças pode ser iden-

tificada como traumas não acidentais por alguém designado a tomar conta da mesma, ou por um familiar, sendo este na maioria dos casos, pai, mãe, madrasta ou padrasto. Podem ser divididos em: físicos, sexuais, psicológicos e por negligência (FISHER e MC DONALD, 1998).

Os reflexos da violência são notórios no âmbito dos sistemas de saúde seja pelas mortes, traumas físicos e agravos mentais decorrentes do ato (GARBIN *et al.*, 2015).

O Estatuto da Criança e do Adolescente/ECA, Lei Federal Brasileira nº 8.069, de 13 de julho de 1990 prevê no artigo 13, capítulo do Direito à Vida e à Saúde que os casos suspeitos ou confirmados de maus-tratos contra crianças ou adolescentes serão obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade, sem

haver prejuízo de outras providências legais. O cirurgião-dentista, seja ele parte integrante da Estratégia de Saúde da Família, ou de uma instituição privada, desempenha papel fundamental na prevenção, identificação, notificação e atenção às situações de maus-tratos. A literatura enfatiza sua posição estratégica para a detecção dos casos, uma vez que a maioria das lesões se encontra na região da cabeça, pescoço, face e boca (ULDUM *et al.*, 2010).

Figura 1 – Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).



Fonte: Google.

No Brasil, o cirurgião-dentista tem o dever legal, ético e moral de notificar casos suspeitos ou confirmados de maus-tratos seguindo o Código de Ética Odontológica, que constitui como deveres do profissional zelar pela saúde e pela dignidade do paciente, além de promover a saúde coletiva no desempenho de suas funções, cargos e cidadania, independentemente de exercer a profissão no setor público ou privado (CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA, 2012).

Figura 2 – Código de Ética Odontológica.



Fonte: Google.

A identificação de maus-tratos representa um dos fatores primordiais para o inicial enfrentamento do pro-

blema. O não reconhecimento das situações de violência vivenciadas por crianças e adolescentes impede a notificação dos casos, impossibilitando a cessação dos atos, o que contribui para o aumento de morbidade e mortalidade nessa faixa etária (MOREIRA *et al.*, 2014).

Uldum *et al.* (2010), realizaram um estudo com o objetivo de descrever a percepção das equipes odontológicas sobre seu papel nas questões de proteção à criança. Para essa pesquisa foi elaborado um questionário sobre o papel da equipe odontológica na proteção da criança e enviado por correio a uma amostra de dentistas e higienistas dentais dinamarqueses. Apenas 76,3% devolveu o questionário com dados válidos. Após análise dos resultados, pôde-se concluir que os membros da equipe odontológica na Dinamarca não parecem cumprir suficientemente seu papel em questões de proteção à criança, pois o percentual de profissionais que suspeitaram de casos de abuso foi pequeno e o número de notificações menor ainda.

Apesar da disseminação de informações sobre este assunto, elas não foram suficientes para sanar as dúvidas desses profissionais, capacitando-os para uma conduta padrão quanto à postura mais adequada a assumir diante desses incidentes (ROLIM *et al.*, 2014).

A proteção integral da criança e do adolescente é responsabilidade de todos. Na Constituição Federal de 1988, essa missão é definida como prioridade absoluta a ser compartilhada pela família, sociedade e Estado. A motivação desse estudo envolve a busca pela Odontologia amplamente qualificada em identificar situações de risco que envolvem crianças e adolescentes através da violência sofrida em âmbito intrafamiliar e social.

Figura 3 – Constituição Federal.



Fonte: Google.

OBJETIVOS

Objetivo primário

O presente artigo se propõe a analisar e discutir o conhecimento dos cirurgiões-dentistas em âmbito profissional frente às situações de violências sofridas pela criança e adolescente.

Objetivos secundários

Identificar quais são os tipos de violência mais sofridos por crianças e adolescentes;

Definir quais as formas de identificação e notificação dos órgãos responsáveis pelos cirurgiões-dentistas e,

Elencar as razões pelas quais os profissionais se omitem diante dessas situações.

REVISÃO DE LITERATURA

A violência é um fenômeno social e histórico que pode ser entendido como um evento representado por ações realizadas por indivíduos, grupos, classes, nações, que ocasionam danos físicos, emocionais, morais e/ou espirituais a si próprio ou a outros. Nos últimos anos vem ocorrendo um crescente reconhecimento de que os serviços de saúde têm um papel importante no enfrentamento da violência, sendo chamado a responder e participar por meio das suas diversas possibilidades de atuação. Através de um olhar cada vez mais atento dos profissionais da saúde, percebe-se a necessidade de elaborar propostas de ação voltadas para a prevenção, a identificação e o acompanhamento do número crescente de vítimas da violência (MONTEIRO, 2010).

De acordo com Crespo *et al.* (2011), o abuso de crianças constitui um problema antropológico e transversal a todas as classes sociais, culturas e religiões. A violência doméstica praticada contra crianças e adolescentes, segundo o Ministério da Saúde (MS), engloba os maus-tratos físicos, abusos sexual, psicológico e negligência/abandono. A síndrome de Munchausen por procuração, termo utilizado por Asher em 1951 para definir situação em que crianças são submetidas a cuidados médicos cujos sinais e sintomas apresentados são inventados ou provocados por seus pais ou responsáveis, também pode ser caracterizada como maus-tratos.

Figura 4 – Violência infantil.



Fonte: Google.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define maus-tratos como: toda forma de maus-tratos físicos e/ou emocionais, abuso sexual, abandono ou trato negligente, exploração comercial ou outro tipo, da qual resulte um dano real ou potencial para a saúde, sobrevivência, desenvolvimento ou dignidade da criança, no contexto de uma relação de responsabilidade, confiança ou poder (BRASIL, 2013).

A Sociedade Brasileira de Pediatria adota a seguinte definição para violência doméstica ou maus-tratos: toda ação ou omissão praticada por adultos ou adolescentes mais velhos que, na qualidade de responsável, permanente ou temporário, tenha a intenção, consciente ou não,

de provocar dor na criança ou no adolescente, seja essa dor física ou emocional. Apesar das leis que instituem e amparam a realização da notificação, a subnotificação da violência é uma realidade no Brasil, pois se estima que, para cada caso notificado, dois o deixam de ser (PASCO-LAT *et al.*, 2001).

Figura 5 – Sociedade Brasileira de Pediatria.



Fonte: sbp.com.br

Pires *et al.*, (2005) afirmam que um dos fatores para a não denúncia, é o grau de conhecimento insuficiente. Segundo Cavalcanti e Martins (2009) os cirurgiões-dentistas têm um maior desconhecimento sobre o tema maus-tratos, existindo então a necessidade de uma adequada capacitação desses profissionais durante a sua formação, tornando-os qualificados a identificar situações de maus-tratos.

Veloso; Magalhães e Cabral (2017) realizaram um estudo com o objetivo de caracterizar a percepção de profissionais de saúde sobre violência contra crianças e adolescentes e suas dificuldades para o manejo desse fenômeno. O estudo contou com a participação de 72 profissionais de saúde da atenção básica do município de Belém-Pará-Brasil. Em relação aos tipos de violência a negligência foi a mais referida pelos profissionais (60,74%) seguida da violência sexual (24,14%), da física (39,47%) e a psicológica (34,88%), porém a mais notificada foi a violência sexual (50%). Em relação à ficha de notificação (50,00%) dos participantes disseram que não a conhecem e 86,11% nunca a utilizaram. Os resultados sugerem que há uma necessidade de capacitação permanente e de condições instrumentais adequadas para fortalecer a atuação dos profissionais de saúde a superarem os desafios que a intervenção em casos de violência exige.

O cirurgião-dentista desempenha papel fundamental na prevenção, identificação, notificação e atenção às situações de maus-tratos infantis. A literatura enfatiza sua posição como estratégica para a detecção dos casos, visto que a maioria das lesões se encontra na região da

cabeça, pescoço, face e boca (MOREIRA *et al.*, 2015).

1. Classificação dos tipos de violência sofridos por crianças e adolescentes

Os atos violentos podem ser classificados de acordo com a natureza das agressões, sendo elas *física, sexual, psicológica, negligência* ou *privação*. Dentre as injúrias que mais acometem as crianças estão as lesões faciais (região de cabeça e pescoço). Dentre as lesões orofaciais destacam-se as contusões, desvio da abertura bucal, lacerações, queimaduras provocadas por alimentos quentes ou utensílios domésticos, equimoses nas bochechas sugerindo agressão por socos ou tapas, bem como a presença de escaras no canto da boca devido amordaçamento (SOUZA *et al.*, 2017).

A violência doméstica contra crianças e adolescentes pode ser caracterizada em: física, sexual, psicológica e negligência ou omissão. A violência é de difícil detecção, pois ocorre em um ambiente privado, ou seja, dentro do lar, além de ser incentivada pela cultura patriarcal e machista do nosso país que dita uma relação de poder entre pais e filhos na qual estabelece que alguns tipos de violência são formas de educar (MONTEIRO, 2010).

Para Nunes e Sales (2016), a violência pode ser classificada como: uso da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação.

Apesar de existir a obrigatoriedade da notificação estabelecida pelo Estatuto da Criança e do Adolescente, no Brasil o sub-registro dos casos de violência infantil ainda é um problema. O profissional de saúde tem papel fundamental na identificação desses casos, pois pode determinar o seu rompimento e impedir a (re) produção do ciclo de violência intrafamiliar (ACIOLI *et al.*, 2011).

Caracteriza-se como violência psicológica as agressões verbais e gestuais, com o objetivo de atemorizar, rejeitar, envergonhar a vítima, restringir sua liberdade ou isolá-la do convívio social. Esse tipo de violência é o de mais difícil detecção, já que não deixa marcas visíveis (MONTEIRO, 2010).

A negligência é um tipo de violência difícil de definir, pois envolve diferentes aspectos culturais, sociais e econômicos de cada família ou grupo social. Ela é considerada a forma mais comum de maus-tratos contra crianças e adolescentes, tendo alta prevalência e sendo descrita na literatura como preocupante. Embora a negligência seja o tipo mais comum de maus-tratos em crianças, outros autores indicam o abuso físico como o mais frequente (NUNES; SALES, 2016).

Monteiro (2010) afirma que a negligência pode ser física e/ou emocional. A física se caracteriza pela inadequação de nutrição, vestimenta, higiene e atenção ou cuidado; e a emocional, se refere à falha no provimento de suporte emocional adequado.

2. Formas de identificação de maus-tratos pelo cirurgião-dentista

A identificação de maus-tratos representa a fase

primordial de atuação profissional para o enfrentamento do problema, pois a não identificação das situações de violência vivenciadas por crianças e adolescentes impede a notificação dos casos e o acionamento da rede de proteção social, impossibilitando a cessação dos atos, o que contribui para o aumento de morbidade e mortalidade nessa faixa etária (MOREIRA *et al.*, 2015).

A violência infantil traduz-se como um fator gerador de estresse em relação ao processo normal de crescimento e desenvolvimento, devendo ser considerado em sua totalidade para que haja seu pleno reconhecimento, a fim de se poder implantar medidas eficazes para sua resolução (NUNES; SALES, 2016).

A identificação da violência é algo complexo, principalmente por depender de aspectos emocionais dos profissionais, estruturais, legais, da existência de órgãos de apoio e oferta de capacitações para a identificação dos sinais (ACIOLI *et al.*, 2011).

Os maus-tratos infanto-juvenis podem ser apresentados ao cirurgião-dentista através de diferentes maneiras: por meio de uma alegação direta da própria criança, adolescente, responsável ou outra pessoa; através de sinais e sintomas sugestivos ou através de observações do comportamento da criança e do adolescente ou da interação entre eles e seus pais (ALMEIDA SANTA-ROSA *et al.*, 2019).

Em alguns casos, os profissionais de saúde podem ser os primeiros a detectar sinais de possíveis maus-tratos em crianças havendo uma diversidade ampla deles e permeando diferentes tipos de violência. Um mesmo sinal pode ser atribuído à vários tipos de violência, por isso não devem ser considerados de forma isolada. Diferenciá-los ainda é um processo complexo e delicado (VELOSO; MAGALHÃES; CABRAL, 2017).

Para Almeida Santa-Rosa *et al.*, (2019), em relação aos sinais e sintomas sugestivos de maus-tratos que o cirurgião-dentista pode perceber, estão: laceração do freio labial, traumas dentários recorrentes, traumas na cabeça, hematomas, queimaduras, marcas de mordida e lesões cáries de grau avançado em muitos dentes.

3. Formas de notificação de maus-tratos aos órgãos competentes

O aumento no número de casos de violência infantil mostra que cada vez mais é necessário demandar ações de controle por meio de condutas preventivas, pelos setores sociais envolvidos, bem como profissionais de saúde, conselhos tutelares entre outros (NUNES; SALES, 2016).

Porém, ainda não existem no Brasil dados epidemiológicos expressivos sobre violência contra crianças e adolescentes, apenas registros isolados. Estima-se que apenas 20% das ocorrências sejam de fato denunciadas, sendo a notificação dos casos aos órgãos competentes uma prática pouco exercida. Isso acontece devido ao despreparo da maioria dos profissionais de saúde no enfrentamento do problema, principalmente pela falta de acesso à informação, desde a graduação e pela ausência de treinamento e de apoio em seus diversos âmbitos de atuação (ACIOLI

et al., 2011).

A notificação é o processo que visa interromper atitudes violentas no plano familiar ou por parte de qualquer agressor, a partir do acionamento dos órgãos competentes, como o Conselho Tutelar. A ficha de notificação (Figura 6) funciona como importante fonte de comunicação entre a Secretaria de Saúde, o Conselho Tutelar e o profissional ou equipe de saúde que tiveram contato próximo com a criança ou o adolescente, sua família e que diagnosticaram o ato de violência (MOREIRA *et al.*, 2015).

Figura 6 - Ficha de notificação compulsória.

FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE SUSPEITA OU CONFIRMAÇÃO DE MAUS-TRATOS CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES
 (Considera-se criança a pessoa até 12 anos de idade incompletos e adolescente aquela entre 12 e 18 anos de idade - Lei n.º 8.069, de 13/7/90 - Estatuto da Criança e do Adolescente)

I - IDENTIFICAÇÃO DO ATENDIMENTO			
Data do atendimento: ____/____/____			
Unidade: _____			
Endereço da unidade: _____			
Telefones: _____			
Profissionais envolvidos no atendimento (incluir categoria profissional): _____			
II - IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA / ADOLESCENTE			
Nome: _____			
DN: ____/____/____			
Idade: _____		Sexo: _____	
Registro na unidade: _____			
Filiação: _____			
Responsável(is) Legal(is): _____			
Acompanhante: _____			
Grau de Relacionamento: _____			
Endereço: _____			
Telefone para contato: _____			
Referência para localização: _____			
III - CARACTERIZAÇÃO DOS MAUS-TRATOS/VIOÊNCIA (Tipos e prováveis agressores)			
Maus-tratos identificados/Causador (em) provável dos maus-tratos:			
Abuso Físico	Mãe ()	Pai ()	Desconhecido ()
Abuso Sexual	Mãe ()	Pai ()	Desconhecido ()
Abuso Psicológico	Mãe ()	Pai ()	Desconhecido ()
Negligência	Mãe ()	Pai ()	Desconhecido ()
Abandono	Mãe ()	Pai ()	Desconhecido ()
Outras síndromes especificadas de maus-tratos _____			
Síndromes não especificadas de maus-tratos _____			
Descrição sumária do ocorrido: _____			

Fonte: MOREIRA *et al.*, 2015.

A notificação compulsória de um ato de violência é obrigatória e está prevista na Portaria MS/GM nº 204, de 17 de fevereiro de 2016 do Ministério da Saúde (MS). Essa notificação é considerada uma informação emitida pelo setor da saúde ou por qualquer outro órgão ou pessoa para o Conselho Tutelar, com a finalidade de promover cuidados e proteção da criança vítima de maus-tratos. Após notificar, inicia-se um processo que visa interromper as atitudes e comportamentos violentos no âmbito familiar ou por parte do agressor (SOUZA *et al.*, 2017).

Nos casos de suspeita de maus-tratos, a identificação ou denúncia de violência contra crianças e adolescentes concretiza-se no preenchimento da ficha de notificação compulsória, na elaboração de relatórios e no encaminhamento para o Conselho Tutelar, lembrando que alguns locais não utilizam Fichas de Notificação Compulsória, o que fere o estabelecido na Resolução da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro nº 3.163, de 30 de outubro de 2006, que sanciona a obrigatoriedade da notificação dos casos suspeitos ou confirmados de maus-tratos físicos, psicológicos, sexuais e formas de negligência contra crianças e adolescentes atendidos na rede pública ou privada de saúde no âmbito do estado do Rio de Janeiro

(MONTEIRO, 2010).

Segundo Souza *et al.* (2017), a ficha de notificação compulsória deve ser preenchida em duas vias e encaminhada ao Serviço Social ou ao Programa de Prevenção e Atendimento às Vítimas de Violência - PAV da Unidade de Saúde, conforme o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Os casos envolvendo criança ou adolescente deverão ser notificados ao Conselho Tutelar (CT) do local de moradia da vítima. Na falta deste, deve ser encaminhado para a Vara da Infância e Juventude.

Para Veloso; Magalhães e Cabral (2017), a palavra *notificação* possa estar sendo utilizada pelos profissionais de saúde como sinônimo de “*encaminhamento ou denúncia*”. Porém, existe uma distinção conceitual entre as palavras *notificação*, *denúncia* e *encaminhamento*. É fundamental que essa questão seja debatida, a fim de evitar um comportamento de esquivas ou de insegurança do profissional quanto a conduta adequada. Em casos de abuso sexual, violência física grave e negligência severa, deve-se notificar à Delegacia Especial de Proteção à Criança e ao Adolescente ou a Delegacia de Polícia mais próxima da Unidade de Saúde (SOUZA *et al.*, 2017).

O procedimento que vem sendo seguido e estabelecido pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) é proceder a denúncia ao Conselho Tutelar, que segundo o artigo 131 do ECA, “é um órgão permanente e autônomo, não jurisdicional, encarregado pela sociedade de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente, definidos nesta lei”. Existe a obrigatoriedade da notificação ao Conselho Tutelar ou a outro órgão correspondente, tanto no que se refere ao profissional de saúde, quanto às pessoas de um modo geral, que tenham conhecimento sobre o abuso, cabendo medidas punitivas por omissão a quem não a proceder, conforme estabelecido em seu artigo 13 (MONTEIRO, 2010).

A notificação compulsória de maus-tratos não tem valor de denúncia policial, isso significa que quando um profissional está informando ao Conselho Tutelar que uma criança e sua família precisam de ajuda, ele está reconhecendo as demandas especiais e urgentes da vítima e chamando o poder público à sua responsabilidade (SOUZA *et al.*, 2017).

4. Reação e conduta dos cirurgiões-dentistas frente a identificação dos maus-tratos

Diversas lesões podem acometer a região da face, boca e cabeça, colocando o cirurgião-dentista numa posição estratégica no que diz respeito a identificação dos casos de maus-tratos infantis e na notificação compulsória desses casos, colaborando para uma melhor assistência e proteção da vítima (SOUZA *et al.*, 2017).

No Brasil, o cirurgião-dentista tem o dever legal, ético e moral de notificar casos suspeitos ou confirmados de maus-tratos às autoridades competentes, baseados no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e no Código de Ética Odontológica, que constitui como deveres do profissional zelar pela saúde e pela dignidade do paciente, além de promover a saúde coletiva no desempenho de suas funções, cargos e cidadania, independentemente de exer-

cer a profissão no setor público ou privado (MOREIRA *et al.*, 2015).

Uma das principais questões que envolve o desvendamento dos sinais de violência contra crianças e adolescentes é a falta de conhecimento e competência teórica e técnica do profissional que está atendendo, seja pela não inserção desse tema nos currículos dos cursos de graduação ou pela falta de comprometimento do profissional. Em qualquer um desses casos, independente do motivo, o principal prejudicado é o usuário, ao qual será negado o direito à promoção de sua saúde e qualidade de vida (MONTEIRO, 2010).

A dificuldade encontrada pelos profissionais a respeito da conduta correta a ser tomada diante de crianças e/ou adolescentes suspeitos e/ou confirmados de sofrerem violência é um dos fatores que proporciona a sua invisibilidade ao se defrontar com situações complexas de violência. Muitos profissionais, até mesmo aqueles que são capacitados, temem a represália dos agressores, razão pela qual não notificam os casos (ACIOLI *et al.*, 2011).

Alguns cirurgiões-dentistas não notificam casos suspeitos de maus-tratos por medo de perder pacientes, pela falta de confiança no serviço de proteção à criança e aos adolescentes, por medo de lidar com os pais, incerteza do diagnóstico e desconhecimento da verdadeira responsabilidade em denunciar esses casos (ALMEIDA SANTA-ROSA *et al.*, 2019).

Imediatamente após identificarem uma situação de violência, os cirurgiões-dentistas devem notificar o caso, assim como determinar se um paciente pediátrico/adolescente requer avaliação mais detalhada ou uma intervenção. Para isso, esses precisam de conhecimento aprofundado, ferramentas didáticas e clínicas que possam ajudá-los a identificar os sinais e sintomas de violência doméstica (MOREIRA *et al.*, 2015).

DISCUSSÃO

Souza *et al.* (2017) classifica os atos violentos de acordo com a natureza das agressões em: físicas, sexuais, psicológicas, negligência ou privação, enquanto Monteiro (2010) as caracteriza a violência em física, sexual, psicológica ou omissão. Já Nunes e Sales (2016) trazem uma classificação mais subjetiva, afirmando que violência é o uso da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação.

Monteiro (2010) e Souza *et al.*, (2017) concordam que a violência é de difícil detecção, pois ocorre em um ambiente privado, ou seja, dentro do lar. Dentre as injúrias que mais acometem as crianças estão as lesões faciais (região de cabeça e pescoço).

Monteiro (2010) classifica violência psicológica como agressões verbais e gestuais, com o objetivo de atemorizar, rejeitar, envergonhar a vítima, restringir sua liberdade ou isolá-la do convívio social e assim como Nunes e

Sales (2016), acreditam que as violências não físicas sejam as mais difíceis de detectar.

Acioli *et al.* (2011) e Moreira *et al.* (2015) concordam que a identificação de maus-tratos representa a fase primordial de atuação profissional para o enfrentamento do problema e identificá-los é algo complexo, principalmente por depender de aspectos emocionais, estruturais e legais dos profissionais, além da existência de órgãos de apoio e oferta de capacitações para a identificação dos sinais. Complementando, Almeida Santa-Rosa *et al.*, (2019) relacionam os sinais e sintomas sugestivos de maus-tratos que o cirurgião-dentista pode perceber, como: laceração do freio labial, traumas dentários recorrentes, traumas na cabeça, hematomas, queimaduras, marcas de mordida e lesões cariosas de grau avançado em muitos dentes e esses sinais podem ser percebidos de uma alegação direta da própria criança, adolescente, responsável ou outra pessoa; através de sinais e sintomas sugestivos ou através de observações do comportamento da criança e do adolescente ou da interação entre eles e seus pais.

Moreira *et al.* (2015) e Souza *et al.* (2017) concordam que a notificação é o processo que visa interromper atitudes violentas no plano familiar ou por parte de qualquer agressor, a partir do acionamento dos órgãos competentes, como o Conselho Tutelar; o mesmo acontece através do preenchimento de uma ficha chamada ficha de notificação, que funciona como importante fonte de comunicação entre a secretaria de saúde, o conselho tutelar e o profissional de saúde que teve contato com a criança.

Esses autores, Moreira *et al.* (2015) e Souza *et al.* (2017) também concordam que nos casos de suspeita de maus-tratos, a identificação ou denúncia de violência contra crianças e adolescentes concretiza-se no preenchimento da ficha de notificação compulsória, em duas vias e encaminhada ao Serviço Social ou ao Programa de Prevenção e Atendimento às Vítimas de Violência - PAV da Unidade de Saúde, conforme o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Existe a obrigatoriedade da notificação ao Conselho Tutelar ou a outro órgão correspondente, tanto no que se refere ao profissional de saúde, quanto às pessoas de um modo geral, que tenham conhecimento sobre o abuso, cabendo medidas punitivas por omissão a quem não a proceder. Moreira *et al.* (2015) e Souza *et al.* (2017) complementam que a posição estratégica no que diz respeito a identificação dos casos de maus-tratos infantis e na notificação compulsória desses casos, coloca o cirurgião-dentista na função de zelar pela saúde e pela dignidade do paciente colaborando para uma melhor assistência e proteção da vítima.

Para Monteiro (2010), dentre as questões que envolvem o não desvendamento dos sinais de violência contra crianças e adolescentes é a falta de conhecimento e competência teórica e técnica do profissional que está atendendo. Já Acioli *et al.* (2011), afirmam que a dificuldade encontrada pelos profissionais a respeito da conduta correta a ser tomada diante de crianças e/ou adolescentes suspeitos e/ou confirmados de sofrerem violência é por temer represália dos agressores, razão pela qual não noti-

ficam os casos. Em contrapartida, Almeida Santa-Rosa *et al.* (2019) afirmam que alguns cirurgiões-dentistas não notificam casos suspeitos de maus-tratos por medo de perder pacientes, pela falta de confiança no serviço de proteção à criança e aos adolescentes, por medo de lidar com os pais, incerteza do diagnóstico e desconhecimento da verdadeira responsabilidade em denunciar esses casos; o que é perceptível, é que os profissionais precisam de conhecimento aprofundado, ferramentas didáticas e clínicas que possam ajudá-los a identificar os sinais e sintomas de violência doméstica.

CONCLUSÃO

Uma vez identificada a violência, é necessário que o profissional de saúde trace metas a fim de intervir nesse contexto com medidas de educação em saúde de forma continuada e na socialização dos atores envolvidos estimulando o desenvolvimento de políticas sociais de enfrentamento à violência.

Segundo a revisão de literatura apresentada, o desconhecimento do profissional quanto à sua responsabilidade como cuidador da proteção de casos suspeitos e/ou confirmados de violência contra crianças e adolescentes pode ser um fator que comprometa a condução dos casos.

É nítida a necessidade de familiarizar os estudantes de odontologia e cirurgiões-dentistas com os procedimentos de diagnóstico e notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes, com base na legislação relacionada a esse assunto.

A inserção do tema nos projetos pedagógicos dos cursos, assim como a divulgação prática de notificação e conduta diante de casos de maus-tratos serão essenciais na contribuição para a erradicação dessa situação. A atuação dos profissionais de saúde no enfrentamento da violência é uma realidade possível, desde que sejam fornecidas condições aos profissionais e esclarecidas suas responsabilidades.

REFERÊNCIAS

1. ACIOLI, R. M. L *et al.* Violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes: identificação, manejo e conhecimento da rede de referência por fonoaudiólogo em serviços públicos de saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 11, n. 1, p. 21-28, 2011.
2. ALMEIDA SANTA-ROSA, T.T. *et al.* Reconhecimento e conduta de cirurgiões-dentistas diante de maus-tratos em crianças e adolescentes. **Revista Pró-Univer SUS**, v. 10, n. 1, p. 137-144, 2019.
3. BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/civil.03/constituicao.htm> Acesso em: 20 nov. 2013.
4. CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. **Código de ética odontológica**. Rio de Janeiro: Conselho Federal de Odontologia, 2012.
5. CRESPO, M.; ANDRADE, D.; ALVES, A. L. S.; MAGALHÃES, T. O papel do médico dentista no diagnóstico e sinalização do abuso de crianças. **Acta Med Port**, v. 24, n. S4, p. 939-48, 2011.
6. FISHER, D. G.; MC DONALD, W. L. Characteristic of intrafamiliar and extrafamiliar child sexual abuse. **Child Abuse Neglect**, v., n., p. 915-29, 1998.
7. GARBIN, C. A. S.; DIAS, I. A.; ROVIDA, T. A. S.; GARBIN, A. J. I. Desafios do profissional de saúde na notificação da violência: obrigatoriedade, efetivação e encaminhamento. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 20, n. 6, p. 1879-90, 2015.
8. GUERRA, V. N. A. Violência física doméstica contra crianças e adolescentes: os difíceis caminhos do conhecimento científico. **Temas em Psicologia**, v. 1, n. 3, p. 137-153, 1993.
9. MONTEIRO, F. O. Plantão social: espaço privilegiado para identificação/notificação de violência contra crianças e adolescentes. **Serviço Social & Sociedade**, n. 103, p. 476-502, 2010.
10. MOREIRA, G. A. R. *et al.* Atuação do cirurgião-dentista na identificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes na atenção primária. **Saúde em Debate**, v. 39, p. 257-267, 2015.
11. MOREIRA, G. A. R. *et al.* Fatores associados à notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes na atenção básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 10, p. 4267- 4276, dez. 2014.
12. NUNES, A. J.; SALES, M. C. V. Violência contra crianças no cenário brasileiro. **Ciencia & saude coletiva**, v. 21, p. 871-880, 2016.
13. PASCOLAT, G. *et al.* Abuso físico: o perfil do agressor e da criança vitimizada. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 77, n. 1, p. 35-40, 2001.
14. PIRES, A. L. D.; MIYAZAKI, M. C. O. S. Maus-tratos contra crianças e adolescentes: revisão da literatura para profissionais da saúde. **Arquivos de Ciências da Saúde**, v. 12, n. 1, p. 42-49, 2005.
15. ROLIM, A. C. A. *et al.* Fatores associados à notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes realizada por enfermeiros na Atenção Primária à Saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, São Paulo, v. 22, n. 6, p. 1048- 1055, nov./dez. 2014.
16. SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). **Guia de Atenção frente a maus-tratos na infância e adolescência: orientações para pediatras e demais profissionais de saúde**. Rio de Janeiro: SBP/Fiocruz/Ministério da Justiça; 2001.
17. SOUZA, C.E. *et al.* Violência infantil e a responsabilidade profissional do cirurgião-dentista—revisão de literatura. **Revista Brasileira de Odontologia Legal**, v. 4, n. 1, 2017.
18. ULDUM, B. *et al.* Danish dentists' and dental hygienists' knowledge of and experience with suspicion of child abuse or neglect. **International Journal of Paediatric Dentistry**, Oxford, v. 20, n. 5, p. 361-365, jul. 2010.
19. VELOSO, M. M. X; MAGALHÃES, C. M. C; CABRAL, I. R. Identificação e notificação de violência contra crianças e adolescentes: limites e possibilidades de atuação de profissionais de saúde. **Mudanças**, v. 25, n. 1, p. 1-8, 2017.