



NATHALY FERNANDA JARENTCHUK

**O PAPEL DO CIRURGIÃO-DENTISTA NA IDENTIFICAÇÃO DE
MAUS-TRATOS NA INFÂNCIA**

Sinop-MT

2018

NATHALY FERNANDA JARENTCHUK

**O PAPEL DO CIRURGIÃO-DENTISTA NA IDENTIFICAÇÃO DE
MAUS-TRATOS NA INFÂNCIA**

Trabalho de Conclusão de Curso II
apresentado à Banca Avaliadora do
Departamento de Odontologia da
Faculdade de Sinop - FASIPE, como
requisito para aprovação da disciplina de
Monografia II.

Orientadora: Prof.^a Ms. Katiéli Fagundes
Gonçalves

**Sinop-MT
2018**

NATHALY FERNANDA JARENTCHUK

**O PAPEL DO CIRURGIÃO-DENTISTA NA IDENTIFICAÇÃO DE
MAUS-TRATOS NA INFÂNCIA**

Trabalho de Conclusão de Curso II apresentado à Banca Avaliadora do Curso de Odontologia - FASIPE, Faculdade de Sinop como requisito para a obtenção do título de Bacharel em Odontologia.

Aprovada em _____.

Katiéli Fagundes Gonçalves
Professor(a) Orientador(a)
Departamento de Odontologia – FASIPE.

Professor(a) Isadora Tabacchi Amorin(a)
Departamento de Odontologia – FASIPE.

Professor(a) Linai Trevisan Roggia(a)
Departamento de Odontologia – FASIPE.

Giulienne Nunes De Souza Passoni
Coordenador(a) do Curso de Odontologia
FASIPE - Faculdade de Sinop

**Sinop/MT
2018**

JARENTCHUK, Nathaly Fernanda. **O papel do cirurgião-dentista na identificação de maus-tratos na infância.** 2018. 16 folhas. Trabalho de Conclusão de Curso- FASIPE Faculdade de Sinop

RESUMO

A violência contra crianças é uma realidade que constrange e inquieta os órgãos governamentais e a sociedade, sendo responsável por altas taxas de morbidade e mortalidade na infância e exige uma resposta urgente da sociedade e dos serviços de saúde no enfrentamento do problema, que hoje faz parte da agenda da saúde pública e da promoção da saúde de vários países. Os maus-tratos na infância são caracterizados como o uso intencional de força física ou poder que pode ser real ou em forma de ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, grupos ou comunidades, com possibilidade de ocasionar lesões, morte, dano psicológico e/ou deficiência de desenvolvimento. Devido a isso as classificações de maus-tratos cometidas contra crianças são divididas de acordo com a natureza das agressões em: violência física, violência psicológica, negligência e violência sexual. No entanto o aumento dos casos de violência na infância tem alertado quanto à necessidade de capacitação de profissionais para sua identificação e prevenção, pois os cirurgiões-dentistas exercem papel fundamental no reconhecimento e na denúncia dos maus-tratos, posto que de 50 a 65% das lesões ocorrem na região de cabeça e pescoço, sendo muitas vezes lesões orofaciais. Portanto, o objetivo deste trabalho foi demonstrar a importância da atuação dos profissionais cirurgiões-dentistas frente a casos suspeitos ou confirmados de maus-tratos na infância, descrever os tipos de maus-tratos que podem acometer as crianças, os principais aspectos orofaciais que podem ser identificados e a conduta do profissional conforme as medidas éticas e legais do Brasil frente às situações de maus-tratos na infância, mediante uma revisão de literatura, podendo assim contribuir por meio de informações com a classe de profissionais cirurgiões-dentistas, acadêmicos de odontologia e com a sociedade zelando pelo bem estar das crianças, pois é extremamente importante que o profissional cirurgião-dentista esteja apto a identificar e diagnosticar os casos suspeitos de maus-tratos na infância, assim sabendo a forma correta de notificar e denunciar os casos suspeitos aos órgãos competentes e responsáveis.

Palavras chave: Maus-tratos infantis. Negligência com criança. Odontólogos.

ABSTRACT

Violence against children is a reality that builds up and disturbs data about society, being responsible for the high rates of morbidity and mortality in childhood and an urgent response to society and health services in tackling the problem, which is now part of the the health and public health agenda of several countries. Child maltreatment is characterized as the use of force of physical or physical expression may be real or threatening against oneself, against persons, groups or communities, with the possibility of causing injury, death, psychological damage or developmental disabilities. Due to this the classifications of mistreatment committed against children are divided according to the nature of the aggressions in: physical

violence, psychological violence, neglect and sexual violence. However, the increase in cases of violence in childhood has warned of the need to train professionals for their identification and prevention, since dental surgeons play a fundamental role in the recognition and reporting of maltreatment, since 50 to 65% of lesions occur in the head and neck region, often being orofacial lesions. Therefore, the objective of this study was to demonstrate the importance of professional dental surgeons in dealing with suspected or confirmed cases of childhood maltreatment, to describe the types of maltreatment that may affect children, the main orofacial aspects that may be the conduct of the professional in accordance with Brazil's ethical and legal measures regarding child maltreatment, through a review of the literature, and can thus contribute through information with the class of professionals dental surgeons, dentistry academics and with society looking after the well-being of children, since it is extremely important that the professional dental surgeon be able to identify and to diagnose suspected cases of maltreatment in childhood, thus knowing the correct way to notify and report suspicious cases to the competent and responsible bodies.

Key words: Child Abuse. Child Neglect. Dentists.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define os maus-tratos na infância como o uso intencional de força física ou poder que pode ser real ou em forma de ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, grupos ou comunidades, com possibilidade de ocasionar lesões, morte, dano psicológico e/ou deficiência de desenvolvimento^{1,2}. Devido a isso à violência contra crianças é uma realidade que constrange e inquieta os órgãos governamentais e a sociedade, sendo responsável por altas taxas de morbidade e mortalidade infantil, sendo assim exige uma resposta urgente da sociedade e dos serviços de saúde no enfrentamento do problema, que hoje faz parte da agenda da saúde pública e da promoção da saúde de vários países³.

Em 1990 foi criado o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) – amparado por meio da Lei 8.069 de 13 de julho do respectivo ano que passou a assegurar em lei a proteção integral de crianças e adolescentes. Segundo o estatuto é dever da família, comunidade, sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária⁴.

Devido ao impacto que o tema vem causando na sociedade, à legislação brasileira, vem incluindo vários códigos de ética de profissões em saúde, inclusive na odontologia a notificação compulsória de suspeita de maus-tratos, a um órgão designado em lei, Conselhos

Tutelares ou, na falta desses, Juizado da Infância e Juventude, além disso, determina-se que o não cumprimento acarreta pena pecuniária. Deste modo, a delicadeza do tema reforça a precisão de avançar na melhoria da notificação de cada ato de agressão, e necessita de preparo e mobilização dos profissionais que atuam nesta rede multidisciplinar de saúde^{2,3,5}.

Em 2006, o Ministério da Saúde (MS) implantou a Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), com dois componentes: a Vigilância por Inquérito, realizada por meio de pesquisa nas portas de entrada de emergências de municípios selecionados; e a Vigilância Contínua, feita por meio da notificação compulsória das violências doméstica, sexual e outras interpessoais. Este sistema foi implantado inicialmente nas maternidades e nos serviços de atendimentos às doenças sexualmente transmissíveis e especializados para vítimas de violências, porém a partir de 2009 estendeu-se para todos os serviços de saúde, integrando o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)^{5,6}.

No ano de 2011 no Brasil foram notificados, por meio do SINAN, 17.900 casos de violência contra crianças menores de 9 anos, sendo 8.177 meninos e 9.723 meninas. A alta incidência e o impacto da violência na vida dos indivíduos e da coletividade fizeram com que essa questão se tornasse um problema de saúde pública; devido a isso a participação de cirurgiões-dentistas nas equipes multidisciplinares se tornou necessária e oportuna^{5,7,8}.

No entanto o que se observa atualmente é um despreparo dos profissionais na identificação e atuação adequada sobre casos onde há suspeita de maus-tratos e que a violência contra crianças se tornou um amplo problema na Saúde Pública. Neste contexto, o aumento dos casos de violência na infância tem alertado quanto à necessidade de capacitação de profissionais para sua identificação e prevenção, pois os cirurgiões-dentistas exercem papel fundamental no reconhecimento e na denúncia dos maus-tratos, posto que de 50 a 65% das lesões ocorrem na região de cabeça e pescoço, sendo muitas vezes lesões orofaciais^{9,10,11}.

Considerando o exposto este trabalho teve como objetivo demonstrar a importância da atuação dos profissionais cirurgiões-dentistas frente a casos suspeitos ou confirmados de maus-tratos na infância. Buscando descrever os tipos que acometem as crianças, quais os principais aspectos orofaciais que podem ser identificados durante o atendimento odontológico e a conduta do profissional cirurgião-dentista conforme as medidas éticas e legais do Brasil frente às situações descritas mediante uma revisão de literatura, com vista a contribuir por meio de informações com a classe de profissionais cirurgiões-dentistas e acadêmicos de odontologia.

REVISÃO DE LITERATURA

Descrição e Características dos Tipos de Maus-Tratos

Os maus tratos na infância são considerados um fenômeno complexo, pois são a consequência de interação entre fatores culturais, sociais e características individuais dos cuidadores e da criança. Pois, culturalmente pais ou responsáveis apresentam a ideia de propriedade sobre a criança, sendo assim, vem prevalecendo a compreensão da violência física como recurso pedagógico. Quando a agressão não é capaz de trazer os resultados desejados pelo educador, conseqüentemente ocorre aumento da intensidade e da ação danosa, levando a um círculo vicioso que pode resultar em situações trágicas^{2,10}.

Os maus-tratos podem ser classificados de acordo com a natureza das agressões podendo assim se diferenciar em algumas formas, como por exemplo, violência física, psicológica, sexual e negligência. De acordo com o Ministério da Saúde, os principais agressores das crianças são os familiares e cuidadores, devido a isso a violência física tem sido relatada como uma prática comum no ambiente familiar. Para o cuidador e agressor essa prática é utilizada na finalidade de educar as crianças e, geralmente, acontece por descontrole emocional, dificuldades sociais nas relações com os familiares e a criança ou por culpá-la pelos seus problemas^{1,3}.

A violência física é caracterizada pelo uso intencional de força com o objetivo de ferir a criança ou o adolescente, podendo ocasionar lesões corporais. Estas lesões podem ser classificadas em pequenas, com algumas cicatrizes; moderadas como, por exemplo, pequenas queimaduras, cicatrizes e fraturas simples; ou graves, como grandes queimaduras ou fraturas múltiplas^{1,12,13}. Já a violência psicológica é toda ação ou omissão que determina um efeito de conduta destrutiva e afeta a autoestima, o desenvolvimento da identidade e dos indivíduos. Apresenta-se como a maior causa de violência que compromete a pessoa, podendo ser exemplificada por insultos constantes, humilhação, desvalorização, chantagem, isolamento de amigos e familiares, manipulação afetiva, exploração, ameaças, confinamento doméstico, omissão de carinho, negar atenção e supervisão, levando-a a sentimentos de desvalorização, ansiedade e intenções suicidas^{1,14}.

Ao que tange a violência sexual, esta envolve a relação de poder entre pessoas, por meio da força física, armas ou drogas e a intimidação psicológica, obrigando uma destas ao intercurso sexual contra a sua vontade. Essa agressão pode ocorrer em diversas situações:

abuso incestuoso, atentado violento ao pudor, estupro, assédio sexual, exploração sexual, pornografia infantil, e até mesmo pedofilia^{1,14}. Já a falta de condições básicas para o desenvolvimento da criança é considerada negligência, sendo que a desatenção quanto à saúde bucal da criança também pode ser caracterizada como negligência, sendo assim, essas modalidades podem ocorrer na forma pura, quando se trata de uma única forma de violência, ou associada, quando em um mesmo caso são identificadas duas ou mais modalidades^{2,3,10}.

Ainda, a negligência implica na omissão do responsável em prover os cuidados básicos, tornando-se omissos no que diz respeito à vestimenta não adequada ao clima, privação de higiene, de medicamentos, de cuidados necessários à saúde como, por exemplo, o não cumprimento do calendário de vacinação, não seguimento das prescrições médicas, não participação dos pais nas tarefas escolares, abandono e supressão alimentar. De tal forma podendo colocar a criança em risco devido a não supervisão adequada, e não estando física e emocionalmente disponível para tais sujeitos. Para haver negligência, são necessários dois aspectos: a cronicidade do fato e a omissão em atender alguma necessidade básica do menor^{1,14,15}.

Assim, um dado alarmante ocorre, pois aproximadamente 300 milhões de crianças de 2 a 4 anos em todo o mundo sofrem, regularmente, disciplina violenta por parte de seus cuidadores; 250 milhões, ou seja, cerca de seis em cada dez são punidas com castigos físicos, sendo possível observar que o tipo mais frequente de maus-tratos contra a criança é a violência corporal, e que ocorre na maioria das vezes dentro dos lares ou no convívio familiar. Além disso, globalmente, 1,5 bilhão de cuidadores ou um pouco mais de um em cada quatro dizem que o castigo físico é necessário para criar ou educar adequadamente as crianças, sendo assim a violência doméstica não acontece exclusivamente nas classes menos favorecidas e sim, é capaz de atingir famílias de todas as classes sociais, independentemente de situação sócio econômica, raça, religião ou nível intelectual^{10,11,16}.

Indicadores de Maus-tratos

Os profissionais de saúde podem ser os primeiros a identificar e notificar os casos de maus-tratos, devido a isso os indicadores apresentados por crianças vítimas desta condição devem alertar e gerar desconfiança ao profissional odontólogo de que algo está errado. Dessa forma, analisando a presença de sinais, sintomas ou mudanças de comportamento que façam suspeitar da existência de uma situação abusiva, ou que colocam a criança em uma situação

de risco, sabe-se que não existem sinais exclusivos para o diagnóstico diferencial com ferimentos não ocasionados pela violência¹.

No entanto é fundamental para a prevenção, identificação e manejo adequado dos maus-tratos que os profissionais saibam identificar sinais que podem sugerir a ocorrência de maus-tratos. Os sinais que podem estar presente são: lesões que não se justificam pelo tipo de acidente relatado e que são incompatíveis com a idade como fratura de crânio por bater a cabeça no berço ou fratura de perna em crianças com idade inferior a um ano, lesões como equimoses, fraturas, lesões em vários estágios de cicatrização, demora a procurar atendimento médico após o acidente, higiene precária, como vestuário sujo e inapropriado ao clima local. Assim, para os profissionais da saúde, a habilidade para diferenciar indícios de maus-tratos de outras doenças é de fundamental importância¹⁷.

Além disso, o comportamento das crianças e dos responsáveis também deve ser observado, uma vez que elas pedem socorro não somente pela linguagem verbal, mas também corporal. As crianças, quando violentadas, tendem a apresentar comportamento indiferente ao serem separadas dos pais, mudanças frequentes e graves de humor, apreensão com o choro de outras crianças, comportamentos agressivos, timidez, passividade e submissão excessivas e pais retraídos revelam possibilidade de exposição à violência e normalmente apresentam lesões em diferentes estágios de cicatrização^{1,12,18}.

O diagnóstico se inicia a partir do momento que a criança entra na sala de recepção ou no consultório, sendo assim o cirurgião-dentista e sua equipe devem observar a aparência geral da criança, estatura, o caminhar e sua interação com os pais. Já nos casos em que houver suspeita de violência, os exames extra e intra-bucal devem ser realizados de forma minuciosa, no sentido de possibilitar a obtenção do maior número de informações possíveis. Outro aspecto relevante se dá pela discrepância da história relatada pelo responsável e pela criança, sendo esta uma característica importante para identificar o abuso físico infantil. Dessa maneira, quando possível, a criança deve ser questionada sobre a ocorrência dos fatos separadamente dos pais ou responsável¹⁹.

A falta de vínculo entre a criança e o responsável, desnutrição, alimentação irregular ou inadequada, higiene corporal deficitária, acidentes frequentes, principalmente domésticos, como intoxicações por medicamentos e por materiais de limpeza, faltas constantes à escola ou creche, acompanhamento inadequado de saúde, atraso no calendário vacinal, abuso de álcool e de drogas são indicadores que podem sugerir a presença de negligência e abandono no âmbito familiar¹⁶.

Ressaltam-se, além disso, o fato de que aspectos culturais, valores e tabus também podem influenciar intensamente a identificação de maus-tratos, pois culturalmente, ainda parece ser aceita a concepção do direito sem limites dos responsáveis sobre as crianças o que leva ao abuso de poder, punição física ou outras expressões de violência que ainda constituem instrumentos frequentemente utilizados na educação infantil. Como consequência, essa banalização da violência física faz com que práticas abusivas, sejam consideradas como normais no ambiente familiar, até mesmo pelos profissionais de saúde²⁰.

Sinais e Sintomas de Maus-Tratos e a Região Orofacial

Os ferimentos orofaciais devidos aos abusos físicos podem afetar lábios, boca, dentes, maxila ou mandíbula. Nos lábios e boca podem ser identificados hematomas, lacerações, cicatrizes persistentes, queimaduras, equimose, arranhões ou cicatrizes nas comissuras labiais que podem ser indicativos de mordida. Na mucosa jugal e palato pode ser identificada contusão, abrasão e queimadura. Além disso, talheres, copos ou alimentos quentes podem provocar lacerações ou queimaduras na cavidade bucal das crianças e até mesmo fraturas ou perda dos dentes^{1,15}.

No estudo de Menoli e colaboradores¹⁸, a fratura dental e o hematoma foram citados com mais frequência pelos acadêmicos e profissionais cirurgiões-dentistas como sinal bucal e corporal. Podendo observar também alterações comportamentais e lesões físicas, como hematomas, edemas, equimoses, escoriações, queimaduras, cortes, mordidas e fraturas. O referido estudo relata que é comum observar lesões na região do crânio ou couro cabeludo como marcas de espancamento e áreas de alopecia nas regiões frontais e parietais, decorrentes de puxões violentos do cabelo. Já na região dos olhos, é comum observar a presença de hematoma orbitário, hemorragias na retina e coágulos. Enquanto observa-se no nariz há fratura nasal e desvio de septo¹⁸. É possível identificar nos dentes fraturas, deslocamento, dentes com mobilidade ou avulsionados, raízes residuais múltiplas sem história plausível para esclarecer os ferimentos. Na maxila e mandíbula é possível observar sinais de fraturas no côndilo, ramos, sínfise, assim como presença de má oclusão incomum, podem estar associadas ao trauma atual ou a história de um trauma¹⁹.

No entanto o eritema ou petéquias no palato, especialmente na transição entre o palato duro e o mole, fissuras labiais ou do frênulo podem apontar para a possibilidade da prática sexual oral forçada. Apesar da evidência de lesões na cavidade oral supor abuso

sexual, tais sinais não são frequentemente observados¹⁵. Marcas de mordida de adulto em crianças estão geralmente associadas a alguma forma de abuso físico ou sexual, assim as marcas de mordida muitas vezes caracterizadas como hematomas são de difícil diagnóstico diferencial, até mesmo por estar muito presente na infância, sendo a suspeita mais evidente quando a natureza do ferimento for incoerente com o relato do responsável e da criança¹⁹.

Para a avaliação de uma marca de mordida, utiliza-se o teste padrão no qual as características importantes são identificadas, tais como a forma da dentição, dos dentes e as características anatômicas específicas do suspeito. Devido a isso a avaliação do tamanho do arco pode ser útil em determinar se o agressor foi um adulto ou uma criança, observando que se a largura de canino a canino for maior que três centímetros, a mordida provavelmente foi de um adulto, no entanto se for menor que três centímetros, pode ter sido causada por uma criança^{15,19}.

Indicadores de Negligência Odontológica

A negligência odontológica apresenta-se como uma atitude de descaso e irresponsabilidade dos pais ou responsáveis frente à condição de saúde da criança, deixando-a vulnerável a situações de dor e infecção, podendo ocasionar uma condição precária quanto à função e estética oral e ser definida como falha do pai ou responsável em procurar o tratamento para cárie visualmente não tratada, infecções bucais e dor, ou até mesmo falha em seguir completamente com o tratamento uma vez informado das condições bucais e possibilidades de terapia viável. Porém, diagnosticar a negligência odontológica em alguns casos torna-se extremamente difícil, visto que alguns obstáculos como os financeiros, intelectuais e sociais devem ser considerados antes que a decisão de denunciar seja tomada^{8,19}.

Baseando-se na suposição de que certas patologias bucais são com facilidade identificadas por pessoas leigas, têm-se os seguintes indicadores para a negligência odontológica: cárie rampante não tratada, sintomatologia dolorosa sem buscar tratamento, infecção, sangramento ou trauma afetando a região orofacial e falta da continuidade do tratamento odontológico após a identificação da patologia¹.

Devido a isso, quando a patologia bucal foi diagnosticada, o tratamento necessário foi explicado e compreendido pelos pais ou responsáveis e os obstáculos financeiros e de transporte foram eliminados, a ineficiência de um pai em buscar ou manter o tratamento se constitui em negligência. Porém, deve ser definida a negligência odontológica com precaução,

considerando sempre as circunstâncias que levaram à omissão dos responsáveis, pois a dificuldade dos pais em pagar pela terapia adequada e por considerar a cárie dentária como inerente à vida de qualquer pessoa são algumas razões para evitar o tratamento odontológico apropriado¹⁹. Além de que as crianças que se encontram em uma situação de negligência podem ser restringidas pelos seus agressores de realizarem atividades de higiene diárias normais, capaz de afetar sua qualidade de vida²⁰.

A Importância da Atuação do Profissional Cirurgião-Dentista Frente aos Casos de Maus-Tratos

O Código de Ética Odontológica, aprovado pelo Conselho Federal de Odontologia (CFO) por meio da Resolução CFO 118/2012, define no artigo 9º, incisos VII a IX, que é dever fundamental do profissional zelar pela saúde e pela dignidade do paciente; resguardar o sigilo profissional; promover a saúde coletiva no desempenho de suas funções, cargos e cidadania, independentemente de exercer a profissão no setor público ou privado²¹.

No entanto é importante lembrar que os maus-tratos infantis constituem um problema de saúde pública capaz de afetar todos os segmentos da sociedade, e o elevado percentual de injúrias na região de cabeça, pescoço e face colocam o cirurgião-dentista numa situação favorável para a sua identificação, podendo até mesmo ser o primeiro a detectar e denunciar os casos suspeitos de maus-tratos. A importância do diagnóstico precoce está em ajudar a família e a criança, evitando consequências de maior gravidade, permitindo o tratamento e prevenindo a recorrência^{1,18}.

Além disso, o estudo de Menoli e colaboradores¹⁸ afirmou ser de responsabilidade do cirurgião-dentista a denúncia dos casos de maus-tratos infantis, além de identificar os casos suspeitos e notificá-los às autoridades. Devido a isso qualquer situação suspeita ou confirmada de maus-tratos, o profissional de saúde deverá, inicialmente, realizar o atendimento emergencial dentro de sua competência e, em seguida, notificar o caso aos órgãos competentes, de acordo com a legislação vigente¹.

Segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), toda a suspeita de maus-tratos contra crianças e adolescentes deverá ser obrigatoriamente notificada aos órgãos de proteção como o Conselho Tutelar, com este a notificação de maus-tratos na infância foi instituída no Brasil, de acordo com o artigo 13 descrito pela Lei nº 13.010, de 2014 presente no ECA declara que o castigo físico foi proibido em 2014, e ficou conhecida como a lei do

menino Bernardo, o que menciona que “Os casos de suspeita ou confirmação de castigo físico, de tratamento cruel ou degradante e de maus-tratos contra criança ou adolescente serão obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade, sem prejuízo de outras providências legais”^{1,4,22}.

No entanto, o artigo 245 presente no ECA informa que nos casos do médico, professor ou responsável por estabelecimento de atenção à saúde e de ensino fundamental, pré-escola ou creche, deixar de comunicar à autoridade competente os casos de que tenha conhecimento, envolvendo suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente, o mesmo estará cometendo uma infração administrativa, podendo sofrer sanções e receber como pena, multa de três a vinte salários de referência, aplicando-se o dobro em caso de reincidência^{1,4}.

Em consonância com a lei 8.069 de 13 de julho de 1990 do ECA, a notificação compulsória de um ato de violência é obrigatória e está prevista na Portaria MS/GM nº204, de 17 de fevereiro de 2016 do Ministério da Saúde^{4,7}. Trata-se de uma ferramenta utilizada na vigilância epidemiológica em saúde que, mediante um sistema de registros, favorece o uso da informação. Por tratar-se de violência contra a criança e ao adolescente, deve ser compreendida como um instrumento capaz de permitir a adoção de medidas adequadas para garantir o direito da proteção social, essa estratégia tem sido considerada a principal forma de combater a violência contra as crianças¹.

A notificação é parte integrante e fundamental do atendimento à vítima de violência. E, para que seja adequada, é necessário que esse profissional esteja apto a identificar casos suspeitos ou confirmados e a notificá-los. A comunicação consiste no ato de informar aos órgãos competentes a ocorrência ou suspeita do fato, viabilizando a utilização das informações no planejamento das ações e políticas públicas, com o objetivo de reduzir a prevalência e incidência da violência²³.

A notificação compulsória de um ato de violência pode ser considerada como uma informação emitida pelo Setor 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. Ao notificar, inicia-se um processo capaz de interferir nas atitudes e comportamentos violentos no âmbito familiar ou por parte do agressor. A notificação não tem valor de denúncia policial, ou seja, quando um profissional de saúde realiza a notificação aos órgãos competentes ele está reconhecendo as demandas especiais e urgentes da vítima ao solicitar o

poder público à sua responsabilidade. Pode-se dizer que o profissional está informando ao Conselho Tutelar que esta criança e sua família precisam de auxílio^{1,23,24,25}.

Por fim, a ficha de notificação compulsória deverá ser preenchida em duas vias e encaminhada ao Serviço Social ou ao Programa de Prevenção e Atendimento às Vítimas de Violência conforme o ECA. Os casos envolvendo criança deverão ser notificados ao Conselho Tutelar local, caso não exista na localidade pode-se encaminhar para a Vara da Infância e Juventude. Já os casos de abuso sexual, violência física grave e negligência severa, deve-se notificar à delegacia Especial de Proteção à Criança e ao Adolescente ou à delegacia de Polícia mais próxima¹.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É de extrema importância que o profissional cirurgião-dentista esteja apto a identificar e diagnosticar os casos suspeitos de maus-tratos na infância, assim sabendo a forma correta de notificar e denunciar os casos suspeitos aos órgãos competentes e responsáveis, como às agências de proteção às crianças. Sabe-se que a denúncia de maus-tratos não é fácil, mas garantir a segurança da criança deve ser prioridade do odontólogo, evitando assim que outras agressões tornem a ocorrer, podendo assim ser capaz de zelar pelo bem estar das crianças. Além disso, relatar significa contribuir e assumir a responsabilidade profissional inerente à profissão odontológica.

REFERÊNCIAS

1. Souza, CE et al. Violência Infantil E A Responsabilidade Profissional Do Cirurgião-Dentista – Revisão De Literatura. Rev. Brasileira de Odontologia Legal – RBOL. p. 53-63, Santa Luzia: Minas Gerais, 2017.
2. Massoni, ACLT. Maus-tratos na infância e adolescência: Conhecimento e atitude de profissionais de saúde. Arq Odontol, p.71-77. Minas Gerais: Belo Horizonte, 2014.
3. Barbosa, IL et al. Conhecimento da equipe básica de Saúde da Família sobre notificação de maus tratos contra crianças e adolescentes no município de Pacajus – CE. Cadernos da Escola de Saúde Pública, v.3, p. 24-32. Ceará, 2009.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Presidência do BRASIL. Presidência da República. Lei 8.069, 13 jul. 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. ed.1. Brasília, 1990.

5. Rates et al. Violência infantil: uma análise das notificações compulsórias, Brasil. Rev. Ciência saúde coletiva. v.20, p. 655-665. Rio de Janeiro, 2015.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de vigilância de doenças e agravos não transmissíveis e promoção da saúde. Sistema de vigilância de violências e acidentes: 2009, 2010 e 2011. Brasília, 2013.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016. Define a lista nacional de notificação compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Brasília, 2016.
8. Silveira, JLGC; Mayrink, S; Sousa, OB. Maus-tratos na infância e adolescência: casuística, conhecimento e prática de cirurgiões-dentistas de Blumenau-SC. Rev. Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada, vol. 5, p. 119-126. Paraíba, 2005.
9. Biss, SP et al. Maus tratos infantis: avaliação do currículo dos cursos em odontologia. Rev. da ABENO. v. 15, p. 55-62. Curitiba: Paraná, 2015.
10. Marin, FS et al. O papel do profissional de saúde frente à violência e maus tratos na infância. Rev. Colloquium Vitae, v.7, p. 96-103. Presidente Prudente: São Paulo, 2015.
11. Campos, PCM. Odontopediatras e violência contra crianças e adolescentes: como eles atuam? Rev. Fluminense de Odontologia, v. 34, p.49-54. Rio de Janeiro, 2010.
12. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Viva: Vigilância de Violências e Acidentes, 2011 e 2012. Brasília. Ministério da Saúde, 2016.
13. Sales Peres, A. et al. Odontologia e o desafio na identificação de maus tratos. Rev. Odontologia Clínico-Científico, Recife, v.7, p. 185-189. 2008.
14. Assis, FRER; Ferreira, EB. Repercussões da violência doméstica contra crianças e adolescentes. Adolescência e Saúde, ed. 9, n. 2, p. 53-59. Rio de Janeiro, 2012.
15. Gondim, RMF; Munõz, DR; Petri, V. Violência contra a criança: indicadores dermatológicos e diagnósticos diferenciais. An Bras Dermatol. v.86, p.527-36. São Paulo, 2011.
16. Unicef, Fundo das Nações Unidas para a Infância, A Familiar Face: Violence in the lives of children and adolescents. Nova Iorque, 2017.
17. Pires, ALD; Miyazaki, MCOS. Maus-tratos contra crianças e adolescentes: revisão da literatura para profissionais da saúde. Arq Ciênc Saúde. v.12, p.42-9. São José do Rio Preto: São Paulo, 2005.
18. Menoli, AP et al. Manifestações bucais de maus tratos físicos e sexuais em crianças – conduta do cirurgião dentista. Rev. Varia Scientia, v. 07, p. 11-22. Paraná, 2009.

19. Massoni, ACLT. Aspectos orofaciais dos maus-tratos infantis e da negligência odontológica. Rev. Ciência e Saúde Coletiva, v.15, p. 403-410. Camaragipe: Pernambuco, 2010.
20. Moreira, GAR et al. Atuação do cirurgião-dentista na identificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes na atenção primária. Rev. Saúde Debate. v. 39, p. 257-267. Rio de Janeiro, 2015.
21. Conselho Federal de Odontologia. Resolução CFO nº 118, de 11 de maio de 2012. Revoga o código de ética odontológica aprovado pela Resolução CFO nº 42/2003 e aprova outro em substituição. Diário Oficial da União. Brasília; nº 114, p. 118, 14 jun 2012. Disponível: <https://bit.ly/2M5I0ARA>_Acesso em: 31/10/2018.
22. Brasil. Lei n. 13.010, de 26 de junho de 2014. Altera a Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), para estabelecer o direito da criança e do adolescente de serem educados e cuidados sem o uso de castigos físicos ou de tratamento cruel ou degradante, e altera a Lei n, 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2014/Lei/L13010.htm. Acesso em: 08/11 2018.
23. Oliveira, BG et al. Responsabilidade dos profissionais de saúde na notificação dos casos de violência. Rev. bioét. p.403-411. Bahia: Jequié, 2018.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Políticas de Saúde. Violência Intrafamiliar: orientações para prática em serviço. Brasília. Ministério da Saúde. 2002.
25. Condori, PLP et al. Maus-tratos na infância e adolescência: percepção e conduta de profissionais de nível superior que atuam na estratégia saúde da família. Rev. RSBO. v. 15, p.34-40. Curitiba, 2017.