

Manual de Prevenção dos Maus Tratos Infantis para Cirurgiões-Dentistas



Prof. Dr. Luís Antônio de Filippi Chaim

Introdução

A violência passa pelas nossas vidas diariamente e mesmo não nos impondo sofrimento direto, mas, indiretamente, pode afetar as pessoas que conosco vivem em nossos lares, nas escolas e mesmo no trabalho.

A violência não escolhe dia, horário, classe social, raça, credo ou idade; todos nós podemos nos envolver com ela, quer sofrendo suas conseqüências, quer gerando-as. Assim, muitas pessoas que não se encontram em condições de se proteger ou tomar atitudes para controlá-la, como as crianças, ficam à sua mercê, sem qualquer possibilidade de defesa.

Crianças têm sido maltratadas e, sofrido de inúmeras e de variadas formas de violência, através de maus tratos físicos, psíquicos, abuso sexual e outros.

Quando abordamos a questão dos maus tratos infantis, devemos considerar as diversas implicações que este tema apresenta, como o desconhecimento da verdadeira proporção que esta problemática pode trazer, a diversidade de opiniões acerca das definições e responsabilidades, diagnóstico e classificação, problemas relacionados às raízes culturais e históricas, investigação e repercussões sociais e de atendimento terapêutico às vítimas, bem como a prevenção dos abusos infantis. (CHAIM et al, 2000).

HIBBARD & SANDERS (1995), observaram que os maus tratos nem sempre são intencionais, as expressões ativas ou passivas da raiva contra crianças muitas vezes são o resultado de um ato momentâneo, não caracterizando uma atitude dolosa, contudo acabam em algumas circunstâncias por estabelecer lesões significativas e mesmo até o óbito.

A ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS) em 1997 estimou que uma, entre 5000 a 10000 crianças abaixo de 5 anos de idade morre a cada ano, vítima de violência física, contudo estes dados (oficiais) normalmente são muito menores e que uma entre 1000 ou mesmo até uma entre 180 crianças em muitos países, necessitam de cuidados de saúde em conseqüência de maus tratos a

cada ano. De entrevistas realizadas com crianças e jovens da Finlândia, Coréia e EUA, observou-se que entre 5% a 10% destas crianças já haviam sofrido experiências de violência durante a infância e ainda nos EUA, 4 em cada 5 mortes, num estudo com 173 crianças menores de 3 anos de idade, poderiam ter sido prevenidas caso os médicos tivessem relatado a violência às autoridades competentes.

A violência, dentro da própria família, se mostra de variadas formas, sendo a agressão física a mais fácil de ser identificada, normalmente provocada por um indivíduo adulto ou mais velho. Esta forma de violência é também um mal que não distingue sexo, religião, raça ou classe social. As ações que caracterizam o abuso físico podem ser únicas ou repetidas, sem ter o caráter acidental, provocando danos físicos leves até os mais severos. Quanto aos maus tratos realizados no ambiente familiar, estes vão desde pequenas palmadas tidas como educativas ou corretivas, até tapas, espancamentos, queimaduras, deixando marcas e cicatrizes físicas evidentes; porém, quando se trata de maus tratos psicológicos, o diagnóstico se torna difícil, principalmente por não deixar marcas ou evidências imediatas; são atitudes como: a discriminação, o desprezo e a depreciação, ameaças, chantagens e outras. (PATEL & GUSHURST, 1999).

RUPP (1999) explicitou os diversos tipos de maus tratos: físicos, psicológicos, negligência e abuso sexual; determinando que para se caracterizar abuso sexual, devem ser considerados: o ato sexual ou a exposição indecente da criança, toques impróprios (palpação em locais inadequados), exposição inadequada de crianças em situações onde há sexo explícito, prostituição, incesto, pornografia e estupro. Para as situações de maus tratos físicos, são consideradas todas as lesões sofridas pela criança a partir do uso excessivo da força física. Quanto ao abuso psíquico ou emocional, a coerção, a depreciação em atos ou palavras que possam influir no desenvolvimento de uma personalidade sadia pela criança. Negligência pode ser avaliada como toda falta ou falha no suprimento das necessidades básicas de uma criança, como a alimentação, o vestuário, a moradia ou abrigo, além dos cuidados médicos e odontológicos básicos.

Quanto à atuação e responsabilidade do cirurgião dentista diante da problemática dos casos de violência contra crianças, deve-se levar em consideração a necessidade de atitudes preventivas; os cirurgiões-dentistas de acordo com WARNICK (1991) deveriam atuar no auxílio à eliminação da dor, sofrimento e principalmente evitando mortes de crianças em consequência de maus tratos. Segundo o mesmo autor, existem somente duas categorias de crianças que foram vítimas de maus tratos: as que sobrevivem e as que não.

Considerando os três níveis de atuação preventiva para os casos de maus tratos infantis, descritos por PHEBO em 1992, pode-se dizer que o cirurgião-dentista apresenta condições de atuar nos três. Em nível primário, como qualquer indivíduo, tentando reduzir ou eliminar os fatores sociais, culturais e ambientais que predispõe aos maus tratos, especialmente no ambiente familiar. Em nível secundário, ao perceber os casos de risco ou suspeita de maus tratos, detectando precocemente a situação de risco potencial, interceptando ou impedindo a violência ou sua continuidade. No terceiro e último nível, acompanhando integralmente a vítima, auxiliando-a no processo de recuperação, principalmente das seqüelas físicas advindas da situação violenta.

Conforme descreveram EWIGMAN et al. em 1993, a real incidência de mortes, ocasionadas por maus tratos, geralmente é subestimada, aproximadamente em 50%, devido às inadequadas formas de investigação, falta de cooperação e partilha de informações entre os pesquisadores e sistemas de recepção de relatos, que acabam falhando em detectar a real contribuição dos maus tratos para os casos que vão a óbito.

Vários profissionais, médicos, cirurgiões-dentistas, professores, que mantém contato cotidiano com crianças, se encontram em uma situação privilegiada para o reconhecimento de maus tratos, podendo de forma decisiva auxiliar crianças e adolescentes vitimados. (NOGUEIRA, 1994; CHAIM, 2001; CHAIM et al, 2004; CHAIM et al, 2006).

Prevenindo através do Diagnóstico

Diversos autores têm afirmado a importância do cirurgião-dentista na suspeição ou confirmação de casos de abuso infantil, por estarem numa ótima situação para detectar sinais de maus tratos, já que uma grande parte dos traumas físicos cometidos contra crianças ou adolescentes encontra-se nas áreas da cabeça, face e pescoço. (BECKER et al., 1978; CROLL et al., 1981; WRIGHT & THORNTON, 1983; CASAMASSIMO, 1984; CHAIM, 2001; CHAIM et al, 2004; CHAIM et al, 2006; SANGER, 1984; SCHIMITT, 1986; FONSECA et al., 1992; KVAAL, 1993; JESSEE, 1995; MOUDEN, 1996; SFIKAS, 1996; DHAR & TANDON, 1998; RIVERA & FURMAN, 1998; VIEIRA et al., 1998; RUPP, 1999; LOUZADO et al., 2001).

Características dos maus tratos a serem observadas

Características Físicas Externas

- * Marcas de mordidas humanas em qualquer parte do corpo. (Figura 1)
- * Marcas ou cicatrizes demonstrando o uso de objetos para as agressões, como cintos, fivelas, porretes, cabos de vassoura, entre outros. (Figura 2)
- * Machucaduras diversas, em qualquer parte do corpo e em especial na face. (Figura 3)
- * Machucaduras com estágios cicatriciais diferenciados, demonstrando a repetição dos atos de violência.
- * Queimaduras com pontas de cigarro.
- * Queimaduras nas mãos ou nos pés, com formas de “meias” ou “luvas”, indicando a imersão dos membros em líquidos quentes.
- * Queimaduras nos pulsos, provocadas por amarrias com cordas, indicando o confinamento ou aprisionamento.
- * Queimaduras secas, indicando que a criança foi obrigada a sentar em uma superfície quente ou foi encostado um instrumento quente sobre a sua pele.
- * Lacerações e lesões nos lábios, olhos ou qualquer porção da face da criança. (Figura 4)
- * Ausência de cabelo e ou presença hemorrágica no couro cabeludo, indicando puxões vigorosos dos cabelos.
- * Hemorragias oculares (retina) ou deslocamento (retina).



Figura 1 – Marcas de mordidas humanas.



Figura 2 - Marcas ou cicatrizes demonstrando o uso de objetos para as agressões.



Figura 3 - Machucaduras diversas, em qualquer parte do corpo e em especial na face.



Figura 4 - Lacerações dos lábios, olhos ou qualquer porção da face da criança.

Características Intrabucais

- * Lacerações nos freios labiais. (Figura 6)
- * Hemorragias, hematomas, traumas diversos, dentes amolecidos, fraturados ou perdidos. (Figura 7)
- * Evidências de doenças venéreas na boca ou de sexo oral forçado, como ferimentos palatais.
- * Negligência odontológica, caracterizada pela falta de vontade dos pais, ou responsáveis, em prover ou obter tratamentos adequados para doenças bucais, ou qualquer outra condição dos dentes ou estruturas de suporte.

Exemplos de negligência odontológica:

- Dificuldade de alimentação e mastigação dos alimentos.*
- Dores não tratadas, infecções, sangramento ou traumas que afetam a região orofacial.*
- Falta ou atraso no crescimento e desenvolvimento craniofacial da criança.*
- Cáries rampantes não tratadas e facilmente detectadas por pessoas não habilitadas ao diagnóstico (leigas).*
- História de ausência de continuidade de tratamento após a identificação de uma patologia bucal.*
- Dificuldade ou impossibilidade da criança em realizar diariamente suas tarefas ou atividades, como jogar, brincar ou ir à escola, devido aos seus problemas odontológicos.*



Figura 6 - Lacerações nos freios labiais



Figura 7 - Hematomas, traumas diversos e dentes amolecidos.

Características Físicas Internas

Diversas regiões do corpo com sinais de traumas ou fraturas (Figura 8):

- nasais e ou dos ossos faciais.
- do osso externo ou da escápula.
- dos ossos cranianos.
- da coluna vertebral.
- das costelas.
- nas pontas dos ossos longos.
- em espiral.
- no perióstio.
- recorrentes nos mesmos locais.



Figura 8 – Diversas fraturas pelo corpo.

Lesões internas causadas por socos na região mediana do abdômen:

- Hematomas duodenais.
- Rupturas da veia cava inferior.
- Peritonites (inflamações nos revestimentos da cavidade abdominal).
- Lacerações no fígado, baço ou pâncreas.
- Lesões renais.
- Abdômen rígido ou flacidez abdominal.

Características Psicológicas e outras

(Crianças que sofreram de abuso psíquico ou emocional, desenvolvem certos comportamentos típicos. Muitos desses comportamentos são comuns a todas as crianças uma vez ou outra, mas quando estão fortemente presentes num número suficiente de vezes, sendo a característica de conduta geral de uma criança, pode ser um indicativo de abuso).

- Muito Cuidadosa ou alerta no contato com adultos.
- Apreensão quando há choro de outras crianças.
- Amedrontada quanto ao retorno ao lar. Medo dos pais.
- Demasiada concordante e passiva.
- Extremamente agressiva, exigente, furiosa, e, algumas vezes hiper-ativa, ocasionado pela frustração ou desejo de obter atenção por qualquer meio, ou extremamente dependente.
- Retardamento no desenvolvimento das habilidades motoras, treinamento para higiene corporal, problemas quanto à socialização ou linguagem. Este retardamento também pode significar alterações no sistema nervoso central, causados por abuso psíquico, negligência médica ou nutricional ou estimulação inadequada.
- A criança está suja, despenteada ou demonstra pobre higiene pessoal.
- A criança está mal vestida para as condições do tempo. Em alguns casos a criança está usando roupas para encobrir as marcas das lesões ou machucaduras.
- Há evidências de pouca ou nenhuma supervisão dos responsáveis nas atitudes das crianças, como nas repetidas quedas ao subir escadas, repetida ingestão de substâncias tóxicas ou perigosas, crianças que são cuidadas por outras crianças ou está sem nenhuma supervisão nas ruas ou locais públicos.
- Criança com distúrbios psíquicos ou mentais são muito vulneráveis e são também, muitas vezes, alvos de abuso, devido a sua dificuldade em lidar com suas necessidades.

O que fazer após o diagnóstico positivo de maus tratos infantis?

Comunicar o fato às autoridades competentes

No “Art. 13” do Estatuto da Criança e do Adolescente, criado pela lei federal nº 8.069, de 13 de julho de 1990, com a intenção de proteger a criança e o adolescente contra qualquer forma de abuso, observamos que – *“Os casos de suspeita ou confirmação de maus tratos contra a criança ou o adolescente serão obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade, sem prejuízo de outras providências legais”*.

No “Art. 245 – *Deixar o médico, professor ou responsável por estabelecimento de atenção à saúde e de ensino fundamental, pré-escola ou creche, de comunicar à autoridade competente os casos de que tenha conhecimento, envolvendo suspeita ou confirmação de maus tratos contra criança ou adolescente. Pena: multa de três a vinte salários de referência, aplicando-se o dobro em caso de reincidência”*.

No “Art. 262 – *Enquanto não instalados os Conselhos Tutelares, as atribuições a eles conferidas serão exercidas pela autoridade judiciária”*.

Portanto, em face da suspeita ou confirmação de abuso infantil, quer seja físico, psíquico, sexual ou negligência, deve-se comunicar ao Conselho Tutelar do Município em questão ou como confirma o Art. 262 do Estatuto da Criança e do Adolescente, no caso da falta do Conselho Tutelar, deve-se comunicar ao Juizado da Infância e da Juventude.

No artigo 245, ao verificarmos que, deixando o “*responsável por estabelecimento de atenção à saúde*”, em especial o cirurgião dentista, de notificar o caso, além da omissão, que poderá estabelecer ainda a manutenção da violência contra a criança e todas as suas possíveis implicações, também poderá, o mesmo, ser punido na forma da Lei.

Como Comunicar os fatos à autoridade competente?

A comunicação ao Conselho Tutelar ou Juizado de Menores (Juizado da Infância e da Juventude), poderá ser feita através de telefone ou por escrito, como exemplo abaixo:

Ao Conselho Tutelar do Município _____.

*(Nome do autor da denúncia – Médico, **Cirurgião-Dentista**, Professor, Escola, Hospital, ou qualquer outra Entidade) vem, por meio desta, fundamentado no Art. 245 do Estatuto da Criança e do Adolescente, comunicar o caso de (suspeita/confirmação) de maus tratos contra a criança ou adolescente (nome da criança ou adolescente), que foi diagnosticada com sinais de abuso (no caso da criança ou adolescente estar internada em um Hospital, indicar o local), estando a partir deste momento, aguardando as providências desse Conselho.*

(Podem ser anexados ainda, os relatórios sobre o caso).

Atenciosamente,

(Autor da denúncia), cidade e data.

Pode-se sugerir ainda, que os cirurgiões-dentistas, mantenham uma documentação adequada dos casos de maus tratos identificados, e, se possível, com fotografias das lesões detectadas e diagnosticadas, já que, algumas delas, podem sumir com o tempo; contudo, se nos casos relatados, forem tomadas providências rápidas, um exame de corpo de delito, acabará por documentar as lesões encontradas.

Referências Bibliográficas

BECKER, D. B.; NEEDLEMAN, H. L.; KOTELCHUCK, M. - *Child Abuse and Dentistry: Orofacial Trauma and its Recognition by Dentists*. J Am Dent Assoc, v.97, n.1, p24-28, 1978.

BRASIL, Leis, Decretos, etc. – *Estatuto da Criança e do Adolescente*. Brasília, Ministério da Ação Social, 56p, 1990.

CASAMASSIMO, P. S. – *Oral Facial Lesions in Sexual Abuse*. In: SANGER, R. G. & BROSS, D. C. – *Clinical Management of Child Abuse and Neglect. A Guide for the Dental Professional*. 1.ed. Chicago, Quintessence Pub. Co. Inc., p43-51, 1984.

CHAIM, L. A. F.; DARUGE, E.; GONÇALVES, R. J. - *Criança Maltratada e a Odontologia: Conduta, Percepção e Perspectivas. Uma Visão Crítica*. [On Line] Disponível na [www. http:// odontologia .com.br/ artigos/crianca-maltratada.html](http://odontologia.com.br/artigos/crianca-maltratada.html) [citado em 14 de julho de 2000].

CHAIM, L. A. F. – *A Responsabilidade Ética e Legal do Cirurgião-Dentista em Relação à Criança Maltratada* – Dissertação de Doutorado apresentada à Faculdade de Odontologia de Piracicaba da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP, Piracicaba, 125p, 2001.

CHAIM, L. A. F. et al – *Maus-Tratos Infantis – Avaliação da Capacidade de Diagnóstico dos Cirurgiões-Dentistas*, Rev Assoc Paul Cir Dent, v.58, n.1, p42-46, 2004.

CHAIM, L. A. F.; GONÇALVES, R. J.– *A responsabilidade ética e legal do cirurgião-dentista em relação à criança maltratada*. Rev ABO Nac., v.14, n.1, p19-24, 2006.

CROLL, T. P.; MENNA, V. J.; EVANS, C. A. - *Primary Identification of an Abused Child in Dental Office: A Case Report*. Ped Dent, v.3, n.4, p339-342, 1981.

DHAR, V.; TANDON, S. – *Bite Mark Analysis In Child Abuse*. J Indian Soc Pedod Prev Dent, v.16, n.3, p96-102, 1998.

EWIGMAN, B.; KIVLAHAN, C.; LAND, G. – *The Missouri Child Fatality Study: Under-reporting of Maltreatment Fatalities Among Children Younger than Five Years of Age, 1983 through 1986*. Pediatrics, v.91, n.2, p330-337, 1993.

FONSECA, M.; FEIGAL, R.; ten BENSEL, R. – *Dental Aspects of 1248 Cases of Child Maltreatment on File at a Major County Hospital*. Ped Dent, v.14, p152-157, 1992.

HIBBARD, R. A.; SANDERS, B. J. – *Negligência e Abuso da Criança*. In: MCDONALD, R. E. & AVERY, D. R. – *Odontopediatria*. 6^a ed., Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, p17-22, 1995.

JESSEE, S. A. – *Orofacial Manifestations of Child Abuse and Neglect*. Am Fam Physician, v.52, n.6, p1829-1834, 1995.

KVAAL, S. I. – *Oral Injuries in Cases of Child Abuse*. Rev Bel Med Dent, v.48, n.1, p49-53, 1993.

LOUZADO, M.; ARAÚJO, C. H.; SCARIOT, F.; DORNELLES, M. S. O.; PRADO, D. – *Manifestações Oraís em Crianças Abusadas Sexualmente*. R B O, v.58, n.1, p33-34, 2001.

MOUDEN, L. D. – *Prevent Abuse and Neglect through Dental Awareness*. ADA's Council on Access, Prevention and Interprofessional Relations. ADA. 1996.

NOGUEIRA, M. A – *O Papel da Escola na Prevenção dos Maus Tratos na Infância e Adolescência*. Rev Bras Saúde Esc, v.3, n.1, p241-243, 1994.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS) – *Child Abuse and Neglect*. Fact Sheet N150, Março de 1997.

PATEL, D. R.; GUSHURST, C.– *Medical Evaluation of Child Abuse*. Indian J Pediatr, v.6, n.4, p577-587, 1999.

PHEBO, L. B. – *Maus Tratos: Prevenção é a Solução*. J ABRAPIA, v.2, n.6, p6, 1992.

RIVERA, M. P.; FURMAN, E. – *Hallazgos Clinicodentales em Niños Sugestivos de Maltrato Infantil*. Univ Odontol, v.17, n.36, p59-64, 1998.

RUPP, R. P. – *Recognizing Child Abuse and Neglect: A Survey of Kansas Dental Offices*. J Kansas Dent Assoc, v.84, n.4, p20-24, 1999.

SANGER, R. G. - *Oral Facial Injuries in Physical Abuse*. In: Sanger, R.G.; Bross, D.C. *Clinical Management of Child Abuse and Neglect. A Guide for the Dental Professional*. 1ª ed. Chicago, Quintessence Publishing Co., p37- 41, 1984.

SCHIMITT, B. D. - *Types of Child Abuse and Neglect: An Overview for Dentists*. Ped. Dent., v.8, p67-71, 1986.

SFIKAS, P. M. – *Does the Dentist Have an Ethical Duty to Report Child Abuse?* J Am Dent Assoc, v.127, n.4, p521-523, 1996.

VIEIRA, A. R.; MODESTO, A.; ABREU, V. I. - *Avaliação dos Casos de Abuso Infantil do Hospital Municipal Souza Aguiar (Rio de Janeiro) e sua Relação com o Cirurgião-Dentista*. Ped Atual, v.11, n.1/2, p21-32, 1998.

WARNICK, A J. – *We Can Prevent Murder!* J Mich Dent Assoc, v.73, n.3, p33-35, 1991.

WRIGHT, J. T.; THORNTON, J. B. – *Osteogenesis Imperfecta with Dentinogenesis Imperfecta: A Mistaken Case of Child Abuse*. Ped Dent, v.5, n.3, p207-209, 1983.