

EDUARDO ANTONIO DE SOUZA

**AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO E CONDUTA
DE MÉDICOS E CIRURGIÕES-DENTISTAS SOBRE
MAUS – TRATOS E VIOLÊNCIA CONTRA A
CRIANÇA E O ADOLESCENTE**

EDUARDO ANTONIO DE SOUZA

**AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO E CONDUTA DE
MÉDICOS E CIRURGIÕES-DENTISTAS SOBRE MAUS –
TRATOS E VIOLÊNCIA CONTRA A CRIANÇA E
ADOLESCENTE**

**Dissertação apresentada à Faculdade de
Odontologia da Universidade Estadual
Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, – UNESP
- Câmpus de Araçatuba, para obtenção do
título de Mestre em Odontopediatria.**

Orientadora: Profa. Dra. Sandra Maria Herondina Coelho Ávila de Aguiar

ARAÇATUBA

2002

EDUARDO ANTONIO DE SOUZA

**AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO E CONDUTA DE
MÉDICOS E CIRURGIÕES-DENTISTAS SOBRE MAUS –
TRATOS E VIOLÊNCIA CONTRA A CRIANÇA E O
ADOLESCENTE**

COMISSÃO JULGADORA

DISSERTAÇÃO PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE

Presidente e Orientadora: Profa. Dra. Sandra Maria Herondina Coelho
Ávila de Aguiar

2º Examinador: Prof. Titular Dr. Wilson Galhego Garcia

3º Examinador: Prof. Titular Dr. Célio Percinoto

Araçatuba, 19 de dezembro de 2002.

DADOS CURRICULARES

<i>NASCIMENTO</i>	15.04.1971 – ILHA SOLTEIRA/SP
<i>FILIAÇÃO</i>	Benedito de Souza Maria Benedita de Souza
<i>1990 - 1993</i>	Curso de Graduação na Faculdade de Odontologia da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Câmpus de Araçatuba – UNESP
<i>1994 – 2001</i>	Cirurgião – Dentista concursado junto à Prefeitura do município de Cosmorama / SP, responsável pela assistência às Crianças da Rede Municipal de Ensino Fundamental
<i>1999 - 2000</i>	Aluno Especial do Curso de Pós-Graduação em Odontopediatria, na Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP
<i>2000</i>	Professor da Faculdade de Odontologia de Lins - UNIMEP – Disciplina de Odontopediatria II
<i>2001 - 2002</i>	Curso de Pós-Graduação em Odontopediatria, nível de Mestrado, na Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP
<i>ASSOCIAÇÕES DE CLASSE</i>	Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas Associação Brasileira de Ensino Odontológico Sociedade Brasileira de Pesquisa Odontológica

AGRADECIMENTO

A DEUS, O GRANDE ARQUITETO DO UNIVERSO

Que aponta caminhos e age através de cada pessoa que passa pela minha vida.

*Obrigado Senhor pelas chances e oportunidades,
Por me fazer entender que tua ciência será sempre infinita.*



AO MEU FILHO

GABRIEL LARAYA DE SOUZA,

Em você, a nossa eternidade.

Fonte de vida, inspiração, devoção e respeito.

*Por você e somente por ti, tive forças o suficiente
para iniciar e concluir este estudo.*

Luz da minha vida, eterna fonte de amor e carinho.

Você representa a pureza, a vida, o amor, a esperança, o futuro.....

Amo-te Meu Filho!

*“ Eis que eu envio um anjo adiante de ti,
para guardar-te pelo caminho,
e conduzir-te ao lugar que te tenho preparado”*

Êxodo 23:20

ALESSANDRA LARAYA,

*“ C’est une ame que son âme demande....
qui s’attache à elle avec tant de
force at qui souffre avec tant de
bonheur son étreinte, que rien ne
puisse plus lés séparer..... ”*

Jules Simon

A quem continuo devendo todas as minhas paixões.

Amiga, mãe, mulher.

*Pelo companheirismo, compreensão e eterno incentivo à minha carreira,
aumentando minha força a cada dia pelo seu infinito amor!*

*Quem me mostrou o que é Ter garra, enfrentar e superar as adversidades,
sonhar e realizar, doar sem esperar algo em troca, enfim, o que é ser Mãe!*

Obrigado pelo respeito e dedicação.

*Obrigado por estar ao meu lado,
mas principalmente do nosso Filho!*

*“ Há duas formas para viver a vida:
uma é acreditar que não existe milagre,
a outra é acreditar que todas as coisas são um milagre ”*

Albert Eistein

Dedico este trabalho

*Aos meus pais, Benedito e Nininha,
exemplos de perseverança, pelo amor, dedicação, desprendimento e apoio
constante. Por ensinar-me que a simplicidade da existência, o amor, a dedicação,
a verdade ao olharmos nos olhos de quem nos ouve ou de quem nos diz alguma
coisa, e o respeito ao próximo são elementos básicos para a vida.
Obrigado por tudo que representam e me deram nesta vida!*

*Aos meus irmãos, Rogério, Fernando, Rafael,
a Marta e Murilo, pela compreensão nas horas de
ausência, pelo incentivo e pelos momentos de alegria e amizade.*

*À família Laraya,
pela compreensão, incentivo e respeito.
Obrigado por tudo que representam. Devo muito a vocês.*

Aos meus avós,

Aos meus tios,

Aos meus primos,

*“Pelas orações, pelo carinho,
Por fazerem parte de minha vida!”*

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

“O fator que mais contribui para o bem estar do homem é o trabalho incessante e a felicidade que dele decorre, tornando um prazer. Jamais o coração sente maior alegria do que quando encontramos o trabalho que nos convém”. (Humdeoldt)

À minha orientadora Professora Doutora Sandra Maria Herondina Coelho Ávila de Aguiar, pela amizade, dedicação, aconselhamentos, confiança, incentivo e pela orientação segura e admirável. Exemplo de carinho, atenção e respeito aos Pacientes Especiais.

Ao meu amigo, companheiro, mestre, irmão e incentivador Professor Doutor Célio Percinoto, com quem tenho o privilégio de conviver durante estes anos, por todos os seus ensinamentos, conselhos e por tudo o que sou hoje. Exemplo de dedicação à pesquisa e respeito às crianças.

Um professor merece esse título quando é, verdadeiramente, aquele que professa, que dá testemunho, através de sua vida, aos seus alunos.

Orgulho-me ser aluno, ainda e sempre...

Obrigado meus professores.

À Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP, na pessoa dos professores Dr. Francisco Antonio Bertoz, digníssimo Diretor e Dr. Éder Ricardo Biazolla / Paulo Roberto Botacin, digníssimos Vice – Diretores.

Ao Curso de Pós-Graduação em Odontologia, área de concentração Odontopediatria, da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP, na pessoa de seu coordenador Prof. Dr. Célio Percinoto, pela oportunidade e condições oferecidas para a realização deste trabalho.

Aos docentes da disciplina de Odontopediatria da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP, Prof. Dr. Alberto Carlos Botazzo Delbem, Prof. Dr. Célio Percinoto, Prof. Dr. Robson Frederico Cunha, Profa. Dra. Rosângela Santos Nery e Profa. Dra. Sandra Maria Herondina Coelho Ávila de Aguiar, exemplos de brilhantismo em nossa profissão, pela convivência agradável e amizade.

Aos meus amigos de turma Daniela, Fabiano, Leandra, Sueli e Ana Elisa, companheiros maravilhosos que tive a sorte de conhecer nesta caminhada, pelos momentos de alegria e companheirismo.

Ao corpo docente da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP, meus eternos professores, pelas orientações valiosas, ensinamentos, formação, educação e convivência sempre alegre.

Aos funcionários da disciplina de Odontopediatria da UNESP – Araçatuba, Maria Bertolina, Mário, Maria e Cleide, pelo auxílio indispensável e convivência sempre alegre.

À Professora Doutora Rossana Abud Cabrera Rosa, pelo incentivo, confiança, aconselhamentos, oportunidades, momentos de alegria e amizade.

Aos colegas Alessandra, Cíntia, Fabíola, Karina, Leila, Maurício, Fernanda Gorini, Cristiane Ogata, Rodrigo, Daniel, Braz, pela convivência, orientações, apoio e incentivos constantes.

Aos meus tios José Ribeiro e Marilene; primos: Júlio, Milena e Lucas, Gláucia e Renê, Pedro José; Obrigado pelo respeito, dedicação, mas principalmente pela Amizade.

Aos funcionários da Biblioteca da UNESP – Araçatuba, Isabel, Izamar, Helena, Luzia, Ivone, Cláudio, Maria Cláudia, Marina, Alexandra, Marta e Cláudia, que realizam seu trabalho de forma eficiente, pela atenção, respeito, companheirismo e afeto com que sempre recebem.

À Adélia e Marina, funcionárias da Seção de Pós-Graduação da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP, pelo profissionalismo e atenção sempre carinhosa.

À Coordenadoria de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pela concessão de recursos que possibilitou a realização deste Curso de Mestrado.

Às Bibliotecárias Izamar da Silva Freitas e Isabel Pereira de Matos, pela revisão bibliográfica criteriosa deste estudo.

CAROLYNE,

Se Eu Morrer Antes De Você...

*Se eu morrer antes de você, faça-me um favor: chore o quanto quiser, mas não brigue com Deus por Ele haver me levado.
Se não quiser chorar, não chore.
Se não conseguir chorar, não se preocupe.
Se tiver vontade de rir, ria.
Se alguns amigos contarem algum fato a meu respeito, ouça e acrescente sua versão.
Se me elogiarem demais, corrija o exagero.
Se me criticarem demais, defenda-me.
Se me quiserem fazer um santo, só porque morri, mostre que eu tinha um pouco de santo, mas estava longe de ser o santo que me pintam.
Se me quiserem fazer um demônio, mostre que eu talvez tivesse um pouco de demônio, mas que a vida inteira eu tentei ser bom e amigo.
Espero estar com Ele o suficiente para continuar sendo útil, lá onde estiver.
E se tiver vontade de escrever alguma coisa sobre mim, diga apenas uma frase:
- "Foi meu amigo, acreditou em mim e me quis mais perto de Deus!"
Aí, então, derrame uma lágrima.
Eu não estarei presente para enxugá-la, mas não faz mal.
Outros amigos farão isso no meu lugar.
E, vendo-me bem substituído, irei cuidar de minha nova tarefa no céu.
Mas, de vez em quando, dê uma espiadinha na direção de Deus.
Você não me verá, mas eu ficaria muito feliz vendo você olhar para Ele.
E, quando chegar a sua vez de ir para o Pai, aí, sem nenhum véu a separar a gente, vamos viver, em Deus, a Amizade que aqui nos preparou para Ele.
Você acredita nessas coisas?
Então ore para que nós vivamos como quem sabe que vai morrer um dia, e que morramos como quem soube viver direito.
Amizade só faz sentido se traz o céu para mais perto da gente, e se inaugura aqui mesmo o seu começo.
Mas, se eu morrer antes de você, acho que não vou estranhar o céu...
"Ser seu AMIGO... já é um pedaço dele..."*

Chico Xavier

*Esta página dedico a todas as pessoas que,
diretamente ou indiretamente, participaram, conviveram,
torceram, ajudaram, compreenderam a minha situação
durante toda essa etapa de minha vida...*

Meu muito obrigado!

*Vocês que não foram citadas aqui,
estão no meu coração, e assim com
esse apoio pude chegar até aqui!*

*“Crueldades cometidas contra crianças pequenas
fazem parte da história da humanidade,
sem falar do direito de vida ou de morte dado ao pai sobre seus filhos.
Somente em meados do século XIX
começa a se esboçar uma preocupação com a criança,
que passa a ser encarada como uma pessoa em formação”
(Delgado & Fisberg)*

1	INTRODUÇÃO	20
2	REVISÃO DA LITERATURA	29
3	RELATOS DE CASOS CLÍNICOS.....	153
4	PROPOSIÇÃO	163
5	METODOLOGIA	165
6	RESULTADO	169
7	DISCUSSÃO	188
8	CONCLUSÃO	212
9	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS ...	214
10	RESUMO	233
11	ABSTRACT	235

LISTA DE ABREVIATURAS

ABRAPIA	Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e à Adolescência
ADA	Associação Dentária Americana
ANZSPD	Sociedade de Odontopediatria Australiana e da Nova Zelândia
ASE	Sociedade Australiana de Endodontia
ASI	Abuso Sexual Infantil
CAN	Criança Abusada e Negligenciada
COMDICA	Conselho Municipal de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente
CPS	Serviço Proteção à Criança
CRAMI	Centro Regional de Atenção aos Maus-tratos na Infância
DST	Doença Sexualmente Transmissível
EUA	Estados Unidos América
Êxo	Êxodo
FEBEM	Fundação Estadual do Bem-Estar do Menor
Gên	Gênesis
Mt	Mateus
NAI	Injúria Não Acidental
NG	New Graduate – Diplomado Novo
REED	Radiografia esôfago-estômago-duodeno
RO	Registro de ocorrência
SCAN	Suspeita de Criança Abusada e Negligenciada
SIBE	Síndrome Bebê Espancado
SNC	Sistema Nervoso Central
UNICEF	United Nations Children's Fund

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	<i>Relação de pacientes pediátricos com diagnóstico de Condiloma acuminado segundo Paschoal et al. (1994)¹²⁴.....</i>	158
Tabela 2	<i>Distribuição da população, em números absolutos, dos profissionais analisados.....</i>	169
Tabela 3	<i>Proporção de cirurgiões-dentistas pesquisados em relação à especialidade.....</i>	169
Tabela 4	<i>Distribuição percentual de acordo com o ano de formatura.....</i>	170
Tabela 5	<i>Número de profissionais distribuídos nos locais de trabalho.....</i>	170
Tabela 6	<i>Distribuição dos profissionais de acordo com o local de graduação.....</i>	171
Tabela 7	<i>Distribuição dos órgãos de proteção à criança citados por Cirurgiões-dentistas.....</i>	173
Tabela 8	<i>Proporção de médicos pesquisados em relação à especialidade.....</i>	174
Tabela 9	<i>Distribuição percentual de acordo com o ano de formatura.....</i>	175
Tabela 10	<i>Número de profissionais distribuídos nos locais de trabalho.....</i>	175
Tabela 11	<i>Distribuição profissionais com relação ao local de graduação.....</i>	176
Tabela 12	<i>Distribuição dos órgãos de proteção à criança citados por Médicos.....</i>	178
Tabela 13	<i>Órgãos de proteção à criança citados.....</i>	183

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1	<i>Representação gráfica dos resultados provenientes da questão 1, que avalia quanto ao conhecimento de médicos e cirurgiões-dentistas a respeito da Violência contra a criança.....</i>	<i>179</i>
FIGURA 2	<i>Representação gráfica dos resultados provenientes da questão 2, que avalia aptidão dos profissionais em suspeitar do diagnóstico diferencial ou sinal clínico.....</i>	<i>179</i>
FIGURA 3	<i>Representação gráfica dos resultados provenientes da questão 3, que avalia a atitude do profissional após diagnóstico de Violência contra a criança.....</i>	<i>180</i>
FIGURA 4	<i>Representação gráfica dos resultados provenientes da questão 4, que avalia a suspeita de Violência contra a Criança.....</i>	<i>180</i>
FIGURA 5	<i>Representação gráfica dos resultados provenientes da questão 5, que avalia a atitude tomada pelos profissionais após a suspeita de Maus – tratos.....</i>	<i>181</i>
FIGURA 6	<i>Representação gráfica dos resultados provenientes da questão 6, que avalia o grau de omissão de denúncia para não se envolver.....</i>	<i>181</i>
FIGURA 7	<i>Representação gráfica dos resultados provenientes da questão 7, que avalia o grau de denúncia de Maus – tratos.....</i>	<i>182</i>
FIGURA 8	<i>Representação gráfica dos resultados provenientes da questão 8, que avalia o conhecimento de órgãos de proteção à criança para encaminhamento.....</i>	<i>182</i>
FIGURA 9	<i>Representação gráfica dos resultados provenientes da questão 10, que avalia o conhecimento de Sinais e Sintomas característicos de Maus – Tratos na criança.....</i>	<i>183</i>
FIGURA 10	<i>Representação gráfica dos resultados provenientes da questão 11, que avalia se os profissionais sabem como documentar sinais de Maus-tratos.....</i>	<i>184</i>
FIGURA 11	<i>Representação gráfica dos resultados provenientes da questão 12, que avalia se os profissionais receberam informação sobre Maus – Tratos em sua formação Acadêmica.....</i>	<i>184</i>
FIGURA 12	<i>Representação gráfica dos resultados provenientes da questão 13, que avalia se os profissionais consideram importante o conhecimento sobre Violência contra a criança.....</i>	<i>185</i>
FIGURA 13	<i>Representação gráfica dos resultados provenientes da questão 14, que avalia se os profissionais de saúde gostariam de receber treinamento sobre o assunto.....</i>	<i>185</i>
FIGURA 14	<i>Representação gráfica dos resultados provenientes da questão 15, que avalia se os profissionais têm conhecimento a respeito das características dos perpetradores.....</i>	<i>186</i>

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	<i>Questionário aplicado aos profissionais.....</i>	<i>166</i>
Quadro 2	<i>Ficha de transferência de dados.....</i>	<i>167</i>
Quadro 3	<i>Ficha de transferência de dados com respostas dos Cirurgiões- dentistas.....</i>	<i>172</i>
Quadro 4	<i>Ficha de transferência de dados com respostas dos Cirurgiões- dentistas.....</i>	<i>177</i>

INTRODUÇÃO

INTRODUÇÃO

*“Dá me o teu filho, para comermos hoje, amanhã comeremos o meu filho.
Cozemos, pois, o meu filho e comemo-lo” (II Reis 6:28-29)¹⁷*

No princípio Deus criou o céu e a terra. A terra, porém, estava informe e vazia, e as trevas cobriam a face do abismo. E Deus disse: Exista a luz. E a luz existiu. E Deus separou a luz das trevas. E chamou à luz dia, e às trevas noite. Faça-se o firmamento no meio das águas, e separe umas águas das outras águas. E fez o firmamento, e separou as águas, que estavam sob o firmamento, daquelas que estavam por cima do firmamento. Deus chamou o firmamento de céu. As águas que estão debaixo do céu, ajuntem-se num só lugar, e apareça o árido. Chamou ao árido terra, e o conjunto das águas mares. Sejam feitos luzeiros no firmamento do céu, e separem o dia da noite, e sirvam para sinais, e para os tempos, os dias e os anos.¹⁷

Produzam as águas répteis animados e viventes, e aves que voem sobre a terra. Crescei e multiplicai-vos, e enchei as águas do mar; e as aves se multipliquem sobre a terra. Produza a terra animais viventes, animais domésticos, e répteis, e animais selváticos. Façamos o homem à nossa imagem e semelhança. E criou o homem à sua imagem; criou-o à imagem de Deus, e criou-os varão e fêmea. Crescei e multiplicai-vos, e enchei a terra.¹⁷

Assim foram acabados o céu e a terra, e todos os seus ornatos. O Senhor Deus formou, pois, o homem do barro da terra, e inspirou no seu rosto um sopro de vida, e o homem tornou-se alma vivente (Gên. 1, 2: 1-7).¹⁷

O mundo foi criado para que todas as criaturas que nele habitassem, vivessem em harmonia e paz. Porém desde Gênesis aos dias contemporâneos há relatos de maus-tratos contra crianças. Bíblia é pródiga em citações de abandono e assassinato de crianças com fins

ritualísticos, na sua história evolutiva a humanidade tem passagens marcantes de crianças que são violentadas, maltratadas e desrespeitadas em nome de ideologias e crenças. Esta questão pode ser encontrada em relatos que datam dias anteriores ao nascimento de Cristo e que perdura até os dias de hoje sem ter recebido a devida atenção. Toda a sociedade é responsável pela manutenção da integridade das crianças, independente da profissão que exerça. Os profissionais de saúde, também como cidadãos, tem maior responsabilidade, pois estes estão em contato próximo às áreas de maior acometimento de lesões quando estas crianças são maltratadas.

A violência contra a criança faz vítimas em silêncio. Os pais em 90% dos casos são os que violentam. As mães muitas vezes não denunciam, temendo que o agressor aumente as surras e descarregue toda ira nelas e nos filhos. As crianças ficam caladas, engolindo soluços e suspiros, num desespero profundo. São milhares de menores, que nesse momento estão chorando, encolhidos no canto escuro de suas “casas”, após terem sido espancados até o sangramento. Em muitos casos a mulher não tem condições financeiras de deixar o homem, pois não possui capacitação profissional para conseguir emprego e garantir o seu próprio sustento e o dos filhos. A única saída encontrada por elas é manterem-se passivas durante a agressão, sem revidar, caladas. Ficar ali por algumas horas é a saída encontrada, até o “chefe da casa” se acalmar. A violência física é a mais comum, seguida pela violência psicológica, negligência e violência sexual. O mais surpreendente é a constatação de que padrasto e madrasta agredem menos que os pais biológicos, ao contrário do que se pode pensar culturalmente. A violência é um problema que não costuma obedecer a nível sociocultural específico, como se pode pensar. A definição de abuso como um trauma não acidental é variável segundo cada cultura, de modo geral, se aceita, entendendo-se que não constitui agressão apenas um vermelhidão nas

mãos e nas nádegas e sem a utilização de instrumentos e objetos, como forma de educação.

Segundo Sarmatz,¹³⁵ 2002, "o fascínio libidinoso de adultos por menores é tão velho quanto à humanidade. Pinturas que relatam homens mantendo relações sexuais com adolescentes existem desde a Grécia antiga. Foi entre os gregos que surgiu o termo " efebo ", que designa o jovem do sexo masculino que era iniciado na vida sexual e social por um homem mais velho. O casamento heterossexual apenas tinha efeitos práticos - o amor era considerado território para os homens maduros e seus rapazes. Conta-se que Aixa, uma das mulheres de Maomé, era uma menina de 8 anos quando casou com o Profeta do Islamismo, que, nessa altura, tinha 53 anos. O rei Davi era um ancião quando dividiu a cama com Abisag, décadas mais nova que ele. Na antiga Índia, a casta dos nayar estimulava experiências sexuais de meninas antes da primeira menstruação. Em alguns mosteiros budistas no Tibete, até hoje sobrevive uma tradição de novatos dormirem com monges mais experientes. Os poetas provençais do século XII substituíram o modelo do efebo helênico, como figura popular durante a antiguidade, pela figura da musa adolescente e quase andrógina. Durante a Idade Média e o Renascimento, o ideal de beleza feminina era praticamente infantil: longos cabelos louros, maçãs do rosto salientes, atitude displicente. Grande parte das mulheres casava durante a puberdade. Com o tempo, a adoração adulta pela infância foi ganhando mais espaço no imaginário ocidental. Tim Tate, autor de *Child pornography: an investigation* ("Pornografia infantil: uma investigação"), acredita que se deve à invenção da fotografia, no século XIX, o incremento do gosto pela nudez das crianças. Eternizados em sua inocência, menores podiam ser contemplados a qualquer momento. Não por acaso um dos pedófilos mais famosos da história, o escritor inglês Lewis Carroll (1832-1898), autor de *Alice no País das Maravilhas* (1865), costumava fotografar meninas em parques, inclusive uma garota de 4

anos chamada Alicia Lidell, que, mais tarde, inspirou a personagem do seu livro. Mesmerizado pela beleza provocativa de Alicia, o escritor a cortejava de forma quase acintosa - a ponto da mãe da menina forçar o afastamento dos dois. Reeditando a figura clássica de efebo, o escritor alemão Thomas Mann (1875-1955) descreveu, na obra *Morte em Veneza*, os sentimentos conflitantes de um intelectual alemão diante da pureza arrebatadora de um jovem polonês. Apesar de nunca consumir sua paixão, o amor platônico lhe é uma tortura. Na década de 30, ainda adolescente, a escritora francesa Marguerite Duras (1914-1996) manteve um tórrido relacionamento com um abastado comerciante chinês de Saigon, no Vietnã. A experiência foi lembrada no romance *O Amante* (1984), em que revela a volúpia despertada nos homens mais velhos quando pisava, distraída, o chão das ruas. Mas foi somente em 1955 que o amor de um homem maduro por meninas ganhou expressão artística. O romance *Lolita*, do russo Vladimir Nabokov (1899-1977), escandalizou o mundo ao contar a história do padrasto europeu da adolescente americana Dolores Haze, cujo apelido (*Lolita*) logo serviu para designar aquelas meninas que hipnotizam homens bem mais velhos, tratando-os com estudada displicência. Nesse mesmo romance, Nabokov cunhou a palavra "ninfeta" para garotas cuja idade vai de 9 a 14 anos e que enfeitiçam os homens com sua natureza "nínfica". O vocabulário sensual do século XX havia ganho, numa só tacada, duas palavras essenciais para explicar o nosso imaginário. Na vida real, o mundo dos espetáculos também arranja confusão em função do envolvimento de adultos com menores. Em 1977, o cineasta polonês Roman Polanski teve de picar a mula dos Estados Unidos depois de admitir ter feito sexo com uma garota de 13 anos. Na década de 90, o cantor Michael Jackson foi acusado de abusar de um menino de 12 anos. Duas vítimas na história do desejo proibido."¹³⁵

Segundo as escrituras bíblicas, o primeiro relato de maus -
tratos, ocorre quando Deus diz a Abraão que este e seus descendentes

guardariam a sua aliança, porém para que este pacto se concretizasse, todos os homens deveriam ser circuncidados; "... circuncidareis a carne do vosso prepúcio para que seja o sinal da aliança...;... o menino de oito dias será circuncidado entre vós..." (Gên. 17, 9-14).¹⁷ O segundo relato ocorre quando Abraão leva seu único filho Isaac para sacrificá-lo no território de Mória, em nome da fé (Gên. 22: 1-14).¹⁷

Quando há multiplicação dos israelitas no Egito e o rei temendo a conquista de Israel sobre o Egito, ordena às parteiras dos hebreus, que quando estas assistirem mulheres hebréias na hora do parto, se nascer menino, que matem, se for menina, conservem. Estas temendo a Deus, não obedecem e conservam os meninos. Porém o faraó ordena a todo seu povo, dizendo: "Tudo o que nascer do sexo masculino lançai-o ao rio; e tudo o do sexo feminino conservai-o".(Êxo. 1, 1-22).¹⁷ A partir desta ordem surge a história de Moisés, o tirado das águas. (Êxo. 2, 1-10)¹⁷

Em Belém de Judá, no tempo do rei Herodes, há o anúncio de que o rei dos judeus – Messias - acabara de nascer. Após o nascimento José conduz Maria e o seu filho para o Egito, pois o rei iria procurar o menino para tirar-lhe a vida. O rei Herodes ordena que matem todos os meninos, que havia em Belém e em todos os seus arredores, da idade de dois anos para baixo. (Mt 2,1-18)¹⁷

Embora o abuso e negligência não sendo um fenômeno novo, só recebeu recentemente atenção internacional, devido à consciência exaltada de profissionais e o público geral. O fenômeno alcança a todos na sociedade e particularmente destaca as interfaces e responsabilidades profissionais para a saúde e educação. Profissionais de saúde primários, inclusive o dentista, são envolvidos nas responsabilidades de informar, avaliando, e tomando decisões nesta área complexa relativa às crianças e suas famílias.

A violência contra a criança e o adolescente é um fenômeno universal que não tem limites culturais, sociais, ideológicos ou

geográficos, os maus-tratos na infância e na adolescência são envolvidos por um profundo pacto de silêncio, principal responsável pelo tímido número de denúncias, maus-tratos e abandono de crianças e adolescentes constituem um problema social crescente que não se limita às profissões de saúde, jurídica ou de assistência social, qualquer cidadão, ao entrar em contato com crianças e adolescentes, deve ser capaz de descobrir, relatar e, ajudar a orientar estas crianças e seus responsáveis. Quando há suspeita e notificação do caso de maus-tratos e negligência, inicia-se o processo de averiguação, esta inclui entrevistas com membros da família, visitas ao lar e contato com profissionais que conhecem a família, o principal objetivo deste processo é o de confirmar ou não a denúncia.

Muitos são os sinais físicos de casos substanciais de abuso passíveis de reconhecimento. Estes sinais são difíceis de serem confundidos por profissionais treinados como frutos de atos não intencionais. A aparência das agressões, muitas vezes, é o bastante para convencê-los de que a criança fora vítima de atos potencialmente cruéis. Marcas de mordidas, queimaduras de ferro, de cigarro e substâncias cáusticas ou venenos, marcas de estrangulamento no pescoço, hemorragias retinianas, alopecia, abrasões ou feridas na comissura labial, contusões ou fraturas de nariz, fraturas de côndilo, fraturas dentárias e lesões nos freios linguais e labiais assim como na língua, são facilmente identificadas por médicos e cirurgiões-dentistas. Estes profissionais estão em posição única para identificar uma criança possivelmente maltratada, devendo estar instruídos quanto ao reconhecimento, documentação, tratamento e notificação de casos em que se suspeite de maus-tratos infligidos à criança.

Para intervir de forma adequada, os profissionais devem estar dispostos a considerar a brutalidade ou a negligência como uma possibilidade no diagnóstico. Algumas características na criança, nos pais ou na história contada para explicar a condição que conduziu à consulta

podem levar o profissional a suspeitar de maus-tratos infantil, ainda mais que os responsáveis molestadores não mostram ao visitar o cirurgião-dentista os mesmos cuidados que ao visitar o médico, portanto este profissional pode ser a primeira pessoa a identificar a criança maltratada.

Crianças de todas as classes sociais podem ser vítimas de abuso ou negligência, não importando a idade, raça, sexo ou nível sócio-econômico. A incidência do abuso contra crianças parece ter aumentado, ultimamente, devido ao maior número de notificações e à mudança na legislação, a qual determina a notificação obrigatória de casos suspeitos. A cada dia é anunciado um novo caso de abuso e maus-tratos, a sociedade está perplexa com os números alarmantes. Palavras como conjunção carnal, perda do pátrio poder, hebefilia, pedofilia que a 5, 8 anos não tinha significado algum para muitos brasileiros, hoje se tornam comuns. Todos ouvem, dizem, se espantam! Exemplo da demanda de informações recentes cita-se Sarmatz,¹³⁵ 2002, onde este tenta explicar através da ciência, o desejo sexual por crianças, qual o perfil de quem abusa de menores, por que o erotismo infantil atrai tanta gente.

Quem são os responsáveis? Meu filho, seu filho corre perigo? O que fazer?

Os profissionais de saúde estão preparados para diagnosticar, receber, assistir, tratar? As instituições de ensino têm dado a devida atenção ao tema? Estão repensando suas grades curriculares com o intuito de fornecer maior informação aos futuros profissionais de saúde. Simplesmente se omitem. Instituições e profissionais.

O reconhecimento da ocorrência de maus-tratos contra crianças trouxe como consequência direta a necessidade de protegê-las. Tal proteção tem início oficialmente com a notificação da violência à autoridade competente. A identificação da violência nos serviços de saúde é ainda carregada de muitas incertezas. A questão não tem sido tratada na maioria dos currículos de graduação (Almeida (1998) apud Gonçalves & Ferreira (2002))⁶¹ logo, muitos profissionais não dispõem de

informações básicas que permitam diagnosticá-la com um mínimo de acurácia. Ultrapassada a dificuldade inicial em reconhecer os casos, uma outra dúvida tem atravessado a consciência dos profissionais de saúde: o ato de notificar representa uma quebra do sigilo profissional? O Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro manifestou-se a esse respeito, em seu parecer nº 76/99 (CREMERJ, 1999). Segundo esse parecer, “a comunicação à autoridade competente não acarreta infração ética por parte do médico, não se configurando, assim, violação do sigredo profissional” (CREMERJ, 1999:18), mesmo que se trate apenas de uma suspeita. O Código de Ética dos Psicólogos (CFP, 1987), embora recomende a privacidade e assegure o sigilo (art. 3), prevê que o sigilo seja colocado a serviço do menor impúbere ou interdito, permitindo sua quebra quando se tratar de situação que impliquem conseqüências graves para o próprio atendido ou para terceiros (art. 26 e 27). A notificação é um instrumento duplamente importante no combate à violência: ela produz benefícios para os casos singulares e é instrumento de controle epidemiológico da violência. O profissional de saúde é legalmente obrigado a notificar casos confirmados ou apenas suspeitos de violência e desempenha papel vital nessa área. No entanto, o ato de notificar tem sido objeto de questionamentos por parte desses profissionais.⁶¹

Este estudo enfoca principalmente o papel dos profissionais de saúde e suas responsabilidades nesta área e cobrirá o desenvolvimento histórico do fenômeno, o reconhecimento de negligência e abuso à criança, a importância de informar casos suspeitos. Serão providas diretrizes por informar os achados para trabalhar com as famílias e agências.

Psicologia da violência! Os fatores de risco têm a sua influência, porém em última análise toda criança é uma vítima em potencial.

REVISÃO DA LITERATURA

REVISÃO DA LITERATURA

“a criança é, por natureza, destinada a obedecer ao adulto”

(Aristóteles)

“a infância é, por excelência, o período em que germinam o erro e o vício”

(Rosseau)

“as crianças estão, por natureza, em estado de incapacidade, e os pais são seus tutores naturais”

(Kant)

Em 1946, Caffey²⁵ descreveu em seu estudo seis casos de crianças, com hematoma subdural crônico (sangrando entre o cérebro e o crânio), que foram examinados inicialmente como fraturas múltiplas dos ossos longos. Relatou que história de dano para os ossos longos como também para a cabeça estava faltando em todos os casos; não havia nenhum exame complementar ou evidência clínica geral ou local de doença de esqueleto que teria predisposto os ossos para fraturas patológicas e que a maioria das fraturas se desenvolveu após o início do hematoma subdural. Essas lesões aparentavam ter origem traumática, mas a causa era obscura. Foram descritas pela primeira vez algumas das características comuns dos maus-tratos à criança. Concluiu que fraturas dos ossos longos são uma complicação comum de hematoma de subdural infantil; as fraturas parecem ser de origem traumática, mas os episódios traumáticos e o mecanismo causal permanecem obscuros; a presença de fraturas inexplicadas em ossos longos é uma garantia para investigação de hematoma subdural; exames complementares radiográficos, como rotina em ossos longos, em hematoma de subdural são necessários para a identificação de fraturas, porque muitas delas estão clinicamente silenciadas.

Silvermam,¹⁴⁸ 1953 ao examinar lesões que aparentavam ter origem traumática, em crianças com múltiplas fraturas em ossos

longos e hematomas subdurais, relatou que essas lesões apresentavam um prognóstico muito bom, quando comparadas com outras lesões consideradas no diagnóstico diferencial.

Em 1955, Woolley & Evans¹⁷⁷ relataram em seu estudo a possibilidade de que os pais realmente eram responsáveis pelas fraturas e hematomas subdurais, e concluíram que "é difícil evitar a conclusão global que lesões de esqueleto que têm o aparecimento de fraturas, embora história ou dano ou a presença ou ausência de sangramento intracranial, são pistas aos vetores indesejáveis de força". Sugeriram a possibilidade dos pais serem os causadores de lesões em crianças com múltiplas fraturas em ossos longos e hematomas subdurais.

Kempe et al.⁹⁶ em 1962 relataram à sociedade uma forma de violência até então oculta no interior dos lares: a violência contra a criança. Criaram a denominação "síndrome da criança espancada". Síndrome descrita como um quadro clínico de trauma físico ou falta de desenvolvimento, onde a explicação da injúria não é consistente com o tipo de severidade das lesões observadas. Estas não são acidentais, mas provocadas; algumas resultam de punição imprópria para a idade, condição ou nível de desenvolvimento da criança. A síndrome deve ser suspeitada em toda criança que apresente fratura de qualquer osso longo, hematoma subdural, falta de desenvolvimento, tumefação de tecidos moles, ou equimoses. Este trabalho provocou uma profunda reflexão nos Estados Unidos, onde todos os estados modificaram suas leis entre 1963 e 1968, obrigando os profissionais de saúde a reportarem casos suspeitos às autoridades competentes.

Cameron et al.²⁸ em 1966 relataram que de acordo com Parker (1965)¹²³, a profissão médica nos Estados Unidos em recentes anos, particularmente desde 1959, está tendo um interesse crescente em crianças espancadas e abusadas. Descreveram que ninguém pode ter uma taxa precisa da incidência de abusos de crianças nos Estados Unidos e que indubitavelmente é muito alta e ainda desconhecida à

polícia, profissão médica e aos serviços de bem-estar. Realizaram estudo onde examinaram informações de registros de dez anos a fim de resumirem informações relativas ao número de casos disponíveis, encontraram vinte nove (29) casos fatais de crianças abusadas, demonstraram que metade destas crianças exibiam injúrias faciais. Relataram que o médico recém-formado não considera a possibilidade de tal trauma, ou não tenha sido preparado sobre este assunto, pode ser enganado no diagnóstico, pois os responsáveis podem relatar fatos de seu interesse e o profissional tratar as fraturas sem saber como foram causadas. Relataram que a síndrome pode acometer crianças de todas as idades sendo mais freqüente em crianças com menos de 3 anos de idade. Com relação ao gênero há uma incidência aproximada, 55% masculino e 45% feminino; 55% das vítimas tem menos de 1 ano de idade e 79% tem menos que dois (2) anos, sendo a idade média 14,3 meses. Descreveram que a criança ferida somente é levada ao hospital quando o ferimento/trauma é agudo e óbvio ou quando os pais temem a morte iminente. Uma característica de diagnóstico principal desta síndrome é a discrepância marcada entre os achados clínicos e a história provida pelos pais. Além, há uma relutância por parte de muitos clínicos em aceitar os sinais radiológicos como indicativo de trauma repetitivo e possível abuso. Lacerações da mucosa do lábio superior junto ao freio, ou corte do lábio ao nível da borda alveolar da gengiva ocorreram em 45% dos casos, este tipo de lesão pode resultar de uma pancada de baixo para cima no lábio superior, de uma tentativa de silenciar a criança que está gritando, ou da introdução forçada de uma colher ou mamadeira na boca do bebê. São comuns as fraturas de ossos longos, de membros e costelas, além de fraturas de crânio, que ocorrem em 40% dos casos. Relatam cinco (5) casos de maus-tratos que culminaram com a morte da criança. (*vide relato de casos clínicos*)

Em 1973, Helfer⁶⁹ relatou que o hematoma subdural é a lesão mais perigosa e pode determinar seqüelas graves ou morte.

Hematomas subdurais raramente ocorrem em consequência de quedas de berço ou da cama, e que, para causar uma lesão desta natureza, é necessário um traumatismo ou um espancamento violento. Um safanão violento ou o couro do chicote podem provocar hematoma subdural, e mais de 50% dos casos não estão associados a fraturas do crânio, equimoses do couro cabeludo e tumefação. Os hematomas subdurais associados a fraturas são conseqüentes a uma pancada direta desferida pelo ofensor, ou pelo arremesso contra uma parede ou uma porta. Que algumas situações determinam uma maior probabilidade de ocorrência de abuso infantil, pois 30 a 60% dos pais que abusam de seus filhos foram crianças abusadas, citou a falta de capacidade de algumas famílias em procurar ajuda; casamentos marcados por um relacionamento instável; consequência de concepção pré-matrimonial; casamento de pessoas muito jovens; gestações indesejadas; casamentos forçados e dificuldades emocionais e financeiras como sendo situações de risco para a criança.

Em dezembro de 1973, Laskin⁹² escreveu, um editorial sobre a síndrome da criança espancada, onde relatou que segundo um cálculo americano, havia mais de 60000 casos relatados da síndrome nos Estados Unidos em 1972. Esta síndrome não se refere às crianças acidentalmente feridas, mas para os casos de abuso físico perpetrado por adultos. Descreveu que há duas “idéias” principais sobre a síndrome: a primeira que só acontece em famílias empobrecidas, pobremente educadas. Embora seja verdade que a maioria das instâncias de tal brutalidade aconteça em famílias sob tensão associada com desemprego e pobreza extrema, recentes estudos mostraram que há um número crescente de casos que envolvem grupos da classe média e alta. Alcoolismo ou uso de droga freqüentemente estão associados à injúria e os abusos não têm nenhuma barreira econômica. A segunda “idéia” é que todos os abusadores são psicóticos. De fato um terço destes indivíduos sofre de enfermidade mental séria. Questionou o que os cirurgiões - dentistas podem fazer para reduzir a incidência de tal brutalidade.

Respondeu que os estudantes e residentes devem ser instruídos sobre o assunto, pois tal procedimento não está sendo realizado. O cirurgião oral pode ser freqüentemente o primeiro a ver estes casos já que há uma incidência alta de danos faciais. Surpreendentemente, estudos mostraram que em 50% dos casos de abuso o perpetrador ou outros membros da família levarão a criança à procura de cuidados profissionais. Entre os achados mais comuns na síndrome da criança espancada citou a dilaceração da mucosa (aspecto interno do lábio superior perto do freio e injúria do lábio e gengiva), dente com mobilidade, fraturado ou avulsionado são freqüentes. Tais danos normalmente são o resultado de um soco ou esforço em silenciar a criança quando esta chora ou grita. Menos freqüentemente ocorrerá queimaduras dos lábios e língua, e fraturas dos ossos faciais. Outros achados são equimoses periorbital ou subconjuntival, hemorragia nasal, trauma na orelha externa, e cefalohematomas. O profissional deve olhar com suspeita todos os casos de danos em crianças jovens onde a explicação para o problema não coincide com os achados clínicos. Pesquisas indicaram que 50% dos abusadores repetirão os atos de brutalidade e que o abuso subsequente tende a ser crescentemente mais sério.

O'Neill Jr et al.¹²¹ em 1973 descreveram em seu estudo as injúrias padrões da Síndrome da Criança Espancada. Relataram que embora a população já tenha dado conta da crescente do problema, os médicos têm freqüentemente dificuldade no reconhecimento de sinais clínicos sutis da criança abusada. Realizaram uma revisão com 110 crianças tratadas por consequência de abuso na Universidade de Vanderbilt e Hospitais Gerais Metropolitanos de Nashville durante 5 anos. Deram ênfase particular em uma análise dos padrões dos danos, diagnóstico, e administração para prover diretrizes adicionais ao reconhecimento e cuidado às crianças abusadas. Além disso, a revisão foi empreendida com a esperança de que a educação de cirurgiões como também dos pediatras sobre este assunto contribuísse para que o abuso

de crianças se torne uma entidade clínica evitável. Observaram durante o estudo 68 crianças do gênero masculino e 42 do gênero feminino, as idades variaram de 3 semanas a 11 anos. A maioria estava entre as idades de 6 meses e 1 ano. O responsável pelo dano era conhecido em 98 dos 110 casos. Em 79 instâncias foi demonstrado que um ou ambos os pais eram suspeitos pelas injúrias; em 55 destes casos a mãe foi responsável, irmãos mais velhos foram cinco vezes responsáveis, babas ou outras pessoas próximas da família estavam presentes em 14 eventos. Os perpetradores apresentavam idade inferior a 30 anos de idade, com exceção de uma avó mentalmente retardada, com 60 anos, e um vizinho de 42 anos. Quase todas crianças informadas vieram de níveis socioeconômicos pobres, 30% vieram de famílias separadas ou eram filhos ilegítimos. Em seis casos álcool e drogas faziam parte da etiologia do problema, indivíduos mentalmente retardados foram perpetradores em três casos, e dois indivíduos que feriram as crianças apresentavam desordens psicóticas sérias. Todas as 110 crianças foram levadas ao hospital ou ao médico para cuidados por causa das injúrias. Na maioria das consultas, a explicação dada não condizia com a extensão do dano envolvido, e estas discrepâncias conduziam à investigação. A condição física de 73 das 110 crianças foi considerada normal, mas algum sinal de negligência higiênica, nutricional ou psicológica era notável na maioria. 37 crianças estavam desidratadas, desnutridas e anêmicas. Aproximadamente 20% dos pacientes estavam retraídos ou aterrorizados, ou não expressou emoção como chorar. Foram admitidas 55 crianças principalmente por causa de trauma de tecido mole (contusão). Em 49 era óbvio que tal dano era repetitivo. Marcas de cigarro, escaldadura ou outras queimaduras de contato aconteceram em 28 pacientes. Contusões múltiplas e dilaceração estavam presentes em 70 pacientes, e normalmente era o resultado de batidas com varas, fivelas de cinto ou outros artigos domésticos; em nove pacientes, contusões e anemia severa com distensão abdominal, vômito e febre sugestionaram dano

intra-abdominal. Cinco casos indicaram hemorragia severa, intestinal ou injúria pancreática, hematúria estava presente em um paciente com dano renal. Todas as injúrias intra-abdominais ocorreram como resultado de agressões com a mão ou punho, ou como resultado de lançamento de criança jovem contra algum objeto fixo. Um grupo classificado como danos de tecido suaves incluiu cinco crianças que tiveram a genitália injuriada e uma criança que teve uma ferida de espingarda na genitália. Quatro crianças foram molestadas sexualmente. Foram envenenadas duas crianças, um com líquido plummer, e outra com overdose de aspirina. Um paciente foi vítima de exposição prolongada ao frio, e outro eletrocutado. Não foram encontrados danos intratorácicos neste grupo. Isto foi surpreendente, pois 16 pacientes tiveram uma ou mais costelas fraturadas. Foram admitidos 28 bebês e crianças principalmente por dano de esqueleto, e, em particular, fraturas de osso longo. A extensão do dano raramente foi explicada pela história, e a maioria foi resultado da criança estar sendo torcida, golpeada, lançada, ou violentamente sacudida. Neste grupo com fraturas de esqueleto, é notável 20 evidências de fraturas velhas em várias fases de consolidação. Na ordem de freqüência, as fraturas envolveram o úmero 20 vezes, o fêmur 17, tibia 10, ulna e rádio quatro, vértebras duas vezes, e fíbula, clavícula, escápula, ossos faciais, e mandíbula uma vez. Achados típicos incluíram hemorragia subperiosteal com neoformação óssea, fragmentação metafisária e separação epifisária. Trinta e dois pacientes tiveram alguma forma de dano intracranial. Dois casos tinham danos repetidos. Fraturas de crânio estavam presentes em 15 crianças. Foram admitidas 23 crianças em estado (comatoso) letárgico, e 18 destes com significativo hematoma subdural. A história habitual era de queda da criança, mas, o modo do dano normalmente era resultado de batida sobre a cabeça ou sacudida violenta. Oito pacientes nesta série vieram a óbito. A causa mais comum da morte foi o dano intracranial severo com hemorragia intracranial ou edema cerebral que aconteceram em seis casos. Em todos

os seis casos o dano de cabeça severo não foi o primeiro episódio, mas a última de muitas formas progressivas de trauma. Um paciente teve fraturas múltiplas e morreu principalmente por causa de desnutrição severa. Outro morreu devido à hemorragia de fígado rompido, esta criança foi espancada severamente, e viveu só alguns minutos depois de chegar ao quarto de emergência do hospital. Incapacidade permanente é outra característica de criança espancada a ser considerada além da mortalidade. Da mesma maneira que o dano intracranial é o fator principal em mortalidade, foi também responsável por danos neurológicos permanentes em seis crianças analisadas.

Em 1973, Smith¹⁵⁰ sugeriu que o abuso e abandono infantil são basicamente enfermidades de adultos que encontram sua expressão na criança. Postula que a etiologia dos maus-tratos pode ser explicada como uma equação trivalente composta por um tipo particular de pais, um tipo particular de crianças, mais um acontecimento que provoque ansiedade (crises), ainda um quarto fator adicional representado pela tolerância cultural para o castigo corporal grave.

Perez et al. (1975)¹²⁷, em um periódico chileno, fizeram a definição da Síndrome del niño golpeado (criança espancada), relatando sobre freqüência onde citaram que em uma população de 1 milhão de habitantes, 225 crianças são injuriadas e que a mortalidade está em torno de 2 a 3% sendo similar à leucemia. Sobre os meios de diagnóstico relataram que os profissionais devem estar atentos a fraturas múltiplas, hematomas, mortes bruscas não explicadas, histórias de injúrias anteriores, hospitalizações freqüentes e hematomas de subdural. Descreveram dois casos de maus-tratos. (*vide relato de casos clínicos*) Finalizaram com a opinião de que os profissionais além de realizarem o atendimento, simultaneamente devem levar o caso ao conhecimento de autoridades responsáveis para que haja denúncia judicial.

Ten Benseel & King (1975)¹⁵³, descreveram que o primeiro caso relatado nos Estados Unidos de abuso infantil foi de uma criança

que sofria maus-tratos físicos que ocorreu em 1874. Uma menina chamada Mary Ellen, constantemente apanhada dos seus padrastos foi finalmente encaminhada para a Sociedade para Prevenção de Crueldade contra Animais. Esse caso estimulou a criação, no ano seguinte, da Sociedade para Prevenção de Crueldade contra Crianças, na cidade de Nova Iorque. Discorreram sucintamente sobre os temas: negligência física, negligência e abuso emocional, abuso físico e sexual. Apresentaram dados estatísticos da dimensão do problema nas cidades de Nova York, Colorado e Califórnia, informando um aumento assustador de casos. Descreveram que de 30 a 60% dos adultos que abusam de crianças, foram abusados quando menores; que a relação de matrimônio entre os cônjuges é manifestada freqüentemente por uma relação instável; há uma proporção alta de concepção pré-marital, matrimônio jovem, gravidez não desejadas, matrimônios forçados, e dificuldades emocionais ou financeiras nos matrimônios. Relataram que segundo dados dos anos 60, as mães são as principais responsáveis pelos maus-tratos contra crianças porque eram as pessoas com contato mais constante com seus filhos. Nos anos 70, houve um aumento no número de homens envolvidos com abuso infantil, predominando os padrastos, namorados das mães e babás masculinas. Os pais naturais são envolvidos em 49% dos casos. Ao concluírem sugerem diretrizes para cirurgiões-dentistas auxiliando-os no diagnóstico, prevenção, tratamento, encaminhamento e proteção das crianças abusadas e abandonadas.

Descreveram Schwartz et al. (1977)¹³⁹ as manifestações orais e os aspectos legais do abuso contra a criança. Citaram que está se tornando cada vez mais importante para dentistas, especialmente pediatras, reconhecerem as manifestações de abuso físico da criança e estarem cientes dos procedimentos para relatar casos suspeitos. Em muitos estados, dos E.U.A., um dentista pode ser processado por não relatar um caso de abuso. Os dentistas e médicos precisam estar atentos aos aspectos legais e às agências para contactar um diagnóstico de

tentativa de abuso contra criança. O propósito principal no diagnóstico e informação não é castigar o pai, o guardião, ou responsável que comete o trauma, mas prevenir a violência adicional ou morte da criança. Pais que abusam são, freqüentemente, mentalmente instáveis e podem requerer cuidados psiquiátricos. Agências sociais normalmente acham uma história de discórdia familiar, angústia financeira, alcoolismo, hábito de droga, ou perversão nestes casos. Embora a criança abusada seja mais visível em baixos grupos socioeconômicos, é encontrada em toda estrutura da sociedade.

Caffey²⁷ no ano de 1978 ressaltou a tendência neurotraumatológica de se admitir que grande número de quadros neurológicos tidos como idiopáticos é, em verdade, decorrência de espancamento de bebês. No tronco, as lesões internas mais encontradas são: ruptura de fígado, de baço, de rim, de bexiga, hematomas duodenais ou jejunais sem ou com rupturas correspondentes, hematomas pancreático, esgarçamentos de mesentério sem ou com rupturas vasculares, ruptura do pulmão. Transcreve duas entre outras conclusões: (1) a “SIBE”, por sua alta mobilidade, seqüelas cerebrais tardias e elevada mortalidade, é provavelmente a mais importante descoberta de nova “doença” em pediatria nos últimos 50 anos e, certamente, a mais importante descoberta feita pela Radiologia, em patologia pediátrica, em todos os tempos; (2) os profundos impactos dessa descoberta em Medicina, Direito, Ciências Sociais, Política e Comunicação não têm paralelo na história de descobertas pediátricas.

Becker et al. (1978)¹⁵ em estudo realizado durante um período de cinco anos, 1970 a 1975, no Children’s Hospital Medical Center, Boston, relataram que o trauma orofacial foi encontrado em 49% dos 260 casos documentados de crianças abusadas. Um adicional de 26% dos casos envolveram trauma de cabeça; a porcentagem total de trauma de cabeça e trauma facial foi de 65%. Cabeça ou trauma facial eram a razão principal para admissão no hospital em 45% dos casos. Um

questionário foi remetido a um terço de todos os cirurgiões-dentistas de Massachusetts que foram selecionados ao acaso. Foram inspecionados todos os cirurgiões orais e odontopediatras em Massachusetts. Um total de 1332 questionários foi emitido - 130 aos cirurgiões orais, 68 aos odontopediatras, e 1134 aos clínicos gerais e às outras especialidades. Receberam 537 respostas (40%): cirurgiões orais (56%); odontopediatras (57%) clínicos gerais e outros especialistas (38%). A pesquisa mostrou que a maioria dos profissionais não conhece suas responsabilidades legais e sociais de informar casos suspeitos de crianças abusadas. Dos 22 casos de criança abusada, somente quatro foram informados aos Serviços Protetores das Crianças, os demais não foram relatados para agências porque os dentistas acharam difícil confirmar as suspeitas. Um profissional relatou que não desejou se implicar. Em geral, os cirurgiões orais e odontopediatras viram uma porcentagem mais elevada destes casos e estiveram mais cientes de suas responsabilidades do que os clínicos gerais. Relataram ainda que dentre as injúrias que envolviam a face, as contusões e ecmoses representam 66% das lesões e as abrasões e lacerações correspondem a 28%. De acordo com os autores, os danos às estruturas intra-orais mais freqüentes são: contusões e ecmoses (43%) e abrasões e lacerações (29%). Quanto ao trauma dentário, este ocorre em 29% das injúrias. Os dentistas que participaram do estudo não demonstraram ter familiaridade com o tema abuso infantil. Concluíram que segundo relatos, há preocupação, uma vez que aproximadamente 65% de todas as crianças hospitalizadas devido a abuso infantil, apresentavam lesões orofaciais e/ou na cabeça, com isso afirmam que qualquer cirurgião-dentista que atenda uma criança com trauma orofacial de natureza suspeita (especialmente onde a história relatada não condiz com a natureza das injúrias) não deverá hesitar em adotar medidas de proteção à criança, pois dentre os profissionais da área de saúde, estes são os menos inteirados em relação à detecção e ao tratamento de crianças suspeitas de abusos. Entretanto, traumas na

cabeça e na face aparecem comumente associados às crianças vítimas de maus-tratos.

Em maio de 1978, Laskin⁹³ escreveu um editorial sobre o reconhecimento da criança abusada. Citou estatísticas, sinais e sintomas característicos, reforçando o que foi dito em seu editorial de 1973, enfatizando que pela porcentagem de injúrias na região de cabeça e pescoço, o cirurgião-dentista deve ser capaz de realizar o diagnóstico desta patologia com segurança. Discorreu trechos sobre negligência, relatou que o ideal seria as instituições governamentais desenvolverem um programa de prevenção contra abuso, e periodicamente voltassem ao assunto com autoridades, profissionais de saúde, educadores, pais e responsáveis. Finalizou com a opinião de que a melhor forma de prevenir tais acontecimentos é aumentar a suspeita.

Ayoub & Pfeifer⁹ em 1979 com uma equipe multidisciplinar investigaram crianças com queimaduras admitidas no Hillcrest Medical Center em Tulsa, Okla, no período de 01 janeiro de 1974 a 31 dezembro de 1976. Dos 26 casos de queimadura investigados, foram encontrados 14 acidentais, 07 acidentais com graus extremos de negligência, e 05 queimaduras não acidentais. Há correlações entre achados físicos e características sociais que podem ajudar na identificação e disposição de crianças com queimaduras. A idade das crianças variaram de 4 meses a 6 anos de idade. Relataram que as queimaduras podem ocorrer por escaldadura, cigarro, produtos químicos e corda. Algumas crianças apresentavam sinais de danos anteriores severos como cicatrizes de queimaduras velhas, contusões, marcas de mordidas, marcas de correia e fraturas. A queimadura não foi o primeiro dano não acidental. Relataram que há possibilidade do uso da água quente como o limite, o cume do padrão abusivo. Duas crianças abusadas vieram a óbito; dois apresentaram deterioração física permanente. Relataram que 60% das crianças com queimaduras infligidas e 71% das crianças com queimaduras acidentais por negligência tinham sido identificadas pelos

Serviços Protetores das Crianças por relatórios prévios de abuso e negligência. Relataram que uma série de estudos com crianças abusadas foi realizado na França, encontraram que 20% apresentavam lesões físicas, 43% tiveram moderada dificuldade emocional, e 17% tiveram severos problemas emocionais. Uma multiplicidade de danos sugere que queimaduras não acidentais não sejam nenhum abuso espontâneo, mas uma forma planejada de agressão. A mortalidade alta do grupo abusado indica a seriedade e severidade de danos não acidentais. Este estudo também mostrou que queimaduras não acidentais em crianças exigem uma investigação completa de fatores médicos, sociais e emocionais.

Em 1979, Davis et al.⁴³ relataram que embora os dentistas tendo oportunidades freqüentes para observar casos de abuso e negligência, a taxa de informação é extremamente baixa; que nos Estados Unidos, de cada 1000 crianças cinco são suspeitas de sofrerem abuso e de cada 100 crianças duas são suspeitas de abandono. Descreveram alguns indicadores primários para a identificação de crianças maltratadas, algumas características que comumente podem estar relacionadas a casos de maus-tratos contra crianças e adolescentes: criança suja, queimaduras por pontas de cigarro, marcas de mordidas, marcas de agarrões, chicotadas ou cintadas, abrasões e lacerações em locais ou com histórias incomuns, marcas de estrangulamento, orelhas traumatizadas por beliscões, puxões ou torções, lesões incomuns na pele com diagnóstico dermatológico duvidoso. Outros sinais também podem ser indícios, porém menos diretos, de maus-tratos: dentes fraturados ou perdidos, dentes anteriores não vitais e/ou escurecidos, trauma no lábio em forma de contusão ou laceração, laceração no freio labial, fraturas na maxila e mandíbula e, lesões na língua. Relataram alguns aspectos apontados por dentistas e estudantes de odontologia que funcionam como obstáculos para o melhor manejo dos casos de abuso infantil como a falta de conhecimento das exatas responsabilidades legais e direitos garantidos, a falta de conhecimento

sobre os problemas sofridos pelas crianças abusadas; o desconhecimento da verdadeira responsabilidade em denunciar; a preocupação com as conseqüências da denúncia, medo do confronto com a família da vítima; a incapacidade em reconhecer os sinais físicos e associa-los com a criança vítima de sofrimentos, a não certeza sobre o que significa abuso infantil aos olhos da lei, falta de conhecimento sobre como proceder diante de um caso suspeito, relutância em acreditar que os pais possam ser os agressores, relutância em interferir no relacionamento pais-filhos, medo de envolvimento legal e medo de sofrer algum tipo de represália legal ou de perder os pacientes.

Descreveu Ellerstein (1979)⁵², as manifestações cutâneas das crianças vítimas de abuso e negligência. Relatou que os achados podem ser resultado de trauma intencional, negligência em prover cuidados adequados, alterações na dinâmica familiar, ou problemas emocionais secundários aos maus-tratos. São descritas várias “mudanças” na pele da criança que pode ser abusada ou negligenciada. Com a descrição das manifestações mais comuns, o autor espera que aumente o reconhecimento desta patologia. Além disso, médicos que são os consultores à criança abusada, como perito e/ou testemunha no tribunal estarão mais bem preparados para decidir se o achado físico específico relativo à pele terá acontecido involuntariamente ou de forma intencional. Descreveu o abuso físico como trauma intencional, citando equimoses, contusões, hematomas, queimaduras, marcas de corda, cinto, impressão de dedos e mão na face, escaldadura na região da genitália, marcas de mordidas, alopecia e fraturas como os sinais mais freqüentes nas crianças examinadas. Citou a privação materna como uma manifestação onde desde a gravidez, a criança sofre por negligência dos pais, sendo que estas apresentaram pouco crescimento no primeiro e/ou segundo ano de vida e perturbações emocionais quando atingirem a maturidade.

Sierra et al. (1979)¹⁴⁵, relataram a importância do conhecimento da Síndrome da Criança Maltratada, tanto por sua frequência como por sua incidência sobre o equilíbrio psicossomático da criança. Abordaram história clínica, exame físico, manifestações radiológicas, prevenção e tratamento para as crianças acometidas. Citaram que segundo um editorial do “Journal of the American Medical Association” em 1962, a atual redução das enfermidades infecciosas e nutricionais realça a importância dos maus-tratos infantis que na população pediátrica norte-americana causa mais mortalidade que a leucemia e as distrofias musculares conjuntamente. A “Síndrome do Espancamento” constitui causa de transtorno do S.N.C. tão importante como o conjunto de acidentes de automóveis e das encefalites tóxicas e infecciosas da criança. Citaram estudo no Serviço de Urgências de um hospital americano, mostrando que 10% das crianças menores de 5 anos atendidas tinham fundadas suspeitas de maus-tratos. Caracterizaram fatores que predispõem as crianças a sofrerem maus-tratos: prematuridade, gêmeos, adoção, filhos ilegítimos, com atraso mental, hiperativos, desafiantes (apud Sierra et al. 1979)¹⁴⁵.

Abuso de crianças é um dano não acidental, dano para qual não há nenhuma explicação razoável descreveu Teuscher¹⁵⁴ (1979) em seu relato. Incluiu dano não acidental físico, molestamento sexual, negligência e abuso emocional. Dano físico não acidental pode incluir espancamento severo, queimaduras, mordidas humanas e imersão em água fervente. Molestamento sexual é exploração de uma criança para a satisfação sexual de um adulto, como estupro, incesto, afago de órgão genital e exibicionismo. Negligência é o fracasso em/para proporcionar as necessidades básicas de vida: comida, vestuário e abrigo ou cuidado de saúde. Abuso emocional é o comportamento parental excessivo, agressivo ou despropositado que coloca demandas absurdas para a criança executar sobre as capacidades dela. Estimou que mais de um milhão de crianças nos E.U.A., já foram negligenciadas em 1978, e dois

mil deles sofreram morte dolorosa. Os que não morreram, apresentam dano cerebral, problemas de visão, audição danificada, medo de isolamento, fracasso escolar, retardamento emocional, ou delinquência juvenil que permanecem como lembranças constantes da severidade deste problema complexo.

Em 1979, Malecz¹⁰² examinou as preocupações de dentistas, E.U.A., em relatar casos suspeitos de crianças abusadas, achou as razões mais comuns dadas por não informar: incerteza sobre o diagnóstico (41%), medo de envolvimento em litígio (26%), falta de familiaridade com os sinais e sintomas (19%), e possíveis efeitos na prática (6%).

Wecht & Larkin¹⁷⁰ em 1980, classificaram o agente agressor em: (a) agressor intermitente – comumente a mãe que cuida da criança, mas em certas oportunidades não resiste à compulsão de atacá-la e espancá-la, podendo ter remorso depois; se a criança consegue sobreviver, essas mães conseguem se “motivar para não tornar a agredi-la”; (b) agressor esporádico: agressão única, primeira. Potencialmente, agente que voltará a agredir a criança (a próxima agressão poderá ser a última, fatal); (c) agressor permanente: mãe que odeia de fato o filho e dolosamente o agride, fazendo-o sofrer, além de descuidar dele. São indiferentes ao sofrimento do bebê; (d) agressor ignorante: é o tipo mais trágico de agressor, suas tentativas de “educar” a criança costumam ser desastrosas, são do tipo “sentem muito” quando a criança morre em decorrência da agressão; (e) agressão no “triângulo” que se forma entre o amante, a mãe e o bebê. A criança passa a ser o alvo da hostilidade da parte do amante, ou da mãe, para agradar ao amante.

Em 1981, Croll et al.⁴¹ relataram que cirurgiões - dentistas podem identificar evidências físicas de danos para as crianças, especialmente nas regiões da cabeça, pescoço e estruturas orofaciais. Quando tais danos são de origem suspeita, o dentista tem a obrigação de documentar e relatar o caso para autoridades de forma que a ação formal

possa ser levada para proteger a criança enquanto o problema é investigado e solucionado. Descreveram o caso onde a criança vítima de abuso é identificada em um consultório dentário e posteriormente encaminhada aos órgãos competentes. Ressaltaram a importância do relato e de uma interação multidisciplinar para prevenção dos casos de abuso.

Kittle et al. (1981)⁸⁷, desenvolveram um protocolo de exame para auxiliar os profissionais da odontologia a identificar e informar casos suspeitos de abuso e negligência de crianças. Relataram também que o tipo de vestimenta que a criança apresenta durante a consulta, deve ser observado pelo profissional. Este deve estar atento às condições climáticas e o modo como a criança se apresenta. (p.54)

No ano de 1982, Meadow^{106,107} relatou uma forma de abuso de crianças que pode passar facilmente despercebida. A mãe, geralmente a perpetradora, simula preocupação e devoção à criança. As conseqüências são de natureza psicológica e física podendo eventualmente provocar a morte da criança. Neste mesmo ano, Meadow sugeriu diretrizes e uma lista de “Sinais de Alarme” para o diagnóstico da Síndrome de Münchausen por procuração. Citou critérios para o diagnóstico da Síndrome:

- estudo detalhado da história clínica atual,
- estudo dos prontuários de intervenções anteriores, determinando eventos reais e fabricados,
- pesquisa judiciosa da história pessoal, social e familiar desta mãe,
- entrar em contato com outros membros da família,
- contatar o médico da mãe sobre possível história de Münchausen ou de doenças ou mortes na família sem explicação,
- vigilância cuidadosa da mãe e da criança, com câmera de vídeo,
- pesquisar possível compulsão materna ao uso de medicamentos,
- afastar a mãe da criança para observar se ocorre interrupção da sintomatologia.

Com relação aos profissionais citou os sinais de alarme para o diagnóstico da Síndrome.

- médicos experientes notam que “nunca viram um caso igual”,
- mãe super atenciosa que não se separa do filho,
- mãe muito cooperativa com a equipe médica, com reação inapropriada à gravidade ou queixa de que está fazendo muito pouco para diagnosticar a doença do filho,
- doença persistente ou recidivante sem explicação,
- os sinais e sintomas não ocorrem quando a mãe está ausente,
- “convulsões”, que não respondem aos anticonvulsivantes usuais,
- mães com história própria de síndrome de Münchausen,
- mães com conhecimentos paramédicos,
- ausência de pai.

White et al.¹⁷⁵ em 1983 realizaram estudo com o propósito de examinar o valor dos dados microbiológicos no diagnóstico de abuso sexual. Além de sífilis e gonorréia, duas doenças sexualmente transmitidas comumente reconhecidas nas crianças, tricomoníase e condiloma acuminado. Durante 4 anos (1976 – 1980), encontraram 493 casos de abuso sexual, porém revisaram 409 casos pois o estudo avaliou apenas crianças com menos de 13 anos de idade com suspeita de abuso sexual para relacionar com o surgimento de doenças sexualmente transmitidas (DST). Deste grupo 290 crianças (71%) tinham menos de 10 anos de idade, vítimas do gênero feminino predominaram, o pai/padrasto apareceu como maior perpetrador, evidência de abuso físico estava presente em menos que 10% dos casos. Manipulação genital foi a reclamação mais comum no grupo mais jovem e a penetração oral e vaginal foi informada pelas vítimas com mais idade. Doença sexualmente transmitida foi identificada em 54 (13%) das 409 crianças. Quarenta das 46 crianças com infecções gonocócicas apresentavam menos de 10 anos de idade. Nove dos 46 pacientes com culturas de gonorréia provadas não tiveram uma história de corrimento/secreção vaginal ou

uretral. Em quatro dos seis casos de sífilis, havia uma infecção gonocócica demonstrada. Uma criança teve condiloma acuminado e sífilis. Quatro casos de tricomoníase eram do grupo mais velho de meninas com corrimento/secreção vaginal; seis casos de sífilis, quatro casos de tricomoníase e três casos de condiloma acuminado. Somente uma criança apresentou características clínicas de sífilis. A DST seria transmitida mais provável por um membro da família ou membro não familiar como o padrasto. Afirmaram que testes de laboratório que identificam doença sexualmente transmitida podem ajudar no diagnóstico de abuso sexual.

Wright & Thornton (1983)¹⁷⁸, relataram a importância da presença de um cirurgião-dentista na equipe multidisciplinar que atende crianças vítimas de abuso. Uma criança que possuía osteogênese imperfeita estava sendo erroneamente diagnosticada como vítima de abuso, uma vez que a ocorrência de fraturas repetidas em ossos longos é um dos sinais descritos na síndrome da criança espancada. Somente quando realizada oroscopia revelou-se a existência de um quadro de dentinogênese imperfeita, descartando-se a hipótese de abuso infantil.

Relatou Casamassimo (1984)³², que em relação ao abuso sexual infantil, o cirurgião dentista tem mais dificuldades em detectá-lo. Citou alguns fatores que podem ser sugestivos ao profissional a necessidade de mais profundas investigações: história de ataque sexual, achados clínicos de doenças sexualmente transmissíveis, gravidez em meninas menores de doze anos, presença de pelos pubianos e esperma na cavidade oral, presença de petéquias na junção entre o palato duro e o palato mole, sinais de abuso físico e relato direto feito pela criança. O abuso sexual pode ter como consequência, infecções no complexo orofacial, dentre eles estão a gonorréia, o condiloma acuminado, a sífilis, infecção por herpes tipo II, monilíase e trichomonas vaginalis.

Meadow et al. (1984)¹⁰⁸ realizaram estudo no Boston Children's Hospital Medical Center e dois consultórios particulares de

odontopediatria de 1 de janeiro a 31 dezembro de 1979. Foram codificadas todas as emergências dentais durante este período. Na hora da apresentação foi obtida história médica completa, o tempo do acidente e o tempo de chegada na clínica. História breve do incidente foi registrada e exame extra e intra-oral completo foram executados. Durante o período de doze meses, um total de 338 danos traumáticos foram registrados e tratados. As causas do trauma oral foram: quedas 61,8% (209), esportes 13% (44), bicicleta 12% (42), brigas 8% (27), acidentes 3% (9), acidentes de carro 2% (6), abuso crianças 0,2% (1). Encontraram somente um caso de injúria traumática na região bucal causada por abuso de violência contra a criança.

Sanger (1984)¹³⁴ relatou que a identificação de traumatismos faciais apresenta pequena dificuldade para um cirurgião-dentista experiente. Contudo, a incidência de denúncias é muito pequena quando se leva em consideração as proporções do problema. Descreveu que no complexo orofacial, podem ser encontradas contusões na face, nas mucosas e nos freios labial e lingual; queimaduras na face ou mucosas resultado do uso de instrumentos, substâncias químicas tóxicas e líquidos ferventes; traumas nos olhos, orelhas, perfurações da membrana do tímpano, fraturas nos ossos da face e, injúrias dentárias, com avulsão de dentes e escurecimento da coroa dentária.

Em 1984, Teixeira et al.¹⁵² relataram a importância do reconhecimento da Síndrome do Bebê Espancado, resumindo os principais sinais do quadro traumático. O agente é quase sempre a mãe e, a vítima, o próprio filho, geralmente menor de três anos, particularmente os menores de um ano (bebês), com certa frequência o caçula (“síndrome de Cinderela”). O modo de agressão é geralmente mecânico, manual, não instrumental, a vítima é sacudida, esmurrada, comprimida ou atirada contra outros objetos, móveis, parede, solo. Às vezes, o agente lesivo é de natureza térmica: queimaduras em chapas aquecidas, em água quente, por cigarro. Não é rara a associação de negligência na

alimentação (até morte por inanição), nos cuidados com a higiene e a saúde a até de agressões de caráter sexual (atos de libidinagem). Na caracterização da “SIBE” são importantes as lesões da pele e partes moles, as ósseas e as viscerais. Lesões da pele e de partes moles ocorrem em 80-100% dos casos, segundo Knight (1977) apud Teixeira et al.¹⁵² (1984) , em todo o corpo, principalmente na cabeça: equimoses nas regiões frontal, auricular e labial. Equimoses no pescoço ou tronco, são indicativas de que a vítima foi asfixiada pela(s) mão(s) do agente para sacudi-la ou esmurra-la. O exame atento irá evidenciar o chamado “espectro equimótico”, ou seja, a variação de cores das diferentes equimoses, que se distribuem no corpo, em regiões e com formatos diferentes. Essa gama de cores indica traumas efetuados em datas diferentes, mostrando agressão repetida. Nos ossos longos, a distinta cronologia de consolidação das fraturas é uma característica indiscutível da “SIBE”. As fraturas são produzidas por tração (sacudidas) ou compressão. Os principais tipos são: deslocamentos epifisários (cotovelos, joelhos), fraturas fragmentares metafisárias, calcificação subperiosteal, hiperostose cortical, invólucro cortical traumático e fraturas metafisárias em “alça”. Na cabeça, a lesão mais grave e mais freqüente causa de morte é o hematoma subdural, esta foi a primeira lesão interna da “SIBE” para qual os radiologistas tiveram sua atenção voltada. Ocorrem, ainda, hematoma subgaleal (tração dos cabelos), hemorragia subaracnóidea e contusão cerebral. Além do insulto psicoemocional intenso e reiterado, sob a forma de verdadeira tortura (a ponto de o bebê chorar intensamente à simples aproximação do agente agressor), pode ocorrer a agressão medicamentosa (tranqüilizantes, sedativos, ministrados em excesso para “acalmar” o bebê e fazê-lo dormir), a inanição, por sonegação de alimentos em horários e/ou quantidade apropriados, a desidratação, por sonegação de água, o agravamento de doenças intercorrentes, pelo descaso nos cuidados com a saúde do bebê, lesões punitivas, de genitais e região perineal, a fim de ensinar a criança

a não sujar a fralda, além da prática de atos libidinosos contra crianças, até bebês, nos quais o pai geralmente é o agente. Concluíram relatando que (1)bebês, as crianças de baixa idade (0-3 anos), não têm condições físicas para enfrentar ou escapar, nem para denunciar as agressões praticadas por pessoas maiores, em geral a mãe ou responsável. (2)tais agressões, quando intensas e/ou reiteradas, podem levar à “SIBE”, não bem explicada pela anamnese comum, custando ao médico desavisado acreditar que a mãe ou responsável esteja espancando brutalmente seu próprio filho. (3)além do aspecto típico cromático das lesões externas – “espectro equimótico” -, e de fraturas múltiplas de ossos longos em distintas fases de consolidação, lesões de outra natureza e traumatismos internos graves podem ocorrer. A causa de óbito, em geral, é hemorragia subdural ou traumatismo toracoabdominal. (4)o médico pediatra, o plantonista, clínico ou cirurgião geral, ortopedista, traumatologista, radiologista, patologista e o legista devem estar bem informados a respeito da “SIBE”, a fim de serem tomadas as providências necessárias para salvaguarda a integridade corporal e da vida da criança, bem como aquelas pertinentes ao serviço que devem prestar à Polícia e à Justiça. (5)a divulgação da “SIBE” deve ser feita entre os médicos e junto ao público, a fim de que todos estejam cientes desta estranha e grave síndrome traumática.

Em 1986, Casamassimo³³ realizou estudo em tópicos, descrevendo sobre a vítima, o perpetrador, o ato e a conduta do odontopediatra, com características peculiares de cada um:

- Criança abusada sexualmente: a vítima, onde relata que meninas são mais abusadas do que meninos numa proporção de 9 ou 10 para 1. Citou o estudo de Jaffe et al. (1975) apud Casamassino (1986)³³ realizado em Minneapolis com crianças abusadas sexualmente onde a média de idade das vítimas foi de aproximadamente onze anos. Assim como o de May (1978) apud Casamassino (1986)³³ onde este relatou que a vítima nem sempre

conhece ou se relaciona com o perpetrador, o que dificulta a denúncia e aumenta a probabilidade de abuso em outras oportunidades.

- Criança abusada: o perpetrador, onde os familiares são responsáveis por aproximadamente 90% dos maus-tratos. O abusador pode ser tímido, retraído, calado; apresentar problemas sexuais e/ou conjugais, alcoolismo, depressão e ter sido vítima quando criança.
- Criança abusada: o ato caracteriza-se por pornografia, prostituição, relação anal, oral, afago e exibicionismo entre outros. Abuso sexual pode ou não ser associado com abuso físico da genitália ou outras áreas. A penetração durante a relação ocorre, mas não responde pela maioria dos atos sexuais.
- Criança abusada: a conduta do odontopediatra, os profissionais que entram em contato com crianças devem estar atentos a toda e qualquer modificação comportamental ou física dos pacientes assim como de seus responsáveis; estes devem estar dispostos a relatar os acontecimentos e suspeitar de lesões que acometem a região peribucal.

Relatou em seu estudo que crianças vítimas de abuso sexual podem apresentar gravidez precoce, além de algumas manifestações orais relacionadas ao ato sexual e doenças venéreas. As lesões mais comuns à cavidade bucal são lacerações, escoriações no palato duro e mole, manifestações orais de doenças venéreas como condiloma acuminado, eritemas e petéquias no palato devido a felação. Que segundo relatos de De Francis (1969) apud Casamassino (1986)³³, alterações psicológicas e comportamentais são características em crianças vítimas de abuso sexual. Essas seqüelas emocionais são exacerbadas de acordo com a idade do paciente, aproximação do agressor e tipo e intensidade da agressão. Distúrbios funcionais de constipação, excesso de masturbação e comportamento sexualizado, são

sinais comportamentais típicos de crianças vítimas de estupro³³. Em 90% dos casos de abuso sexual, o agressor é o próprio pai ou adultos jovens pertencentes à mesma família da vítima.

Badger¹¹ no ano de 1986, discorreu sobre abuso e negligência onde relatou que são um problema nacional (E.U.A.), que a extensão exata é desconhecida, mas com esforço continuado em todos os setores da sociedade com programas preventivos o problema pode ser minimizado, controlado. Observou que a classe odontológica deve estar envolvida ativamente na descoberta de todas as fases de abuso e negligência, não só devem reconhecer o problema, mas também informar, tratar, e prevenir todas as situações potenciais. Fez a definição de abuso e negligência assim como caracterizou o abusador e a criança abusada. Finalizou relatando que os profissionais que suspeitam do fato devem procurar as autoridades e que estes são protegidos pela legislação, o anonimato é mantido, uma vez que a agência social recebe o relatório, esta irá investigar e estabelecer provas.

Realizou estudo com dois grupos de crianças que foram acompanhados por um período de 1 ano. Grupo A formado por 42 crianças com idades de 2 – 12 anos (26 meninas, 16 meninos). Dois subgrupos foram formados com propósito estatístico: idades de 2 – 5 e 6 – 12 anos. Grupo B constituído por 26 crianças com idades de 4 – 19 anos (11 meninas, 12 meninos). Três subgrupos foram formados: 2 –5; 6 – 12; 13 –19 anos. Ao final do experimento, o autor não detectou diferença significativa com relação ao índice de lesão de cárie em crianças abusadas quando comparadas às crianças não maltratadas. Socialmente, as crianças abusadas, falam pouco, são submissas, se irritam com facilidade e apresentam com freqüência expressões faciais contraditórias ao que estão pensando.

Bross (1986)²⁴ discorreu sobre a importância dos odontopediatras relatarem casos de abuso, maus-tratos e negligência contra crianças. Devem conhecer as exigências mínimas para

documentar casos que possam ser ingressados em tribunais, pois podem ser chamados como testemunhas. A integração com médicos, advogados e outros profissionais, faz parte da prática multidisciplinar para resolver/minimizar estes fatos. Relatou que com a obrigatoriedade de denunciar, desde os anos 60, houve um aumento nos casos de abuso e negligências informados. Com relação às leis específicas de proteção à criança que se aplicam aos dentistas, relatou que nenhum profissional que informa é responsável por provar o abuso ou negligência, sua identidade é mantida em sigilo, a lei é a única ferramenta que assegura um exame completo da criança, é completada sem privar uma criança ou responsáveis de proteção processual. Sem a autoridade da lei, crianças abusadas ou abandonadas não teriam suas situações completamente investigadas. Se um dentista observar ou souber que uma criança foi abusada ou negligenciada, e não denunciar, este pode ser processado criminalmente em alguns estados (E.U.A.) ou estar sujeito a multa. Relatou o caso de um médico que foi acusado de não relatar o caso de uma criança que sofreu acidente involuntário, em Los Angeles 1984, com arma de fogo que posteriormente conduziu à morte. Pelo menos 3 outros médicos foram processados por não relatar. Foi ordenado a pagar uma quantia de \$ 186.851 em danos. Concluiu relatando que com a legislação atual e leis correntes o ideal é que haja o relato. Com relação ao dentista como testemunha, este deve possuir o máximo de documentos possíveis, radiografias, testes de laboratório, fotografias de mordeduras, alopecia, para que não haja necessidade da criança ser arrolada como testemunha e entre em confronto direto com o perpetrador.

Dubowitz & Newberger⁴⁸ em estudo no ano de 1986, relataram que nos últimos 20 anos, cada um dos 50 estados, dos Estados Unidos, desenvolveram uma legislação que designa ao profissional que mantém contato ou é responsável pelo atendimento de crianças, a obrigação de informar casos suspeitos de abusos e maus-tratos. Estes ampliaram a lei e incluíram abusos sexuais e negligências. Devido à

diferença existente em cada legislação, realizaram o estudo com o intuito de examinar as políticas mais comuns e suas práticas. Referem-se a temas como: a abordagem filosófica para Criança Abusadas e Negligenciadas; a primazia da família biológica; planejamento a longo prazo para a prevenção; Avaliação da Criança Abusada, Processo de Tratamento e destino das crianças.

Holmes-Johnson et al. (1986)⁷² relataram que durante a consulta, ao questionarem o responsável, a respeito do que aconteceu com a criança, muitas vezes estes são vagos, inconsistentes e evasivos nas respostas. Inventam acidentes insignificantes em relação à gravidade das lesões encontradas. A demora em providenciar tratamento ou ter outras pessoas que não sejam os pais ou responsáveis conduzindo a vítima ao consultório, constituem comportamento auto incriminante por parte dos mesmos.

Kittle et al. (1986)⁸⁸ realizaram estudo com o propósito de revisar, modificar e atualizar o trabalho realizado pelos mesmos em 1981 quando desenvolveram um protocolo de exame para auxiliar o cirurgião-dentista no diagnóstico e relato de casos suspeitos de injúrias acidentais e não acidentais contra a criança (p.45). Citaram que milhares de criança são abusadas a cada ano; que 35% das vítimas de abuso não fatal serão abusadas novamente dentro do período 1 ano e que 50% das crianças severamente abusadas morrerão de abuso recorrente se não forem introduzidas medidas terapêuticas formais. Sabendo que em mais de 50% das crianças abusadas os danos acontecem na face e cavidade oral, o dentista tem oportunidade sem igual para identificar e informar casos suspeitos e tentar diminuir a taxa de mortalidade. Uma modificação no exame de traumas acidentais e não acidentais previamente desenvolvido foi apresentado para incorporação com o exame dental rotineiro. Concluíram que a melhor medida a ser tomada com uma criança vítima de abuso ou abandono é informar as suspeitas imediatamente para a

autoridade apropriada. Os profissionais devem se tornar um defensor de crianças.

Apresentaram, Loochtan et al. (1986)⁹⁷ a definição, aspectos legais e os desafios da profissão com relação à negligência dental com crianças. Relataram que o reconhecimento e relatório de negligência dental por profissionais são raros. Que todos os 50 estados americanos têm estatutos, que apóiam através de penalidades contra o descumprimento e exigem que os dentistas informem casos suspeitos de abuso e negligência. Todavia, alguns estados reconhecem negligência dental como parte de negligência geral. Citaram que o dentista normalmente não está em uma posição cômoda para avaliar o cuidado global de uma criança e freqüentemente tem que consultar outros profissionais como médicos ou serviços protetores para saber se a suspeita de negligência está garantida. Realizaram breve explanação sobre a Síndrome de Münchhausen por procuração; e o relato clínico de um caso de negligência que foi entregue às autoridades por descaso dos responsáveis. Concluíram observando que devido às barreiras físicas para tratamento, como também para uma variedade de fatores da sociedade, o reconhecimento e informação de casos de negligência dental é um processo complexo, porém, uma vez a patologia explicada ao pai, negligência dental foi identificada com maior freqüência. Uma pesquisa com estados americanos encontrou que apenas Wisconsin e Nova Iorque delinearão o cuidado dental nas definições de negligência. Profissionais de odontologia não podem ignorar os esforços de outros profissionais e pessoas para ajudar crianças abandonadas. O desenvolvimento de uma definição de negligência dental foi um importante passo.

Needleman¹¹⁸ relatou em estudo do ano de 1986 que segundo Levine (1977)⁹⁶, marcas de mordidas são lesões freqüentemente encontradas em crianças abusadas, tanto física quanto sexualmente, diferenciando entre si apenas em relação à natureza e localização.

Schmitt (1986)¹³⁷ descreveu dez tipos de abuso infantil e negligência. Dos 652.000 casos relatados oficialmente nos E.U.A., em 1980, os de maior incidência foram o abuso físico (31,8%), a negligência com a educação (27,8%) e o abuso psicológico (26,3%). Todos os subtipos relatados são claramente danosos para o desenvolvimento físico e emocional da criança. Além desses três subtipos, citou o abuso sexual, envenenamento proposital, retardo no crescimento, síndrome de Münchhausen por procuração, negligência com cuidados médicos, negligência odontológica, negligência com a segurança e falência do desenvolvimento da criança por falta de alimentação adequada. Quanto ao tipo de trauma associado ao espancamento, podem ocorrer: laceração, hemorragia, hematomas em regiões corporais não proeminentes (injúria hemorrágica com abaulamento tecidual), equimose (mancha hemorrágica não saliente e não lacerada), escoriação, ferimento corto-contuso, queimaduras e fratura. Relatou que muitas vezes é possível identificar, por exemplo; impressões lineares em negativo, sugestivas de tapas; equimoses em região periorbital e nasal associada a murros; hematoma auricular causado por soco ou corda; equimose e/ou laceração por mordida; sinal de queimadura de cigarro.

Relatou Schmitt (1986)¹³⁸ que os aspectos relacionados à história contada sobre a causa das lesões encontradas na criança podem sugerir abuso. Histórias contraditórias, lesões inexplicáveis, histórias implausíveis, alegação de lesões provocadas por automutilação e demora em procurar o socorro médico são alguns destes aspectos.

Em 1986, Sobel¹⁵¹ relatou um caso de maus-tratos contra uma criança de 4 anos de idade, onde o perpetrador era o próprio pai. Salientou a importância da avaliação do paciente, reconhecimento do problema, que foram discutidos durante o tratamento, proteção, relato, intervenção legal e aconselhamento familiar. Concluiu citando que uma interação de disciplinas múltiplas e profissionais qualificados é necessária

para resolução positiva de assuntos referentes a maus-tratos contra crianças.

Weintraub (1986)¹⁷¹ relatou que o Manual do Programa de Segurança da Criança, segundo sua publicação de 1984, aproximadamente 50.000 crianças desaparecem a cada ano e os casos permanecem sem solução ao término deste ano; aproximadamente 150000 crianças seqüestradas a cada ano são vítimas de batalhas de custódia; a cada ano é informado que mais de 1 milhão de crianças se tornam "fugitivas" ou "desaparecidas", algumas vítimas de crimes, outras se tornam os criminosos; centenas de crianças são encontradas mortas e não podem ser identificadas. Descreveu que programas de identificação de crianças deveriam ser instituídos para que a identificação destas seja mais rápida e eficiente. Relatou que cirurgiões-dentistas são essenciais nas medidas preventivas para este sistema de identificação. Quando crianças são raptadas, sofrem maus-tratos que levam a óbito, estes corpos após alguns meses estão em decomposição e somente a análise de tecidos duros é possível para realizar a identificação. As impressões digitais de uma criança de 3 anos, não estão freqüentemente muito claras e são de qualidade desprezível em procedimentos de identificação. Portanto, profissionais realizando documentação odontológica através de radiografias, fotografias, preenchimento de informações sobre a cavidade bucal, podem auxiliar neste diagnóstico. Um microdisco, aprovado pela Associação Dentária Americana (ADA) e pelo Instituto de Pesquisa Dentária do Exército do Estados Unidos (AIDR), vem sendo pesquisado. Este seria instalado com resina composta em local padronizado, face mesial do primeiro molar superior direito permanente e primeiro molar decíduo, com código de até dez dígitos, com vida útil de 3 a 5 anos e o código de cada paciente estaria armazenado no computador central da sede da ADA. Comitê de Pesquisa Americano de Odontologia Legal declarou que "a colocação rotineira de marcadores de identidade, embora recomendado por numerosos investigadores, é considerado prematuro

devido à falta de informação científica em compatibilidade de tecido, durabilidade, localização e padronização da informação contida. O comitê recomenda um estudo inclusive da viabilidade de sistemas de marcadores dentais antes da implementação".¹⁷¹

Em 1986, Wagner¹⁶⁶ descreveu em seu estudo a importância da identificação de marcas de mordidas em crianças, pois estas comumente estão associadas aos maus-tratos e abuso sexual. Relatou que raramente são acidentais e são bons indicadores de criança abusada. Marcas de mordidas humanas são identificadas pela forma e tamanho. Apresentam padrão elíptico ou oval que contém marcas de dente e arco. Estas impressões podem ser comparadas com a dentição e impressões dentais de suspeitos ou vítima. A maioria das crianças abusadas é levada ao atendimento de emergência de hospital, clínicas pediátricas com uma história de trauma acidental provida pelos pais ou guardiões adultos. Estes danos raramente acidentais são indicadores de abuso. Onde há evidência de trauma, normalmente é possível excluir todos os suspeitos menos o agressor. Na maioria dos casos, a pessoa que inflige a lesão é a responsável pela guarda da criança. Citou que a documentação fotográfica é crucial para a investigação de mordidas e deveria ser repetida posto que a lesão pode mudar significativamente em 24 horas, idealmente, todas as fotografias deveriam ser em preto e branco como também colorida. Marcas de mordida são encontradas em um número significativo de criança vítimas de abuso, a maioria dos casos são resultado de mordidas de ataque e são reconhecidas e só documentadas quando a vítima é examinada por um médico legista especialista em uma investigação de morte. Somente após a identificação, que um odontólogo legista é solicitado para evidenciar e dar prossecução ao fato. Em vítimas viventes, a avaliação das lesões pode ser difícil, pois há mudanças de tecido (infecção, edema, e descoloração). Observar a área suspeita sob ultravioleta, pode ajudar a discernir a marca do dente. Marcas de mordidas em crianças acontecem em localizações diferentes do corpo

com relação à idade pré-escolar, idade escolar ou adolescente. Em crianças, as lesões tendem a ser punitivas e são freqüentemente resposta ao choro ou sujeira. Como resultado, podem aparecer em qualquer lugar, mas tende a se concentrar na bochecha, braço, ombro, nádegas ou genitália. Castigo por sujeira normalmente é centrado sobre as nádegas ou genitália externa. Normalmente há outras evidências de castigo como contusão, marcas de beliscão, queimaduras, etc.

Needleman (1987)¹¹⁹ relatou que os maus-tratos e o abandono de crianças e adolescentes constituem um problema social crescente que não se limita às profissões médica, jurídica ou de assistência social. O dentista, ao tratar crianças e adolescentes, deve ser capaz de descobrir, documentar, relatar e, muitas vezes, ajudar a orientar estes pacientes necessitados e suas famílias, que o diagnóstico começa quando a criança entra na sala de recepção ou no consultório, pois o profissional e sua equipe devem observar a aparência geral da criança, sua compleição e estatura, a marcha, sua interação com os pais e sua vestimenta. Nos E.U.A., os números indicam que 1.000.000 (625.000 comprovados) de crianças são maltratadas e abandonadas anualmente, e destas cerca de 1.000 morrem a cada ano. Freqüentemente, o traumatismo da região bucofacial é conseqüência de maus-tratos, e o dentista deve estar capacitado para participar na ajuda destes casos. Relatou que em 1962, foi criada a Agência Federal da Criança do Departamento de Saúde, Educação e Bem-estar e publicou um guia legislativo intitulado Princípios e sugestões de Linguagem para a Legislação sobre a Denúncia de Maus-Tratos Físicos à Criança. Em cinco anos, todos os estados e três territórios dos E.U.A. promulgaram tal legislação. Relatou que os dentistas, como profissionais de saúde, têm a obrigação de reconhecer qualquer dos muitos subtipos de maus-tratos e negligência como: Maus-tratos físicos, Abuso ou exploração sexual da criança, Falta de desenvolvimento, Envenenamento ou intoxicação intencional, Síndrome de Münchausen por procuração, Negligência com

cuidados de saúde, Negligência com a segurança, Maus-tratos emocionais, Negligência emocional, Negligência física, Maus-tratos educacionais. Maus-tratos às crianças distribuem-se igualmente entre meninos e meninas, quando se consideram todas as formas de maus-tratos e abandono. Geralmente, a incidência de maus-tratos aumenta com a idade. Contudo, existem duas exceções: (1) nos meninos, a incidência dos maus-tratos físicos diminui com a idade, acima do grupo etário de três a cinco anos; e (2) a incidência da negligência física, em meninos e meninas, é relativamente constante do nascimento até os dois anos de idade. Lesões físicas sérias em geral são encontradas no grupo etário pré-escolar (nascimento aos cinco anos), com 70% das mortes ocorrendo nessa época. A negligência educacional e emocional é mais comum nos adolescentes do gênero masculino (12 a 17 anos) do que nas adolescentes femininas, mas eles estão ligeiramente menos sujeitos à negligência física do que as meninas. A incidência do abuso sexual é mais elevada entre adolescentes (12 a 17 anos), mas metade das vítimas femininas de abuso sexual é mais jovem (do nascimento aos 11 anos). Os pais e responsáveis representam um corte transversal da população geral, nos E.U.A., em 1981, 68% dos maus-tratos ocorreram em famílias brancas, 22% em famílias negras e o restante em famílias hispânicas. Noventa e cinco por cento dos ofensores eram pais, e não tutores. Em geral, a mãe é a ofensora; entretanto, os casos de maus-tratos infligidos pelo pai estão aumentando, freqüentemente, um dos pais é o espancador, enquanto o outro aprova passivamente a sevícia. O ofensor tem com freqüência uma história de ter sido maltratado, de modo que esta prática de criar os filhos passa de geração a geração. Cinquenta por cento das famílias tem um só genitor e, dessas, 43% são dirigidas pela mulher; 10% de todos os casos de maus-tratos físicos envolvem queimaduras; mais de 95% das lesões intracranianas graves durante o primeiro ano de vida resultam de maus-tratos físicos. As lesões podem incluir hematomas subdurais, hemorragias subaracnóideas, alopecia traumática, hematomas

cefálicos, hematoma subgáleo e equimoses do couro cabeludo. A ocorrência da penetração bucal tem sido observada em vários graus e, em um estudo, foi relatada em cerca de 10% dos casos. Dados recentes indicam que o contato orogenital pode acontecer em até metade dos casos de abuso sexual envolvendo meninos. Os achados bucais incluem equimoses, petéquias, ou eritema dos palatos mole e duro, lacerações e a presença de esperma ou pêlos pubianos na cavidade bucal e que doenças venéreas bucais podem ser diagnosticadas no abuso sexual de crianças. Finalizou citando que o registro dos dados deve ser permanente, acurado e reprodutível, podendo o profissional utilizar técnicas de documentação escrita, fotografias, radiografias e modelos de estudo para o diagnóstico.

King et al. (1988)⁸⁶, relataram que pais que foram violentados apresentam maior probabilidade de se tornarem pais violentos. Descreveram que em 750 casos de espancamento, 189 tinham múltiplas fraturas.

Em 1988, Castro Neto³⁴ relatou que estudos recentes comprovaram que pelo menos 25% das meninas e 10% dos meninos sofreram abuso sexual antes de completarem 18 anos, freqüentemente a vítima é uma criança entre quatro e onze (4 – 11) anos de idade, é cometido na maioria das vezes na casa da própria criança, ou na de um parente ou amigo. Citou os principais sintomas que podem ocorrer em crianças vítimas de abusos sexuais como: ansiedade, tristeza e choro fácil, pesadelos, insônia, perda de apetite, regressão, dificuldades na escola, recusa em ir à casa de um parente ou amigo, atos de conduta sexual parecidos com a dos adultos, sintomas físicos – irritação da boca, genitália ou região anal.

Gauderer⁵⁵, 1991, relatou o intuito de alertar conscientizando para o tema-tabu: abuso sexual de crianças. Discutiu as dificuldades emocionais de se identificar o abuso sexual em crianças e os mecanismos psicológicos que perpetuam esta situação. Realizou a

avaliação e o diagnóstico detalhadamente, com ênfase quanto à entrevista e o exame físico. Com relação à incidência, relatou que 84% das vítimas de estupro tinham 16 anos ou menos e 58% tinham 13 anos, que no estado de Minnesota, a incidência de abuso sexual com crianças era quatro vezes mais alta do que a de abuso físico. Analisou em detalhe formas de intervenção e tratamento em termos individuais, grupais e familiares. Finalizou abordando a prevenção em termos primários que é realizada com o tratamento do abusador sexual; secundários com o tratamento para as vítimas, e para famílias incestuosas; e terciários com a criação de Centros de Prevenção em Crises para Estupro e programas de tratamento, além de esclarecer sobre a legislação brasileira sobre o tema.

Gauderer⁵⁶, 1991, definiu o abuso sexual, como um fenômeno semelhante aos maus-tratos do menor, porém de difícil detecção, pois não deixa lesões físicas. Pode variar desde discretas carícias a estupro com lesões físicas, em bebês a adolescentes. Citou que meninas são abusadas dez vezes mais freqüentemente que meninos, sendo as formas mais comuns de abuso sexual em meninas, o exibicionismo, carícias, contato com a genitália, masturbação, relação sexual vaginal, oral ou anal, por um agressor masculino. Os meninos também são tipicamente abusados por um agressor masculino, e são submetidos a carícias, masturbação mútua, felação e sexo anal. Citou o estudo da National Incidency Study que estimou, de 1979 a 1980, 45 mil casos de abuso sexual relatados por profissionais. O estado de Nova Iorque relatou 8.728 casos de abuso sexual em 1987, ou seja, 8% de todos os casos de abuso físico e sexual. Estudos retrospectivos revelaram que 20 a 30% de mulheres adultas relatam terem tido relações sexuais forçadas com homens quando crianças, e aproximadamente 1% delas eram utilizadas pelo pai ou padrasto. Relatou que o abuso sexual pode estar acompanhado de maus-tratos físicos; a boca, o ânus e a genitália externa podem apresentar sinais de trauma. Para o diagnóstico, segundo o autor, o profissional deve adotar uma postura de sensibilidade, respeito

e carinho. A criança e os pais devem ser entrevistados separadamente para minimizar a possibilidade de coerção. A criança na qual seu estado emocional e(ou) idade interferem na verbalização pode ter capacidade de recriar o seu processo de vitimização através de jogos. Deve-se estabelecer um relacionamento de confiança e a criança nunca deve ser forçada a descrever como ocorreu este evento traumático. Descreveu alguns sintomas das crianças que foram sexualmente abusadas que se relacionam a medo e ansiedade: distúrbio do sono, insônia, terror noturno, queixas físicas e psicossomáticas diversas, perda do apetite, regressões no funcionamento emocional tais como chupar dedo, onicofagia e enurese. Em algumas situações a criança desenvolve uma síndrome de *stress* pós-traumática, caracterizada por ataques de pânico, estados de depressão, incapacidade, terror noturno e um medo mórbido de novos ataques.

Kassebaum et al. (1991)⁸² avaliaram através de questionário, o reconhecimento e informação de cirurgiões-dentistas do Texas com relação ao abuso contra a criança. A pesquisa conteve perguntas de quatro categorias: (1) área de atuação do profissional; (2) habilidade deste para distinguir dano acidental e não acidental; (3) conhecimento do profissional de comportamentos de crianças sexualmente abusadas; e (4) questões relacionadas ao hábito de relatar casos suspeitos. A pesquisa foi realizada em junho de 1986, foi enviada a 1000 dentistas do Texas. A amostra constituiu-se de clínicos gerais (800), odontopediatras (80), e cirurgiões orais (120). Havia 335 respostas, para uma taxa de resposta de 33,5%. A primeira questão sobre dados demográficos dos respondentes rendeu o seguinte perfil: 268 clínicos gerais; 34 cirurgiões orais; 28 odontopediatras; e 5 que escolheram a categoria "outro". A próxima seção que continha perguntas sobre obrigações legais em informar, a habilidade do profissional em distinguir injúria acidental e não acidental, e o conhecimento destes sobre o comportamento das crianças sexualmente abusadas, pelo menos 75%

responderam corretamente. A porção final com o intuito de caracterizar a prática da denúncia dos profissionais, 36% dos dentistas responderam que já tinham suspeitado de um caso de abuso pelo menos; 19% indicaram que tinham informado um caso pelo menos para as autoridades. Foram solicitados a identificar, entre cinco itens, a razão principal para a hesitação em informar um caso suspeito: (1) falta de história adequada; (2) falta de conhecimento sobre o problema e o papel do dentista informando; (3) o efeito que poderia estar causando à sua profissão; (4) falta de tempo; e (5) todos os anteriores. A maioria, 62%, relatou a falta de história adequada como a razão principal, enquanto 22% indicaram a falta de conhecimento, 2% indicaram que poderia ser prejudicial à prática da profissão e 14% falta de tempo; nenhum selecionou questão (5). 68% dos participantes afirmaram que a pesquisa havia aumentado seus conhecimentos ou consciência sobre abuso contra a criança.

Em 1991, Loos⁹⁸ realizou estudo onde abordou a negligência odontológica, que segundo a Academia Americana de Odontopediatria, consiste na omissão dos pais/responsáveis em procurar tratamento para cárie dentária, infecções bucais ou qualquer condição bucal que dificulte ou impossibilite a alimentação, cause dor crônica, atrase o crescimento e desenvolvimento da criança, ou impeça suas atividades rotineiras. Crianças maltratadas podem mostrar alterações de comportamento, como sintomas regressivos, depressão, ansiedade, deficiência no rendimento escolar, agressividade e um olhar caracteristicamente paralisado.

Saxe & Mccourt (1991)¹³⁶, relataram que a suspeita de maus-tratos, no campo médico-odontológico, baseia-se essencialmente na anamnese e exames clínicos complementares. É importante que o histórico seja pesquisado através de entrevistas separadas com pais e a criança. A boca consiste no alvo preferencial dos maus-tratos, devido a sua importância na comunicação e alimentação. O agressor, por exemplo,

pode injuriar os lábios e a cavidade bucal da criança, utilizando força para silenciá-la.

Em 1992, Fonseca et al.⁵⁴ relataram que dos 1248 casos de maus-tratos infantis detectados no Hennepin County Medical Center, em Mineapolis, de janeiro 1985 a dezembro 1989, havia 485 meninos (38,8%) e 763 meninas (61,2%), 41% foram casos de abusos físicos, 35,4% abuso sexual e 23,6% foram episódios de negligência infantil. Descreveram que 75,5% de lesões envolvem cabeça e pescoço, 37,5% de casos de maus-tratos envolvem cabeça, face e cavidade bucal. Encontraram discrepância entre gêneros apenas nos casos de abuso sexual (4 meninas para 1 menino). Verificaram maior ocorrência em crianças pequenas (menores que 4 anos), o que se justifica pelo fato de não apresentarem capacidade de defesa por sua própria constituição física. Sinais de queimaduras podem ser identificados em alguns casos, o aspecto da queimadura pode ser patognomônico. Lesões causadas por cigarros apresentam-se circulares e uniformes; as provocadas por objetos quentes reproduzem o formato do mesmo; já as queimaduras originárias de líquidos ferventes, possuem as mais variadas localizações (nádegas, boca), e geralmente são uniformes tanto em severidade quanto em aparência. Observaram que injúrias nas bochechas, orelhas, olhos, equimoses e hematomas periorbitais, lesões no nariz, nos lábios e algumas raras escoriações no queixo, são os tipos de trauma facial mais freqüentes. Um tipo peculiar de injúria que acomete a cabeça, mais especificamente o couro cabeludo, conhecida como alopecia traumática, também foi relatada. Médicos examinaram quase todos os pacientes (97,9%) e determinaram que a história dada pelos responsáveis que acompanharam as crianças era consistente com os achados físicos em 906 casos (72,5%). Ambos os pais eram os perpetradores em 94 casos (7,5%), considerando que só um era responsável em 790 casos (63,3%). Mais da metade de todos os casos (54,8%) aconteceu em casa, abuso principalmente físico (67,3%) e negligência (61%). Os danos intraorais

vistos foram cinco dentes fraturados, três dilacerações de língua e freio lingual, duas dilacerações de freio labial, onze danos em mucosa oral, oito lesões palatais, duas fraturas de mandíbula ou maxila, dentes avulsionados e com mobilidade e negligência dental. Nenhum dentista examinou as crianças na hora da entrada no hospital. Os achados sugestionam a importância de envolver os profissionais dentais identificando, informando, e prevenindo a criança de abuso e negligência. Afirmaram que os odontopediatras apresentam uma posição muito favorável, na detecção dos maus-tratos infantis, pela sua proximidade com a criança, visto que a cavidade oral pode apresentar uma grande quantidade de sinais característicos, tanto de negligência quanto de abuso infantil.

Phebo¹²⁹ descreveu em 1992, três níveis de atuação preventiva para os casos de maus-tratos:

- na prevenção primária, as ações devem objetivar eliminar ou reduzir os fatores sociais, culturais e ambientais que favorecem os maus-tratos, atuando nas causas da violência doméstica;
- na prevenção secundária, a atuação deve ter por finalidade a detecção precoce da criança em situação de risco, impedindo os atos de violência e/ou sua repetição;
- a prevenção terciária relaciona-se ao acompanhamento integral da vítima e do seu agressor, restabelecendo os danos causados pelo abuso.

Azevedo & Guerra (1993)¹⁰, em seu livro, reuniram uma coletânea de textos de especialistas em diferentes áreas do conhecimento, previamente discutidos, em encontros realizados no Laci – Laboratório de Estudos de Criança – órgão vinculado ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Os especialistas revisaram as áreas de sua competência, estabelecendo algumas fronteiras do conhecimento entre aquelas e a violência doméstica; realizando, portanto, uma abordagem multidisciplinar. Os autores apresentaram uma

abordagem histórico-crítica na área da violência familiar contra crianças e adolescente, contrapondo-se à abordagem hegemônica em nível nacional e internacional que tem por base o modelo interativo, ancorado na teoria sistêmica. Realizaram a abordagem da violência familiar numa perspectiva crítica fundamentada numa teoria crítica da infância, na teoria crítica da família, da sexualidade, da criminalidade e da violência. Discutiram o abuso ritualístico, contendo textos sobre o Satanismo, os crimes sexuais bárbaros contra crianças e adolescentes, e o “famigerado” cromossomo Y. Os textos tratam, ainda, das penalidades para os delitos cometidos tanto em rituais satânicos quanto para crimes sexuais bárbaros praticados contra crianças e adolescentes, apontando as contradições da sociedade brasileira, as dificuldades de punição e a necessidade de alterações na legislação vigente. Procuraram desmistificar a relação entre genética e criminalidade, esclarecendo sua relação com o cromossomo Y quando encontrado em dose dupla no homem. Abordam os maus-tratos físicos que são tratados por especialista espanhol na área, que trabalha os aspectos epidemiológicos dos maus-tratos na Espanha, e suas formas de prevenção. A questão do incesto é tratada especificamente na relação pai-filha, enquanto abuso sexual. Os autores apresentam suas diferentes modalidades e suas conseqüências para as vítimas. Finalizando, o livro analisaram os programas de atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica no Brasil, tomando como exemplo, os desenvolvidos no Estado de São Paulo tanto ao nível estadual quanto da sociedade civil. Observaram que da década de 80 para frente, o Brasil procurou acompanhar o influxo internacional pela defesa dos direitos da criança e do adolescente. Descreveram os papéis da Igreja através da pastoral do Menor, das organizações não-governamentais e do Estado através da Secretaria do Menor.

Deslandes (1993)⁴⁵ analisou a atuação do Crami pelos casos atendidos entre 1988 e 1992. Define a violência física como “qualquer ação única ou repetida não acidental (ou intencional),

perpetrada por um agente agressor adulto ou mais velho, que provoque dano físico à criança ou adolescente, podendo variar de lesão leve a conseqüências extremas como a morte”.

Descreveu os principais indícios de violência sexual perceptível pelo cirurgião dentista:

- Dificuldade de caminhar;
- Baixo controle dos esfíncteres;
- Doença sexualmente transmissível presente na cavidade bucal;
- Prurido genital ou na região amigdaliana;
- Dificuldade de deglutição;
- Área avermelhada no palato;
- Sêmen e/ou pêlos pubianos ao redor da boca;
- Vergonha excessiva.

Principais características da família ou responsáveis pela violência contra criança:

- Responsável altamente possessivo;
- Alcoólatra ou usuário de drogas;
- Adepto do isolamento social;
- Agressor pode ter sofrido este tipo de abuso na infância;
- Acusa a criança de sedução sexual;
- Sugere ou indica discórdia conjugal.

Em 1993, Eisenstein⁵⁰ discorreu sobre as doenças sexualmente transmissíveis, infecto-contagiosas, de diversas etiologias, cujo principal modo de transmissão é o contágio direto através do ato sexual. Relatou que toda vez que a suspeita ou a hipótese diagnóstica de DST é considerada em crianças e(ou) adolescentes, as possibilidades de abuso sexual, promiscuidade, prostituição, violência ou negligência social devem ser avaliadas, pois muitas vezes, estas são usadas como “objetos sexuais”, o contato sexual e conseqüentemente as DSTs fazem parte de um processo de dominação/submissão e de regras de “tudo ou nada”

escondidas pelo silêncio. Alertou que é possível uma criança menor de três anos ter uma DST adquirida congenitamente e também ter sido abusada sexualmente. Prosseguiu relatando que as vulvovaginites nas adolescentes e as uretrites nos adolescentes são causas comuns de várias DSTs. A falta de sintomas ou período assintomático não garante a ausência da DST e este fato deve ser bem esclarecido durante a avaliação clínica e terapêutica do paciente adolescente e seu(s) contato(s). Descreveu que a compreensão das situações de risco necessita de uma análise cuidadosa das características individuais e da dinâmica de interação social da criança e do adolescente. Relacionou as crianças e adolescentes que devem ser investigados clinicamente de rotina, com suspeita de alto risco para DSTs:

- Todas as crianças e os adolescentes com suspeita de terem sido vítimas de estupro, abuso ou violência sexual e incesto,
- Adolescentes que convivem com promiscuidade familiar,
- Adolescentes gestantes,
- Adolescentes prostitutas(os),
- Adolescentes homossexuais,
- Adolescentes institucionalizados,
- Adolescentes abandonados, desabrigados ou “meninos de rua”,
- Adolescentes que tiveram contato ou suspeita de contato com uma pessoa com DST,
- Adolescentes que usam droga injetável,
- Adolescentes que receberam transfusão sanguínea nos últimos dez anos.

Relatou Jessee (1993)⁷³, que os maus-tratos à criança consistem em dois componentes básicos: abuso e negligência. Atenção especial tem sido dada ao abuso físico e sexual, devido aos resultados visualmente demonstrativos de tais atos deploráveis. Por outro lado, negligência não parece inspirar o mesmo grau de indignação ou desgosto embora responda por aproximadamente 40% das fatalidades de maus-

tratos à criança e por quase a metade de todos os casos relatados às agências de Serviço de Proteção a Criança. Descreveu que em muitos estados, a negligência dental ainda não é reconhecida dentro do contexto de negligência médica. O estudo tem como propósito apresentar sinais e sintomas da negligência dental, com o intuito que os profissionais venham diagnosticar precocemente tal patologia e com isso diminuir o sofrimento das crianças envolvidas. Diferenciou e definiu negligência e abuso físico caracterizando este por ações individuais agressivas contra o menor, tais como violência física e o abuso sexual. Relatou que o cirurgião-dentista deve estar atento ao tipo de roupa utilizada pela criança, quando esta se apresenta em seu consultório, observar se está adequada com as condições climáticas do momento. A negligência pode ser facilmente diagnosticada quando a criança apresenta características de pouca higiene pessoal, desnutrida, com lesões de cárie e infecções não tratadas após diagnóstico profissional. Fez o relato do caso clínico de uma criança de nove anos de idade que se apresentou ao serviço de emergência com comprometimento do primeiro molar permanente. Concluiu o estudo relatando que os profissionais dentais têm a obrigação de se manterem educados e atentos a todos os aspectos de maus-tratos, e que a negligência infantil não pode ser determinada só através de mero tratamento. Prevenção, assistência, diagnóstico precoce e informação a todos os profissionais de saúde, é o que precisa ser feito para se colocar um fim no ciclo de negligência.

Em 1993, Mathewson¹⁰⁵ relatou que situações em população de baixa renda de países subdesenvolvidos, como desnutrição, falta de higiene, pediculose e escabiose, são consideradas sinais de provável negligência ou abuso físico. Hábitos deletérios, como morder os lábios, onicofagia, sucção de polegar em crianças mais velhas, também podem estar associados à criança maltratada. Considerou negligência odontológica a presença de lesões de cárie facilmente

detectáveis por leigos, infecções ou trauma não tratados e a falta de preocupação dos pais com o tratamento dos problemas bucais.

Sibbald & Friedman¹⁴³ em 1993, realizaram estudo apresentando uma avaliação superficial da criança abusada e destacaram algumas das implicações para a profissão dental. Ressaltaram que é essencial que o cirurgião-dentista esteja informado completamente sobre o assunto de abuso contra crianças. Citaram e definiram como forma de maus-tratos contra a criança, o abuso físico, abuso sexual e a negligência física e emocional. Relataram que apesar da recente onda no volume literário sobre maus-tratos contra a criança, pouco é conhecido sobre a verdadeira incidência ou prevalência de abuso no Canadá. Citaram um relatório publicado em 1984, onde 35% das crianças canadenses foram vítimas de atos sexuais não desejados antes dos 18 anos de idade, resultado consistente com estatísticas americanas. Porém nenhuma citação existe para abuso físico ou emocional e negligência. Realizaram o relato de dois casos de abuso físico e sexual e um de negligência. (*vide relato de casos clínicos*)

Von Burg et al. (1993)¹⁶³, relataram que em 1989 2,4 milhões de crianças foram vítimas de abuso e negligência nos Estados Unidos. Em 1990 mais de 5.000 mortes foi resultado de maus-tratos contra a criança, em Indiana, foram informadas 50.093 crianças como vítimas de abuso e negligência com 52 mortes. Em Indiana, relatórios de suspeita de abuso e negligência foram realizados por: médicos 8,6%; escola / babá 20,8%; família / parente 21,7%; agência judicial / social 20,5%; amigo / vizinho 11,3%; anônimo 13,7%; outros (inclui militar e desconhecido) 3,4%. Não há nenhuma estatística disponível em Indiana em como casos de crianças abusadas e negligenciadas são informados por dentistas, mas numerosas pesquisas foram realizadas em outros estados que identificaram as razões pela qual os dentistas não estão informando suspeitas de abuso e negligência. Realizaram questionários e remeteram a 2952 dentistas de Indiana. Aproximadamente 50% (1491)

dos questionários foram devolvidos, desses, não foram incluídos quarenta e sete nas análises de dados por causa de atraso, incompletos, ou o respondente tinha se aposentado ou se mudado de estado. 1444 respostas foram analisadas, 88% souberam que o abuso de crianças não está associado fundamentalmente com as tensões de pobreza, 80% souberam que na maioria dos casos, crianças não são removidas da casa dos pais. A maioria (92%) estava ciente que crianças que foram abusadas não contam a alguém sobre o fato. 74% acreditava que poderia ser processado prosperamente por informar um caso de abuso suspeito, se o caso não fosse substanciado no tribunal. 60% souberam que a maioria dos casos de abuso contra criança não é levado à corte criminal. 55% não sabem que se uma criança relata prontamente que um adulto causou dano, a acusação normalmente é verdadeira. 82% dos respondentes souberam que o dentista não deveria entrevistar o paciente e os pais juntos. 66% dos respondentes sabiam que o Estado de Indiana obrigava o relatório de suspeita de crianças abusadas. 66% não souberam que trauma para o pescoço normalmente é não acidental. 55% não souberam que existe uma correlação forte entre negligência dental e a presença de negligência física. O número médio de respostas corretas foi seis. Quase 62% (892) dos respondentes indicou interesse em assistir seminários educacionais no tópico de criança abusadas e negligenciadas. Finalizaram relatando que enquanto o Departamento de Bem-Estar Público de Indiana não mantém estatísticas separada sobre dentistas que relataram criança abusada e negligenciada (eles são incluídos na categoria de “profissionais” médicos), é merecedor a ressalva de que 76% dos respondentes souberam que há leis que obrigam o relato de suspeita de abuso às autoridades formais. A lei em Indiana prevê que: “qualquer indivíduo que tem razão para acreditar que uma criança é vítima de abuso e negligência deverá realizar um relatório imediatamente para o serviço de proteção da criança local ou agência de execução legal”.

Waldman¹⁶⁷, em 1993, iniciou seu artigo com uma frase de impacto: "o seu próximo paciente pediátrico pode ter sido psicologicamente ou sexualmente abusado". Relatou que o abuso físico de crianças se tornou tão comum que só quando a morte de uma criança acontece é que a mídia noticia a história, que em 1986 houve aproximadamente nove mortes por 100.000 crianças e três mortes por 100.000 crianças entre um e quatro anos, devido à injúria indeterminada ou homicídio. Em 1987 havia mais de dois milhões de casos informados de maus-tratos de criança, inclusive privação de necessidades, ferimentos físicos menores e principais e maus-tratos sexuais e emocionais. Em 1992 o Centro de Tratamento e Pesquisa das Vítimas de Crime publicou um relatório onde 61% das 12,1 milhões de mulheres (uma em oito mulheres) com menos de dezoito anos de idade apresentavam experiência de violação forçada (estupro). Quase 30% tinha sido forçada antes dos onze anos de idade; 4 milhões de mulheres tinham sido forçadas aos dez anos de idade ou antes, quase dois milhões foram forçadas aos cinco anos ou antes. Um estudo realizado no estado de Massachusetts em meados de 1980, com crianças de 13 a 17 anos, apresentou resultados trágicos, pois 16% dos perpetradores eram estranhos, 40% eram amigos e conhecidos, 18% eram pais ou enteados, 14% eram outros parentes e 10% eram pessoas que trabalhavam na escola ou profissionais de saúde. Relatou que entre 1976 e 1987, o número de abuso e crianças abandonadas aumentou em 225%; 30% dos indivíduos que foram fisicamente ou sexualmente abusados ou extremamente negligenciados quando crianças tornavam-se pais abusivos; as meninas são emocionalmente, sexualmente e fisicamente mais abusadas que os meninos; há maior incidência de estupro enérgico de crianças não brancas que brancas; aproximadamente só a metade dos casos de estupro de crianças são reportados; droga ou abuso de álcool por pais, pais com pouca habilidade ou paciência, pobreza ou renda baixa, falta em fornecer moradia e o desemprego são os cinco fatores

principais que contribuem para o alto número de abuso e negligência; não há nenhuma relação entre maus-tratos de criança e raça; um milhão de crianças eram mal nutridas; 88000 infectados com gonorréia; entre 10000 e 20000 infectados com o vírus da AIDS; mais de um milhão de crianças experimentou um divórcio parental a cada ano; mais de 12 milhões vieram da pobreza; duas mil crianças tinham sido assassinadas; 15 milhões viviam com um único responsável (pai ou mãe). Finalizou o estudo relatando que de 1975, onde apenas 10% dos adultos mostravam importância ao problema de abuso de crianças, para 1980 onde 90% dos adultos reportaram o problema, devendo isto a maior consciência do problema; 90% do público passou a acreditar que o castigo corporal em escolas é impróprio (comparado a menos que 50% em 1970); 70% acreditava que o castigo físico poderia conduzir ao dano físico; que houve menor incidência de pais que gritam ou xingam as crianças (redução de 15% desde 1988) e menor incidência de pais que batem como forma de disciplina (redução de 13% desde 1988).

Em 1994, Assis⁶ abordou o tema da violência em crianças e adolescentes, com base na revisão da literatura e de pesquisas, visando subsidiar a abordagem do problema no campo da Saúde Pública. Constatou que esta violência está presente desde os mais antigos registros históricos, apontando a criança ora como vítima, ora como autora. Apresentou dados para o Brasil, nas décadas de 80 e 90, abrangendo a morbi-mortalidade e especificando as múltiplas formas de violência; que no Rio de Janeiro há 8000 registros policiais envolvendo crianças e adolescentes, com os seguintes índices: violência física, 28%; abuso sexual, 4% e negligência/abandono, 1%. Apontou a perspectiva para o futuro, que é a da prevenção, já sendo utilizada com sucesso em alguns países e enfatizou a necessidade da sensibilização, notificação e reabilitação sobre a violência.

Deslandes⁴⁶ relatou em 1994 que, quando se trata dos aspectos de morbidade por violência contra crianças, o âmbito familiar é o

locus privilegiado destes atos sociais infligidos quase sempre pelos próprios pais ou responsáveis e exercidos de formas variadas, isto é, através de violência física, violência sexual, violência psicológica, abandono intencional e negligência, ou seja, por um conjunto de atos violentos denominados “maus-tratos”. Observou que nos E.U.A., na década de 70 foram criados programas nacionais de prevenção primária e secundária, além de centrais de denúncias, tornando público um problema considerado “particular”. Ainda nos E.U.A., em 1985, 62% dos pais utilizavam a agressão, materializada em empurrões, tapas e, até, uso de armas, no trato com filhos. Segundo o *National Incidence Study*, ao longo do ano de 1986, nos E.U.A., 311.500 crianças, ou 4,9 em cada 1000, foram abusadas fisicamente; 188.100 crianças, ou 3 em 1000, foram abusadas emocionalmente; 133.600 crianças, ou 2,1 em 1000, foram abusadas sexualmente; e 507.700, ou 8,1 em 1.000, foram vítimas de negligência física (U.S. Department of Health and Human Services, 1991). Relatou que no Brasil, somente na década de 80 a temática da violência emerge como um problema de saúde pública, ampliando o espaço para se discutir a questão dos maus-tratos. A Associação Brasileira de Crianças Abusadas e Negligenciadas estimou a ocorrência de 4,5 milhões de crianças vítimas de abuso e negligência por ano no país. Citou estatísticas do Serviço de Advocacia da Criança da Secretaria do Menor de São Paulo que registravam o atendimento de 6.056 casos de crianças vítimas de violência na capital, no período de 1988 a 1990. Destes, 64% eram casos de violência doméstica. A metodologia utilizada pela autora fundamentou-se numa abordagem que conjugou a análise quantitativa de dados referentes a 1645 famílias atendidas pelos Cramis do estado de São Paulo. O estudo focalizou a estrutura, os processos e as representações presentes na atuação dos Cramis, além de caracterizar as famílias atendidas no período de 1988 a 1992. A amostra foi composta da seguinte maneira: Campinas, 452 casos; Piracicaba, 228; Botucatu, 169; Bauru, 272; São José Rio Preto, 239; Itapira, 113 e Sorocaba, 172.

Obteve como resultados: que as condições econômicas das famílias atendidas neste serviço apontam que a maioria absoluta (sempre acima de 70%) recebe uma renda familiar variando entre “menos de um salário mínimo” a “três salários mínimos”, dessas famílias investigadas, cerca de 80% têm dois filhos, agravando a situação de pobreza constatada, quanto à composição familiar, verificou-se que, em todos os Cramis, 40% a 50% das famílias investigadas não contam com a presença de ambos os pais, e em cerca de 30% a 40% das famílias a criança vive somente com a mãe. As faixas etárias das crianças vitimizadas foram, mais freqüentemente, a de 5-9 anos e a de 10-14 anos. Entretanto, separando-se a faixa de 0-6 anos, percebe-se que esta ocupa um percentual muito elevado, de cerca de 41% a 45% das crianças atendidas em todos os Cramis. O primogênito é a vítima preferencial na maioria dos casos em todos os Cramis, e cerca de 77% a 80% dos abusados, são filhos biológicos de seu agente agressor. O agente agressor mais freqüente no conjunto global de maus-tratos praticados foi a mãe, estando presente em 31% a 48% dos atendimentos nos diferentes Cramis. Com relação ao tipo de abuso o que predominou entre os notificados (abuso físico, negligência/abandono, abuso psicológico, abuso sexual) foi o físico, seguido de negligência/abandono, os principais notificantes dos abusos nos diferentes Cramis foram à própria família, anônimos e a comunidade. A participação dos serviços de saúde nas notificações variou em torno de 7% a 24%. Todos os Cramis envolveram outras instituições no atendimento às famílias (variando entre 58% a 82% dos casos). Dessas instituições envolvidas, entre 24% e 42% foram serviços de saúde (na sua maioria hospitais). Observou que, na grande maioria dos atendimentos, em todos os Cramis, a criança/adolescente vitimizada e o agente agressor permaneceram junto à sua família original após a atuação do serviço (em cerca de 75% a 88% dos atendimentos). Um baixo percentual de reincidências notificadas (de 10% a 24% dos casos), na sua maioria cerca de 6 meses depois de encerrada a atuação. Concluiu com o estudo que a

avaliação dos Cramis, através de sua experiência, traz várias contribuições para se pensar como atuar no problema da violência doméstica; que a atenção deve ser integral à família, e não somente à criança e ao adolescente abusados; a família que experimenta os maus-tratos, contanto que devidamente atendida, continua a ser a principal referência afetiva para a criança ou adolescente; o contato com as famílias maltratantes mostra uma série de questões distintas que reforçam as condições predisponentes às relações familiares violentas e de fundamental importância, é a atuação de uma equipe multiprofissional, que favorece uma atenção mais completa aos distintos problemas e necessidades envolvidas na questão da violência doméstica.

Davoli et al. (1994)⁴⁴, realizaram estudo com o intuito de investigar a prevalência da utilização da violência física enquanto medida disciplinar contra crianças de zero a 13 anos de idade, em pacientes do Ambulatório de Pediatria do Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas. Pretendiam descrever as características sócio-demográficas, a relação dos entrevistados com seus pais e cônjuge e o uso da força física em crianças consideradas diferentes. Definiram que a utilização de força física contra crianças menores de 1 ano seria violência, uma vez que só a partir desta idade a criança se relaciona com o mundo externo, necessitando, portanto, de disciplina. Aplicaram questionário a 130 responsáveis que levaram as crianças à consulta ambulatorial, através de amostragem aleatória simples, escolhida a partir da primeira criança, com estabelecimento de um intervalo de três crianças, na ordem de chegada à consulta. O levantamento de dados ocorreu nos meses de agosto e setembro de 1990. Observaram que a faixa etária apresentou distribuição uniforme. Em relação ao gênero da criança, 54,6% eram do gênero masculino e 45,5% do feminino, sendo que 71,5% eram brancos, 26,9% pardos e 1,5% negros; 88,5% dos entrevistados eram mães, destas, 80,8% eram casadas, com idades variando entre 18 e 70 anos, havendo uma predominância da faixa etária dos 27 aos 34 anos; 80,5%

não concluíram o primeiro grau. Em 42,3% dos casos, o pai foi o único responsável pela renda familiar, enquanto que 57,7% o pai e outros membros da família contribuía para o orçamento doméstico. Em relação à vida da criança, observaram que 71,5% das crianças nasceram híginas e 27,7% com enfermidades, sendo que 62,3% já tinham sido internadas para tratamento de saúde. Em 45,4% dos casos, a criança foi considerada, pelo entrevistado, diferente de outras crianças, sendo 69,5% no aspecto comportamento, 18,6% em relação à saúde, e o restante em outros aspectos. Em 84,6% dos casos, os entrevistados foram criados pelos pais, não havendo nenhum caso em que a criação foi realizada somente pelo pai. Em 77,7% dos casos, a relação do entrevistado com a mãe foi considerada boa; em relação ao pai, este percentual foi de 74%. 69,2% dos entrevistados foram disciplinados com uso de força física, sendo que 64,1% aprovam a maneira como foram disciplinados. A relação do entrevistado com o cônjuge foi considerada boa em 80,9% dos casos. O entrevistado ou o cônjuge já fez tratamento psiquiátrico em 12,3% dos casos; na pesquisa dos hábitos, em 25,4% dos casos foram referidos problemas com o uso de bebidas alcoólicas e em 2,3%, com uso de drogas. Constataram que 96,9% dos entrevistados não usam de força física como atitude preferencial no disciplinamento das crianças. Quando esta atitude não resolve, 40% usam de força física (como primeira ou segunda atitude), 42,3% dos entrevistados referiram fazer uso de tal medida, e nos casos onde houve uso de força física, 18,4% das crianças ficaram com marca roxa ou sinal de agressão (lesão corporal). A prevalência de crianças agredidas foi de 10,8% e quando a força física é utilizada, 92,7% escolhem o local do corpo para o emprego da mesma, sendo que 73,5% escolheram as nádegas, sob a justificativa de que “não machuca” ou “machuca menos”. Encontraram um risco 2,17 vezes maior para uma criança disciplinada com uso da força física ser considerada diferente pelos seus responsáveis. Concluíram que mesmo sendo possível pesquisar a ocorrência do uso da força física a partir de uma

justificativa de disciplinamento, a violência ultrapassa em muito este âmbito e, devido à conjunção de vários fatores, mostra-se de difícil detecção em protocolo com questões quantitativas.

Em um artigo, que consistiu num recorte de uma pesquisa, Gomes (1994)⁵⁷, abordou a relação entre prostituição infantil, processo saúde-doença ligado à sexualidade e violência, configurada no ambiente de meninas que vivem nas ruas. No estudo foram apresentados apenas os resultados sobre violência revelados no depoimento das meninas. Para uma compreensão destes dados, inicialmente são tecidas considerações básicas sobre a violência e a pesquisa em geral. Após esta discussão o autor procurou caracterizar, de forma sintética, o cenário dos atores sociais estudados. Dentro deste cenário analisou aspectos da história de vida das meninas, bem como a fala destas sobre a violência, dentro de uma dimensão social. A partir desta análise o autor concluiu que as situações de violência vividas pelas meninas comprometem a saúde, deixando marcas profundas em seus corpos e em suas mentes.

Greene et al. (1994)⁶², apontaram um aumento nos casos de maus-tratos de 60 mil em 1974 para 2.4 milhões em 1989. A falha em fornecer tratamento médico e odontológico adequado a essas crianças é classificada como negligência. Realizaram estudo onde observaram o estado de saúde bucal e necessidade de tratamento dentário entre crianças que sofreram abuso e negligência comparando com crianças que não sofreram abuso e negligência. A amostra incluiu 903 crianças entre 5 e 13 anos; 30 eram casos confirmados de criança abusadas e 873 serviram como controle. Concluíram afirmando que crianças vitimizadas são oito vezes mais propensas a apresentarem dentes permanentes cariados e, portanto, casos confirmados de negligência e abuso devem ser encaminhados rotineiramente para avaliação odontológica, como parte de sua total reabilitação.

Em 1994 Heitzler et al.^{67,68} relataram que nos E.U.A. existe uma lei que estabelece ao odontólogo comunicar a agência de proteção

local de crianças, quando suspeitar de casos de crianças abusadas ou negligenciadas. Descreveram dois casos clínicos que após exames histopatológicos confirmaram o diagnóstico de condiloma acuminado oral. O condiloma acuminado é uma lesão induzida por uma infecção viral, que é caracteristicamente localizada na membrana mucosa da região anogenital, mas também pode envolver a mucosa oral. Relataram que o importante é ter consciência de que a lesão em crianças também tem sido associadas com a pré ou coexistência de condiloma genital nas mães durante a gravidez, podendo haver transmissão vertical durante o parto. Finalizaram descrevendo que a presença de lesões orais, particularmente do palato, pode ser uma indicação de abuso sexual. No caso de abuso sexual suspeito, este deve ser informado a uma agência apropriada de forma que a situação possa ser avaliada por pessoa competente na proteção de crianças abusadas e maltratadas. (*vide relato de casos clínicos*)

Em 1994, Mouden¹¹⁴ relatou que encontrou uma baixa taxa de relatos feitos por cirurgiões-dentistas (0,32%), contrastando com a alta frequência de lesões de cabeça e pescoço, áreas de atuação direta destes profissionais.

Muza¹¹⁷ em 1994 relatou que os maus-tratos a crianças e adolescentes, com suas raízes históricas, sociais e culturais, cresce em meio a dificuldades conceituais e metodológicas que se contrapõem a uma compreensão mais real da magnitude do problema. As conseqüências físicas e emocionais, tardias e imediatas, mostram-se, em boa parte, desvendadas. Concluiu que, uma ação no sentido de compreender e minimizar tal fenômeno se defronta, ainda, com obstáculos importantes, e, neste momento, a prática da interdisciplinaridade se coloca como um caminho.

Paschoal et al. (1994)¹²⁴, realizaram estudo retrospectivo, no Ambulatório de Doenças Sexualmente Transmissíveis da Disciplina de Dermatologia da Faculdade de Medicina do ABC, Santo André – SP, dos

casos de doenças sexualmente transmissíveis atendidos no período de janeiro de 1983 a janeiro de 1994. Os resultados foram comparados aos da literatura e observaram que de modo geral, houve um aumento na incidência desta lesão em crianças. Diante dos dados, os autores fizeram uma revisão sobre as possíveis formas de transmissão e a importância do abuso sexual nesses casos. Relataram a ocorrência de seis pacientes em idade infantil com diagnóstico clínico de condiloma acuminado. (*vide relato de casos clínicos*)

Uchôa¹⁵⁸, 1994, relatou que neste ano poderia existir uma média de 750 crianças sofrendo violência em casa por hora, e nos últimos três anos (91-93), 110 crianças vitimadas por espancamento morreram em São Paulo, que a violência doméstica no Brasil atinge proporções que poderiam ser consideradas alarmantes. Cerca de 12% das crianças com menos de 14 anos (6,6 milhões aproximadamente) são agredidas. Um dos fatores complicadores para a mudança da situação é a denúncia, que, na maioria dos casos, não ocorre. Mesmo tendo crescido 338% nos últimos anos – em 1990, foram 28.267 casos e, em 1993, foram 123.736 casos notificados – 60% das agressões não são denunciadas. O S.O.S. Criança registra, em média, 30 ligações por dia, enquanto que, no Estado de São Paulo, estimam-se 500 mil agressões por ano, sendo 1.370 por dia.

Em 1994, Uchôa¹⁵⁹ relatou que a violência contra a criança não está restrita ao território brasileiro, pois nos E.U.A., em 1990, foram registrados 2,7 milhões de casos de maus-tratos contra crianças com idade média de 7 anos, sendo que, do total, 73,5 mil foram retiradas de casa e 1155 destas morreram em consequência das agressões no próprio lar. Na Europa, em especial na Inglaterra, França e Itália, são registrados nos órgãos de proteção às crianças, em média cerca de 50 mil casos anuais sendo que, na Austrália, uma em cada quatro meninas com menos de 12 anos foi ou é vítima de abuso sexual. Estimou que ocorram, no estado de São Paulo, 500 mil agressões anuais, sendo 1370 por dia.

Von Burg & Hazelrigg (1994)¹⁶⁴, descreveram sobre a consciência do abuso de crianças e a responsabilidade do dentista, que embora os profissionais de Indiana estejam familiarizados com o tópico criança abusada e negligenciada, precisam estar atento às responsabilidades legais como provedores de cuidado de saúde, identificando e informando suspeitas de abuso e negligência. Em Indiana, foram informadas mais de 54.000 crianças abusadas e negligenciadas em 1992, destas 49 morreram. Informaram que os profissionais não têm que provar o fato do abuso existir, estes devem informar e o Serviço de Proteção à Criança se encarregará de investigar e executar a lei. Relataram que há diversas razões para o dentista estar ciente do abuso contra a criança: 65% dos traumas de abuso físico acomete a região de cabeça e face; dentistas têm contato direto com as crianças e as famílias; os dentistas estão em uma posição privilegiada para avaliar as necessidades gerais da criança além da saúde dental. Os ferimentos mais comuns de abuso da criança relatados por dentistas são: dentes fraturados; dilaceração oral; fraturas da maxila ou mandíbula; marcas de mordida nos lábios, bochechas, nariz, pescoço, e orelhas; contusões nas orelhas, lábios, pescoço, braços, garganta e face; queimadura de cigarro na palma da mão; queimaduras orais; trauma repetido na boca, lábios, maxila, mandíbula e dentes; língua ferida por trauma dentário após golpe na face; cicatrizes com vários estágios de cura, indicando traumas em ocasiões diferentes; freio lacerado ou cicatrizado. Estes são somente indicadores - o dentista deve considerar a criança e a história como um todo para suspeitar de abuso. A presença de mais de um destes indicadores deve ser suspeita para o profissional dental que abuso pode estar ocorrendo, o dentista deve estar atento às lesões de lábio, pois podem ser resultado de doenças sexualmente transmitidas e que traumas na garganta podem ser resultado de abuso sexual, assim como petéquias no palato podem acontecer como resultado de abuso oral.

Welbury (1994) ¹⁷² relatou que embora o abuso infantil estar globalmente reconhecido, a maioria dos países não possui estimativa nacional. Com relação à prevalência, nos E.U.A., 1,7 milhões de crianças por ano sofrem maus-tratos suficientemente sérios para necessitarem atenção médica especializada. Na Inglaterra, pelo menos uma criança a cada 1000 com menos de 4 anos, sofre abuso físico com graves conseqüências, como por exemplo fraturas, hemorragia cerebral, injúrias internas graves ou mutilações. Nos E.U.A., mais de 95% das lesões intracranianas graves em crianças com menos de um ano de vida são conseqüências de abuso. Estudos americanos analisando o perfil das crianças atendidas em emergências hospitalares mostram que 10% destas têm menos de 5 anos e que 1,3 crianças em cada 1000 atendidas na Dinamarca apresentam lesões por conseqüência de abuso. A cada ano, pelo menos 4.000 crianças nos E.U.A. e 200 crianças na Inglaterra morrem devido a abuso e negligência, na Escandinávia, esse número é bem menor, em torno de 10 mortes por anos. Descreveu que crianças de todas as idades estão sujeitas ao abuso físico; mas a maioria dos casos acontece com as mais jovens, sendo o fato freqüente, pois são mais vulneráveis e não podem buscar ajuda em outro lugar. Crianças com mais de 2 anos de idade apresentam maior risco, e que morte por abuso é rara após 1 ano de idade. O número de meninos sujeitos à violência é ligeiramente maior do que de meninas; e os primogênitos são mais freqüentemente afetados. É comum a criança de uma mesma família, ser abusada e os outros serem livres de tal abuso. A etiologia das injúrias não acidentais está baseada na interação entre o traço de personalidade dos pais ou adulto abusador, características da criança e condições ambientais. Devido à variação de características comportamentais, traço de personalidade e sintomas psiquiátricos entre os adultos abusadores, não existe uma personalidade específica para o perpetrador. Porém, certas características podem ser reconhecidas, pois ocorrem periodicamente. Concluiu relatando que o cirurgião dentista deve ser

capaz de reconhecer a possibilidade de abuso físico; prover assistência emergencial essencial ao tratamento dental, organizar tratamento adicional se preciso for e informar as autoridades competentes no caso de suspeita.

Assis & Souza (1995)⁷, investigaram os registros de ocorrência da Polícia Civil buscando obter informações que permitissem traçar o perfil dos eventos violentos em crianças e adolescentes no município do Rio de Janeiro. Os dados referem-se aos registros de ocorrência (RO) policial da Secretaria Estadual de Polícia Civil. Coletaram todos os registros referentes às ocorrências de eventos violentos que vitimaram pessoas de zero a 19 anos de idade, no ano de 1990. Procuraram transcrever para o formulário da pesquisa as informações constantes nos RO da forma mais fiel àquela preenchida pelos agentes policiais. Obtiveram 8.000 eventos mórbidos por violência, envolvendo crianças e adolescentes do município do Rio de Janeiro, no ano de 1990. A maioria das vítimas foi do gênero masculino (60%), de cor branca (63%), sendo 90% natural do próprio estado do Rio de Janeiro. Em termos de faixas etárias, o grupo de 15 a 19 anos de idade foi o mais vitimizado (58%), seguido pelo de 10 a 14 anos (22%); 5 a 9 anos (13%) e 1 a 4 anos (5%), os menores de 1 ano representaram apenas 1% das ocorrências. Após o agrupamento das ocorrências detectadas nos registros policiais, nota-se que os acidentes de trânsito e de transporte (37%), as agressões físicas (28%), os roubos, furtos e suas tentativas (16%), foram os principais tipos de eventos violentos. Os desaparecimentos perfizeram 6% e os abusos sexuais, 4%. Esta análise permitiu que fossem apontadas estratégias de ação para a prevenção e tratamento do problema na cidade do Rio de Janeiro. Salientaram a importância da equipe de saúde na atenção integral das vítimas de violência, “a despeito dos obstáculos, o pouco que cada um pode fazer deve ser reconhecido como uma conquista, já que representará mais um

passo na meta maior de plena conscientização dos direitos de cada cidadão”, concluíram.

Em dissertação apresentada em 1995 no Rio Grande do Sul, Bayer¹⁴ teve como objetivo avaliar o conhecimento de Cirurgiões-Dentistas sobre abuso infantil ou Síndrome da Criança Espancada, usando como método de avaliação, um questionário respondido pelos profissionais para um diagnóstico inicial do conhecimento do assunto. Relatou que o tema, nas últimas décadas, tem recebido grande atenção e importância clínica, social e legal, principalmente nos E.U.A., onde há uma literatura desenvolvida a respeito, países como Canadá, Austrália e outros da Europa Ocidental também vêm fomentando a discussão, porém, Rússia e os países da América do Sul, economicamente menos desenvolvidos, têm pouca produção bibliográfica. Afirmou que os profissionais de saúde devem atuar em conjunto, considerando ser o abuso infantil ou a Síndrome da Criança Espancada uma desordem médico-sócio-psicológica. Cinquenta questionários foram entregues aos profissionais, dos quais 25 (50%) foram preenchidos e devolvidos após 10 dias. Com relação à distribuição percentual de acordo com a especialidade, o autor encontrou 36% de clínicos, 12% de ortodontistas, 8% de endodontistas, 8% de odontopediatras, 4% de profissionais que realizavam dentística operatória, 4% de periodontistas e 28% não responderam. Ao perguntar se o profissional sabia definir abuso infantil dando posteriormente esta definição, 15% responderam SIM, com a definição correta; 16% responderam NÃO, sem definir; 5% responderam SIM, sem definir e 64% deram definição incorreta. Com relação aos sinais e sintomas mais comuns encontrados nos casos de abuso infantil, 40% dos entrevistados citaram pelo menos um sinal ou sintoma corretamente e 60% não citaram nenhum correto, ou não responderam. Dos sinais e sintomas mais citados corretamente (número total de citações) têm-se: hematomas com 6 citações; edema – 5; fraturas ósseas e queimaduras – 2; alterações de comportamento – 3; luxações dentárias, fraturas

dentárias, história mal explicada, marcas de cigarro, cicatrizes e desnutrição com 1 citação. Na questão onde os profissionais eram indagados se reportariam um caso de abuso infantil à justiça, 88% dos entrevistados responderam que reportariam, 8% responderam negativamente e 4% não responderam à questão. Dentre as razões pela quais reportaria o caso citam (número total de citações): para que se preserve a criança – 6; porque a criança é indefesa, porque o adulto não tem o direito e por dever social e/ou profissional – 3; porque é crime – 2 e outras respostas – 8. Finalizou o estudo concluindo que o abuso infantil na área odontológica é pouco conhecido; que a grande maioria dos cirurgiões-dentistas não sabem como agir ou documentar, uma suspeita de abuso e que os profissionais que contribuíram com o estudo, manifestaram ser importante o conhecimento do tema e sugeriram a implantação de programas de treinamento adequado.

Fernandes et al. (1995)⁵³, considerando o trauma cefálico, definiram uma variante de abuso físico denominada síndrome do bebê sacudido (shaken baby), em que o lactente é vigorosamente sacudido pelo adulto e lançado contra uma superfície (travesseiro, parede). O movimento leva à aceleração, enquanto o impacto causa desaceleração da cabeça, com conseqüentes hemorragias intracranianas, acompanhadas ou não por lesões externas visíveis e fraturas, portanto na presença de sinais ou sintomas de comprometimento encefálico, como cefaléia, fotofobia, irritabilidade, vômitos, convulsões, a criança deve ser imediatamente encaminhada ao pronto-socorro.

Em 1995 Mouden & Bros¹¹⁵, baseados nos estudos do Comitê Americano de Prevenção ao Abuso Infantil (1992), estimaram que foram registrados mais de 2,5 milhões de vítimas de maus-tratos ou mais de 7.300 casos diários nos E.U.A. (vide Jessee⁷⁷, p.109)

Cariola (1995)²⁹ realizou estudo através da análise de prontuários de crianças que sofreram maus-tratos, atendidas pelo Crami – Centro Regional de Registro e Atenção aos Maus-tratos na Infância – da

cidade de Bauru – SP. Utilizou o método de amostragem aleatória, partindo de uma amostra de 60% dos 966 casos registrados de 1988 a 1993. No que diz respeito ao agente agressor, a mãe aparece com maior frequência (45,37% -49- das 108 amostras obtidas), seguida pelo pai (20,37% -22-). Observou a posição da vítima na constelação familiar, em uma amostra de 103 vítimas, obtendo a frequência de 21,36% para filho único (22), 11,65% para primogênitos (12), 10,68% para o filho caçula (11) e 42,73% para todos os filhos do agressor (44). Relatou que em sua maioria, o estado civil dos responsáveis é de pais casados – 35,35%, seguindo-se os pais separados – 25,25% e o restante dividindo-se em solteiros, amasiados e outros responsáveis (que não os pais). Quanto ao número de filhos da família da vítima, constatou maior ocorrência de agressão em famílias constituídas por três filhos – 26,54% e de filho único – 22,44%, quanto ao gênero, observou uma amostra de 170 vítimas, das quais o feminino constituiu um total de 44,11% e o masculino 55,89%. A idade das vítimas, em uma amostra de 199, revelou que o maior índice de agressões se dá na idade dos quatro aos cinco anos – 16,08% e também entre oito, nove e dez anos – 23,62%. A negligência, os maus-tratos psicológicos, o abandono e o abuso sexual fazem parte dos tipos das patologias pesquisadas, dentre estes, a agressão física aparece com maior frequência, 36,88% (59) da amostra de 160 casos coletados, negligência com 28,13% (45), seguida pelos maus-tratos psicológicos 15,02% (25) e abandono 12,50% (20). Numa amostra de 132 casos coletados, o distúrbio comportamental do agressor 31,06% (41), a desagregação familiar 21,97% (29) e o alcoolismo 17,42% (23), são apresentados como fatores desencadeantes de maus-tratos.

Em 1995, Chaim³⁷ investigou qual a conduta que os cirurgiões-dentistas adotariam diante de uma criança vítima de agressões e maus-tratos, realizando entrevistas por meio de questionário entregue aos profissionais e acadêmicos que participavam da V Jornada Odontológica de Araras em 1993. Quinhentos questionários foram

distribuídos e recolhidos 183 aproveitáveis, obteve 107 respostas de acadêmicos e 76 de profissionais, sendo no total, 58% do gênero feminino e 42% masculino. O questionário continha a pergunta: “Qual o papel do cirurgião-dentista diante de uma criança apresentando sinais de ter sido vítima de agressões e maus tratos?” Como opções de conduta, foram propostos: (1)denúncia à polícia ou órgão competente; (2)conversar com os pais ou responsáveis; (3)outra opção qualquer. Na maioria das respostas (55%), a primeira opção foi de um contato com pais ou responsáveis e, na impossibilidade, denunciar a polícia ou órgão competente. 12% acreditava que deveria apenas conversar com os pais ou responsáveis, esquivando-se assim, da responsabilidade da denúncia. Um grupo de 18% acreditava que a denúncia à polícia seria a única saída, pois a não comunicação dos fatos às autoridades significaria “omissão e conivência” com as atrocidades cometidas. Outros 11% comunicaram os fatos a assistentes sociais, 4% utilizaram a denúncia anônima ou até mesmo afirmaram que “não devemos nos envolver em assuntos pessoais”. Os resultados mostraram que a classe odontológica e os acadêmicos não têm um modo padrão de agir. A comunidade odontológica carece de uma conduta padrão para os casos de violência contra crianças, relatou que os profissionais de saúde devem estar cientes de que a maioria dos casos não chega sequer a sair do ambiente da própria casa e muitos outros são encaminhados, quando o são, primeiramente a pronto-socorros ou hospitais, chegando às mãos do cirurgião-dentista somente após ter passado por outros profissionais. Contudo, isso não exime a classe de qualquer responsabilidade, pois é de suma importância conhecer os procedimentos legais e oficiais frente a suspeita de abuso infantil, uma vez que permitirá ao profissional assessorar de modo mais completo seu paciente, buscando protegê-lo do agressor.

Hibbard & Sanders⁷¹ em 1995 descreveram que os profissionais da área médica e odontológica estão em posição única para

identificar uma criança possivelmente maltratada, devendo estar instruídos quanto ao reconhecimento, documentação, tratamento e notificação de casos suspeitos, que a violência física é a forma de brutalidade mais facilmente reconhecível, pois cerca de 50% das agressões físicas resultam em ferimentos na cabeça e na face que podem ser reconhecidos pelo dentista, 25% dos quais ocorrem na boca ou ao redor dela. O abuso físico relaciona-se a lesões em diferentes fases de recuperação, especialmente na face, nádegas e antebraço. Fraturas múltiplas em diversos estágios de consolidação, principalmente nas costelas, ossos longos e crânio, são considerados sinais patognomônicos de abuso físico. Relataram que de 50 a 65% dos abusos contra crianças são casos de negligência e 25%, de violência física; o abuso sexual e a agressão emocional respondem pela maior parte dos casos remanescentes. As características sociodemográficas das crianças maltratadas variam um pouco, conforme o tipo de agressão ou negligência. A idade média em que se identificam vítimas de maus-tratos é de 7,4 anos; 49% são meninos, 68% brancos, 21% negros e 11% de outros grupos étnicos. As meninas têm uma representação ligeiramente superior como vítimas de violência, porque o abuso sexual prevalece entre elas. Crianças menores (recém-nascidos até 2 anos) tendem a ser mais freqüentemente negligenciadas, do que sexual e emocionalmente atingidas, as mais velhas (12 a 17 anos) são menos negligenciadas, porém mais molestadas tanto emocional quanto sexualmente; fisicamente, são um pouco mais afetadas do que a média. As alterações significativas de comportamento, muitas vezes ligadas ao castigo infantil, incluem retraimento, depressão, mau rendimento escolar, regressão comportamental condizente com o grau de desenvolvimento, teatralidade, agarramento e queixas somáticas. As crianças pequenas maltratadas podem manifestar afeição incompreensível para estranhos ou ser extremamente desconfiadas e distantes nas interações sociais. Relataram que a negligência constitui-se em desatenção com as necessidades

básicas de uma criança tais como: alimento, vestuário, proteção, cuidados médicos, educação e supervisão que a violência física tende a ser episódica, enquanto a negligência, em geral, é crônica. Relataram que o dentista é obrigado por lei a notificar qualquer suspeita de violência contra uma criança, pois a falta de tal procedimento pode resultar em responsabilidade civil e criminal, que a negligência e a agressão infantil podem ser identificadas no consultório odontológico e os profissionais devidamente esclarecidos sabem que é seu dever moral e legal identificar, documentar e notificar suspeitas de maus-tratos às crianças, a consciência dos profissionais em relação aos recursos disponíveis de proteção à infância pode facilitar a sua interação com o sistema legal e melhorar a capacidade de proteger adequadamente crianças negligenciadas ou maltratadas. Relataram que os maus-tratos não são sempre intencionais, o dano ou injúria provocada nem sempre é o propósito da ação, que a raiva expressa ativa ou passivamente contra as crianças, muitas vezes não é planejada, mas pode resultar, em lesões significativas ou mesmo em morte.

Em 1995, Jessee⁷⁵ realizou estudo com o propósito de determinar a extensão e o grau de abuso físico para a cabeça, face, boca, e pescoço de crianças que estavam recebendo tratamento em um hospital pediátrico. Estas eram suspeitas de terem sido vítimas de abuso e maus-tratos. O estudo consistiu em uma revisão de 266 crianças, recém-nascido a dezessete anos de idade, assistidas no Texas Children's Hospital durante os anos de 1993 e 1994. Criança suspeita de terem sido vítima de outros tipos de maus-tratos como abuso sexual, negligência, ou abuso emocional foi excluído do estudo. O protocolo do hospital dirige aos médicos para que peçam uma consulta com assistente social, seguindo um exame, quando há suspeita de abuso. Após avaliação dos 266 casos apresentou como resultado: 83 (31,2%) danos na face e boca; 83 casos de danos à cabeça envolviam severidade variada, 10 casos apresentaram danos ao pescoço, o corpo como um todo, foi ferido, porém o maior

número de casos de danos para cabeça, face, boca e pescoço incluiu 66,2% de todos os casos, justificou esta alta prevalência de lesões na cabeça e pescoço, pelo fato destas áreas anatômicas situarem-se mais proeminentemente e estarem mais ao alcance dos violentadores no momento da agressão. Trinta e quatro (74,8%) crianças apresentaram menos de 3 anos de idade, observaram 151 meninos (57%) e 115 meninas (43%). 55% dos casos envolviam famílias com divorciados e mães solteiras; 37% casos envolviam pais casados e residindo na mesma casa. Em 31% dos casos a mãe biológica foi a responsável pela violência enquanto o pai respondeu por 24% dos crimes; o padrasto ou namorado da mãe respondeu por 10% dos casos; 92% dos casos de abuso ocorreu em casa, somente 9 dos 266 casos aconteceram na escola ou creche. Quanto ao instrumento ou objeto utilizado para agressão, a mão foi citada em 32,8% dos casos, cita outros instrumentos em ordem decrescente: água quente ou comida, remo, vassoura, dentes e facas ou objetos afiados. Os médicos foram responsáveis pelos 266 atendimentos, somente em 1 caso o dentista colaborou assistindo ao médico. 17,9% dos meninos e 14,8% das meninas apresentaram sinais de repetição do trauma. Casos que envolviam fraturas eram comuns, mas contusões ou equimoses, queimaduras, abrasões ou dilacerações, hematomas de subdural também foram observados. Numericamente apresentou 134 fraturas, 70 queimaduras, 59 abrasões ou dilacerações e 20 hematomas de subdural, noventa e cinco danos de cabeça, sendo 57,9% fraturas de crânio e 21,1% hematomas de subdural, 10 casos de trauma desconhecido, 4 hematomas, 2 casos de alopecia traumática e 1 caso de hematoma subgaleal, abrasão/laceração, contusão/equimose, eritema/petéquia. Encontrou 83,3% de trauma facial, sendo 69 contusões ou equimoses, 25 abrasões ou lacerações, 11 queimaduras, 8 casos de hemorragia retiniana, 4 hematomas, 2 casos de perfuração, trauma desconhecido, mordidas e eritema/petéquia, e uma fratura. A bochecha foi o local com maior número de trauma seguido pelos olhos e área

periorbital, testa, lábios, nariz e orelhas. Incluiu o trauma intraoral com 4 fraturas dentárias, queimaduras da mucosa bucal, palato e língua, e laceração da mucosa bucal e gengiva. Nenhum corte ou laceração de freio labial ou lingual nem fratura mandibular foi reportado. As dez injúrias confinadas ao pescoço incluíam 5 contusões/equimoses, 4 abrasões/lacerações e uma ferida por perfuração. Dos danos que envolveram o corpo, relata 39,3% contusões/equimoses, 27,3% fraturas, 19,3% queimaduras, e 9,1% abrasões/lacerações. Durante os dois anos de pesquisa, foram atribuídas 2 mortes ao abuso físico.

Marmo & Ogido (1995)¹⁰⁴, realizaram entrevistas com 76,2% profissionais do grupo de pediatras do Departamento de Pediatria da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP com o objetivo de avaliar as condutas e dificuldades destes na abordagem da violência contra a criança. Dos entrevistados, 86,7% já haviam atendido a uma situação de agressão infantil; em 44,4% dos casos o aspecto terapêutico foi referido como o de maior relevância, em 46% dos entrevistados a maior dificuldade relatada dizia respeito ao diagnóstico dos maus-tratos. Concluíram que, apesar da experiência com o tema, muito poderá ser acrescentado através da elaboração de um manual de orientação e detecção dos maus-tratos, facilitando a atenção a estas crianças. Sugerem que o manual seja usado conjuntamente com outras atividades educativas, para potencializar sua ação.

Meneghel¹¹⁰ relatou em estudo do ano 1995 que as mortes violentas têm apresentado um comportamento ascendente em vários países. No Brasil, elas ocupam atualmente o terceiro lugar no quadro da mortalidade e representam mais de 10% do total de óbitos. Além de possuírem elevada magnitude, elas acometem principalmente populações jovens e adultos em idade produtiva. No Brasil dos anos oitenta, os coeficientes de mortalidade por causas externas passaram de 55/100000 em 1980 para 69,3/100000 em 1986, que violência doméstica é um

componente importante da violência cultural da sociedade. Ela tem sido percebida como instrumento “normal” de disciplinação de esposas e filhos. Estudos procurando identificar a presença da violência doméstica no Brasil ainda são escassos, embora tenham aumentado na última década. Num inquérito populacional realizado no município de Duque de Caxias/Rio de Janeiro, numa amostra de mais de 1300 escolares, verificou-se que 52,8% das crianças haviam sofrido algum tipo de violência por parte dos pais. Noutra pesquisa, utilizando dados do Centro Regional de Atenção aos Maus-Tratos na Infância (CRAMI) no estado de São Paulo, constatou abuso físico em 37,6% dos casos, abandono e negligência em 22%, abuso psicológico em 8,5% e abuso sexual em 5,6% das crianças atendidas. Em Porto Alegre, num estudo realizado com escolares de alta e baixa renda, encontrou 53,9% com história de punição física severa e 11,8% de violência entre os cônjuges. Esses estudos evidenciaram o quanto este é um comportamento comum nas famílias, inclusive as de renda elevada. Argumentou que não existe no Brasil serviços de monitoramento ou vigilância epidemiológica em relação aos atos violentos, porém, existe dados pulverizados em diferentes instituições que podem ser valiosos na construção de um perfil dos fenômenos violentos em nossa sociedade. Concluiu observando que o papel dos profissionais de saúde tanto na detecção quanto no atendimento e encaminhamento desses pacientes é outra questão relevante, pois trabalhar com pessoas vitimadas mobiliza intensos sentimentos nos profissionais de saúde, podendo haver negação, raiva e desconforto, projeção ou ansiedade avassaladora, além disso, a sensação de impotência e imobilismo talvez sejam os parceiros mais freqüentes dos profissionais que atuam na ponta da rede.

Monteiro et al. (1995)¹¹³, classificaram as diferentes formas de violência doméstica, dividindo-as em negligência, abuso sexual, violência física e síndrome da criança espancada. Traçaram o perfil das crianças e adolescentes maltratados, citando que o ambiente familiar

torna-se uma situação de risco quando as brigas familiares são freqüentes, pois muitas vezes, as crianças ao tentarem defender ou proteger a mãe são vítimas da violência do pai. Outra situação de risco, segundo os autores, é a transmissão da violência de uma geração para outra – “as crianças de hoje são os pais de amanhã”. A violência que a criança sofre em um ambiente familiar, onde há brigas entre os pais, não é somente violência física, é também psicológica. Crianças agressivas que foram agredidas em um ambiente familiar apresentam um comprometimento na habilidade de leitura, porém, não há diferenças significativas na capacidade de expressão verbal geral, observaram uma relação positiva entre as insuficiências lingüísticas nas crianças agredidas (dificuldades no falar) e níveis maiores de comportamentos agressivos. Citaram que na Inglaterra utilizam a denominação NAI – Non Accidental Injure – para violência física perpetrada por pais e responsáveis, com atos cruéis e outros mais comuns como: danos emocionais, negligências e abusos sexuais, combinados entre si. Sua incidência é alta na Inglaterra e Gales, atingindo aproximadamente 10 milhões de crianças de todas as raças e classes sociais. As crianças afetadas, em geral, são menores de quatro anos, havendo uma grande concentração entre os recém-nascidos e bebês. No Brasil, a Síndrome da Criança Espancada é pouco diagnosticada, dos setenta e dois casos que participaram da pesquisa de violência física no CRAMI/Campinas – São Paulo, somente dois casos tiveram os diagnósticos confirmados e encaminhados ao Instituto Médico-Legal, para exame de corpo delito. Em Recife, a síndrome acomete a faixa etária abaixo de 3 anos, entretanto, a maior incidência se encontra entre recém-nascidos e menores de um ano. No Instituto Materno-Infantil de Pernambuco, dos 41755 internamentos realizados no período de janeiro de 1980 a agosto de 1986, foram encontradas 107 crianças com diagnósticos de traumatismo ósseo e das partes moles, sendo que 10 destes casos apresentavam a Síndrome da Criança Espancada.

Sicoli et al. (1995)¹⁴⁴, solicitaram, através de um protocolo, cultura para *Neisseria gonorrhoea* em vagina/uretra, cavidade oral e reto em 316 crianças menores de 12 anos, suspeitas de abuso sexual, sendo que apenas 7 crianças (2,2%) tinham um total de 12 culturas positivas. Entretanto, evidência de lesão vaginal foi associada, significativamente, à infecção por *Neisseria gonorrhoea*, através da cultura. Concluíram que esses achados não suportam a prática de solicitar cultura rotineiramente para todas as crianças que apresentarem suspeita de agressão sexual.

Em 1995, Von Burg & Hibbard¹⁶⁵ iniciaram seu estudo com uma frase de efeito “prevenção de crianças abusadas: não subestime o dentista”. Relataram que segundo uma estimativa realizada nos Estados Unidos, houve 2,7 milhões de denúncias de abuso e negligência e mais de 5000 mortes resultaram de maus-tratos. O Departamento Público de Assistência Social de Indiana (1993) reportou que somente neste estado, houve 61700 relatos de crianças maltratadas e 38 crianças morreram por maus-tratos. Descreveram que os dentistas estão em posição privilegiada para o diagnóstico de maus-tratos, pois mais de 50% dos abusos físicos ocorrem na cabeça e área facial, e mais que 70% das fatalidades atribuídas ao abuso são causadas por injúrias na cabeça e pescoço. Muitos pais que provocam injúrias, raramente levam as crianças ao pediatra em centros de emergências, pois podem ser identificados, porém com os dentistas os mesmos não tomam este cuidado. Relataram que numerosas pesquisas identificaram as razões pelas quais os dentistas não estão informando casos suspeitos de abuso e negligência, citaram a falta de conhecimento para identificar a criança abusada e negligenciada; não sabem onde informar tais casos; “não é nossa responsabilidade”; “deixe para os doutores informar isto”. Realizaram um estudo a partir de questionários. O primeiro questionário pré-(teste) programa apresentava 40 questões com a finalidade de coletar dados demográficos sobre os participantes com 26 perguntas de falso e verdadeiro para avaliar a convicção dos profissionais sobre abuso e negligência. O segundo

questionário pós-programa incluiu questões idênticas às do pré-programa e componentes de avaliação do atual programa e sua eficácia presente. O questionário pós-programa foi enviado 2 semanas após o programa. Dois meses após a aplicação das questões e estabelecimento do cenário pré-estabelecido, colocaram em prática o programa. O programa foi considerado sucesso, pois 114 profissionais aderiram. 106 questionários completaram o pré-programa, 55 (52%) dentistas, 27 (25%) higienistas dentais, 22 (20%) outro pessoal dental, e 3 (2%) profissionais não dentais. Os participantes informaram uma média de 14,80 anos de prática profissional. 68 (65%) informaram que tinham uma suspeita média de 3,44 pacientes vítimas de abuso ou negligência, mas somente 20 (19%) tinham informado o abuso. Uma média de 8,33 horas de treinamento prévio foram reconhecidas por 32 (30%) profissionais e 21 (66%) desses informou que recebeu treinamento em oficinas e seminários. Só sete (22%) desses indicaram ter recebido treinamento prévio sobre criança abusada e negligenciada, oitenta sete (82%) dos dentistas não receberam treinamento adequado sobre crianças abusadas e negligenciadas nos cursos dentais e setenta e cinco (74%) dos participantes sabiam que deveriam informar aos Serviços de Proteção de Criança (CPS). Oitenta (86%) sabiam que os relatórios das crianças suspeitas de abuso e negligência seriam investigados e setenta e seis (75%) sabiam que o profissional não precisava de evidências física para informar o caso.

Em seus dados informativos de 1996, a ABRAPIA¹ relatou que não existe no Brasil nenhuma estimativa nacional de abuso infantil. A Associação atendeu 8373 casos de crianças abusadas entre 1990 e 1995, na cidade do Rio de Janeiro. A maioria dos casos foram identificados através de denúncia, principalmente pelo telefone. De todos esses casos, 39% foram causados pela mãe da criança e 24,3% pelo pai. Dentre os tipos de maus-tratos identificados nessa casuística estão: físicos (3801); psicológicos (1482); sexuais (467) e negligência (2448).

Brand et al. (1996)¹⁸, trabalhando com adolescentes que tinham história de abuso sexual, revelaram uma aterrorizante realidade psicológica, que variou desde sintomas depressivos até comportamento suicida.

Jessee & Rieger⁷⁶ em 1996, realizaram estudo retrospectivo no Hospital da Criança do Texas durante os anos de 1993 e 1994, de casos suspeitos de abuso físico e, subseqüentemente, reportados ao Serviço de Proteção a Crianças (CPS). Analisaram crianças recém-nascidas até os dezessete anos de idade, distribuídas em quatro grupos: Grupo 1 - menores ou com um ano de idade; Grupo 2 – de dois a cinco anos de idade; Grupo 3 – de seis a doze anos e Grupo 4 – treze a dezessete anos. Os achados físicos foram incluídos segundo a localização (cabeça, face, boca, pescoço e corpo) e tipo de injúria. Obtiveram como resultado, que o corpo, designado como qualquer parte da anatomia abaixo do pescoço, foi ferido com maior freqüência (164), trauma para a cabeça, face, boca e pescoço foram encontrados em 2/3 de todos os casos (66,9%). Muitas injúrias envolviam mais de um local anatômico (72), como também múltiplos tipos de danos (65). O número total de crianças em cada grupo de idade foi de: grupo 1 = 159 (59,8%); grupo 2 = 77 (28,9%); grupo 3 = 24 (9%); grupo 4 = 6 (2,3%), deste total havia 151 meninos e 115 meninas, sendo a idade média para as 266 crianças 3,02 anos. Toda criança foi examinada por uma médica do hospital, e um dentista estava envolvido, somente pela capacidade aconselhadora, em só um caso. Três quartos (78%) das crianças que apresentaram danos de cabeça pertenciam ao Grupo 1, 90% dos casos que exibiam injúrias faciais estavam igualmente distribuídos entre o Grupo 1 e 2. Dez casos de injúrias no pescoço e sete incidências de trauma intraoral estavam distribuídos nos Grupos 1, 2, ou 3. Em 37% dos casos, os pais estavam casados e residiam na mesma casa, enquanto só sete casos envolviam crianças que vivam com adulto do gênero masculino divorciado, separado ou único. A mãe biológica ou o pai biológico,

padrasto ou namorado da mãe, infligiram o abuso em proporções relativamente iguais em crianças abaixo da idade de seis anos. Quando a criança alcança a idade escolar (Grupo 3), a incidência de dano provocado pela mãe biológica aumenta, junto com o aparecimento de abuso por outros jovens sem conexão. Crianças adolescentes (Grupo 4) foram abusadas por mães ou pais, padrastos ou namorados de mães, ou outro parente. Fazem uma combinação dos danos que mais comumente acometem as crianças representando o tipo e a localização para cada grupo de idade: Grupo 1: fraturas de braços, pernas ou crânio, hematomas de subdural e queimaduras pelo corpo; Grupo 2: contusões/equimoses do corpo ou face, fraturas do corpo e abrasões/lacerações da face; Grupo 3: contusões/equimoses do corpo, abrasões/lacerações do corpo ou boca; Grupo 4: contusões/equimoses do corpo ou face. Concluíram que há uma diminuição dos casos de abuso de crianças com o aumento da idade; a severidade do abuso físico é maior em bebês e crianças jovens que não podem se defender; a idade parece ser um fator com respeito ao tipo e localização dos danos.

Monte Alto et al.¹¹² em 1996, relataram o caso de uma criança maltratada e procuraram alertar e orientar o profissional que atende crianças e adolescentes às situações de abuso e negligência; que o profissional de saúde no Brasil não está preparado para conduzir casos de maus-tratos contra a criança, uma vez que não existe, nas universidades, uma abordagem específica sobre este tema, nem a divulgação dos serviços especializados existentes. Concluíram que seria de grande valor se os Conselhos Federal e Regional tomassem uma medida no que diz respeito à postura do cirurgião-dentista frente a esses casos de abuso e negligência, para que estes tenham uma conduta padrão a ser seguida.

Pinkham (1996)¹³⁰ relatou que as crianças vítimas de violência e negligência são os aspectos emocionais mais doentios e vis dos problemas comuns da disfunção familiar na sociedade, sendo temas

que receberam um aumento da atenção nos últimos 20 anos das profissões legais e científicas. Em 1966, cada um dos 50 estados (E.U.A.) delinearam a legislação sobre as responsabilidades dos profissionais em denunciar crianças suspeitas de abuso, as mesmas leis que determinaram aos dentistas denunciar crianças suspeitas de sofrer violência, também os protegem do litígio legal freqüentemente causado por pais inocentes, mas zangados e vingativos. A lei também faz o profissional civilmente responsável por qualquer dano causado à criança pela falta de relato absoluto, em outras palavras, litígio por danos pode ser conduzido contra o dentista por qualquer abuso futuro sofrido pela criança.

Em 1996, Trajber et al.¹⁵⁶ relataram um caso de Síndrome de Münchausen por Procuração. (*vide relato de casos clínicos*)

ABRAPIA (1997)², relatou que no Brasil, faltam pesquisas especializadas com dados consistentes; entretanto, órgãos do governo e organizações não-governamentais vêm demonstrando que a violência doméstica aqui é tão freqüente quanto nos países do Primeiro Mundo. Registrou no período de 1990 a 1994, a idade das vítimas, sendo a mais prevalente a faixa de 0 a 5 anos. Com relação ao agressor, o gênero predominante é o feminino (60%), sendo a mãe a principal autora dos maus-tratos (39%). No abuso sexual contra crianças e adolescente, o pai biológico representa cerca de 30% dos casos; o avô 2%; padrasto 12%; vizinho 8%; tio 4% e irmão 1%; que nos E.U.A. são registrados por ano mais de 1,5 milhão de casos de maus-tratos contra crianças e adolescentes, com mil óbitos anuais; para cada 20 situações de violência somente uma delas é registrada. Um sinal ou sintoma é motivo de alarme; um conjunto de sinais ou sintomas indicam a possibilidade de maus-tratos. Por conseguinte, o cirurgião-dentista deverá estar atento a lesões físicas (hematomas, cortes, queimaduras); aparência descuidada e suja, desnutrição, comportamento extremamente tenso, agressivo ou apático, isolamento, abatimento, relutância em voltar para casa, excessiva

preocupação em agradar; falta de confiança em adultos e choro sem causa aparente. Recomendou como procedimentos a serem adotados pelos profissionais de saúde diante da suspeita de maus-tratos em crianças e adolescentes, notificação através de ofício, aos Conselhos Tutelares ou, na falta destes, comunicação ao Juizado de Infância e da Juventude; notificação da ocorrência à autoridade policial e solicitação de guia de encaminhamento da criança a exame de corpo de delito. Descreveram que os profissionais de saúde devem conhecer e considerar a realidade da vida de seu paciente, orientando os pais e responsáveis sobre a necessidade de respeitar a criança e o adolescente, até mesmo antes do seu nascimento.

Costa et al. (1997)⁴⁰, realizaram estudo com o objetivo de descrever retrospectivamente os aspectos relacionados à ocorrência de maus-tratos em um hospital pediátrico de São Paulo. Pesquisaram prontuários de crianças internadas com hipótese diagnóstica da Síndrome de Caffey no Instituto da Criança do Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, no período de janeiro 1990 a dezembro 1994. As crianças foram examinadas estritamente por médicos, sendo a ficha preenchida por residentes. Colheram informações detalhadas referentes ao histórico, exame clínico, e antecedentes familiares, havia na ficha hospitalar espaço específico para anotação da situação da cavidade bucal. Na análise da avaliação médica, constatou-se que lesões registradas se encontravam em regiões passíveis de pronta identificação pelo odontopediatra: couro cabeludo, face e cavidade bucal. Analisaram 33 registros de crianças com suspeita de maus-tratos, 21 meninos (63,6%) e 12 meninas (36,4%), a idade média das crianças foi de 18 meses (mínimo de 1 mês, máximo de 8 anos), sendo que cerca de 60,6% delas tinham menos de 1 ano de idade. Em 24 casos (72,7%), um ou ambos os genitores eram os prováveis agressores, parentes ou pessoas de convivência da família constituíram-se suspeitos de maus-tratos em 24,2% (n=8), enquanto em um caso desconhecia-se o ofensor.

Fatores concorrentes para o estresse familiar, que provavelmente culminaram com a violência e/ou negligência infantil, foram identificados em 22 casos: sete estavam associados à ausência contínua de responsáveis, cinco ao alcoolismo e/ou uso de drogas, três a crianças com deficiência física ou patologia crônica, três a crianças indesejadas ou institucionalizadas, dois a pais separados e dois a pais confusos, perturbados. Distinguiram 36 ocorrências de maus-tratos à criança, pois em três situações as crianças sofreram diferentes tipos de violência (abuso físico e negligência em duas situações, e abuso físico sexual). Houve 26 casos sugestivos de abuso físico (72,2%), 8 relacionados a negligência (22,2%) e 2 de abuso sexual (5,6%), sendo maior prevalência de meninos nas situações de abuso físico e negligência. Em 69,2% das ocorrências de abuso físico (n=8) a face, o couro cabeludo e a cavidade bucal estiveram envolvidos, enquanto esse acometimento foi de 37,5% nos casos de negligência (n=3). Nos dois casos de abuso sexual não descreveram injúrias cefálicas. Em 58,3% dos relatos de crianças vitimadas, evidenciaram manifestações localizadas externamente na cabeça, sendo a face uma das áreas mais atingidas, mesmo quando comparada às demais regiões corpóreas. Quanto ao tipo de lesão corporal nos diferentes tipos de violência, os hematomas foram mais freqüentes, tendo ocorrido em 85,7% dos casos, nestes, 57,1% das crianças vitimadas sofreram fraturas. Escoriações, queimaduras, ferimentos corto-contuso e equimoses foram menos verificados. Descreveram um caso isolado de ingestão de corpos estranhos. Considerando especificamente as lesões de cabeça e pescoço passíveis de diagnóstico pelo cirurgião - dentista, as observações mais freqüentes foram hematomas faciais, cefálicos e subgaleais (n=14); seguidos por lesão corto-contusa (n=3); escoriação frontal e nasal e equimose (n=2) ocorrências de cada lesão); queimadura de couro cabeludo (n=2); destruição dental, laceração do lábio superior, lesão cicatricial na face, lesão traumática no palato duro e traumatismo dental (uma ocorrência de

cada injúria). Avaliando isoladamente as ocorrências de negligência física, observaram cinco casos de desnutrição, dois de desidratação, além de ocorrências únicas de candidíase (bucal e perineal), escabiose, pediculose, retardo do desenvolvimento neuro-psico-motor, queimadura e dentes severamente comprometidos por cárie. Concluíram relatando que a situação de abuso físico foram mais prevalentes que a negligência física e abuso sexual, que a violência doméstica afetou principalmente crianças menores de 1 ano, que os pais foram os prováveis agressores, as lesões de cabeça e pescoço foram prevalentes, hematomas foram as lesões mais identificadas e as manifestações bucais foram pouco relatadas e não mereceram devida atenção dos médicos.

Em 1997, Guedes⁶⁴ realizou estudo, tipo inquérito, com o intuito de determinar a prevalência e os fatores associados à violência intrafamiliar, através de entrevista a 167 mães ou madrastas de crianças atendidas no Serviço de Emergência do Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira/UFRJ. Segundo os resultados, houve uma alta prevalência de violência doméstica; as relações entre irmãos e entre mães ou madrastas e suas crianças são os relacionamentos mais violentos; houve uma possível associação de violência familiar a fatores como idade, gênero, renda per capita, doença mental, violência na geração prévia, alcoolismo, estresse e opinião favorável à punição física disciplinar. Mediante os resultados, a autora recomendou a implementação de estudos comunitários utilizando este instrumento; estratégias para uma maior conscientização acerca da violência intrafamiliar pelos profissionais da área de saúde e pela população em geral.

Seabra & Nascimento (1997)¹⁴⁰, discutiram sobre o Abuso Sexual Infantil (ASI) descreveram a definição, histórico, epidemiologia, classificação, identificação, sinais e sintomas, evidências forenses, tratamento, prognóstico e prevenção. Finalizaram com dois estudos estatísticos sobre a epidemiologia do abuso sexual infantil no

município de Belém capital do estado do Pará. No primeiro estudo realizaram levantamento estatístico de casos de ASI no Instituto Médico Legal Renato Chaves no período de 1º de janeiro de 1995 a 31 de dezembro de 1995. Incluíram somente perícias no vivo e em residentes no município. Consideraram ASI do ponto de vista do Código Penal Brasileiro, onde a relação sexual ou ato libidinoso com menores de 14 anos será sempre considerado um ato de violência, mesmo que não haja força física ou constrangimento. No caso de estupro, o perito pesquisou a prática de conjunção carnal e nos casos de atentado violento ao pudor pesquisou vestígios de atos libidinosos. Relataram que os dados de população do município de Belém foram obtidos no IBGE e de acordo com o censo demográfico do estado do Pará do ano de 1990. De todos os dados extraíram os respectivos coeficientes na população infantil (por 50000 habitantes) para eliminarem os possíveis efeitos do fator populacional ou do crescimento da população infantil através dos anos. No referido período, realizaram 19169 perícias no IML do Pará, no departamento de sexologia, realizaram 1643 exames de crimes sexuais, dos quais 616 foram em menores de 14 anos, sendo 555 (90,1%) no gênero feminino e 61 (9,9%) masculino. As idades variaram de 5 meses a 13 anos. Nas perícias de crimes sexuais realizadas em menores de 14 anos e do gênero feminino, dos 555 exames, 225 foram positivos, 322 negativos e 8 inconclusivos. Dos positivos, 121 foram de conjunção carnal e 104 de ato libidinoso diverso da conjunção carnal; dos negativos, 210 foram de conjunção carnal e 112 de ato libidinoso diverso da conjunção carnal. Nas 61 perícias de ato libidinoso diverso da conjunção carnal realizada em menores de 14 anos do gênero masculino, 28 (46%) foram positivas, 29 (47%) negativas e 4 (7%) inconclusivas. No segundo estudo realizaram levantamento estatístico de crimes sexuais contra menores de 14 anos no período de 1º de novembro de 1995 a 30 de junho de 1996, registrados na Delegacia de Proteção a Crianças e Adolescentes, considerando como parâmetro o Código Penal Brasileiro, onde há

violência presumida quando a vítima é menor de 14 anos. Neste estudo não classificaram os crimes sexuais em estupro ou atentado violento ao pudor, uma vez que consultaram somente fichas de ocorrência. Descreveram 506 queixas de crimes contra menores de 18 anos, sendo 92 crimes sexuais contra menores de 14 anos, com 74 vítimas do gênero feminino (idade variando de zero a 14 anos) e 18 do gênero masculino (idade variando de 2 a 14 anos). Apresentaram a relação suspeito/vítima prevalecendo os desconhecidos em 41,30% dos casos (38), vizinho em 23,91% (22), pai em 8,69% (8) e padrasto 6,52% (6).

Em 1997, Zavras & Pai¹⁸⁰, avaliaram as atitudes e percepções de estudantes de medicina, odontologia e de saúde pública frente ao abuso infantil e negligência em situações com as quais estes poderiam deparar em sua profissão. Os resultados indicaram que os maus-tratos contra crianças são considerados os problemas mais sérios, seguidos pela violência doméstica, negligência e abuso de criança ou adolescentes. A redução do impacto que todas as formas de maus-tratos podem acarretar ao desenvolvimento físico, mental e emocional da criança é uma responsabilidade de qualquer sociedade civilizada democrática, sobretudo, dos profissionais de saúde. Muitos são os sinais físicos de casos substanciais de abuso passíveis de reconhecimento, estes sinais são difíceis de serem concebidos pelos profissionais treinados como frutos de atos não intencionais, ao contrário, a aparência das agressões, muitas vezes, é o bastante para convencê-los de que a criança foi vítima de atos potencialmente cruéis. Marcas de mordidas, queimaduras de ferro de engomar e de cigarro, queimaduras por substâncias cáusticas ou venenos são indícios fortes de abuso. Apresentaram uma freqüência de 65% de injúrias na região de cabeça e pescoço e que o abuso tende a ocorrer mais freqüentemente entre meninas de 5 a 9 anos.

Discorreu Waldman (1997)¹⁶⁸, sobre a relação entre abuso de crianças, perpetradores e assassinatos nos Estados Unidos, qual a

relação existente entre o "crime" e a condenação. Traçou o "perfil" dos condenados, relacionando a infração/condenação ao tipo de injúria causada contra a criança. Relatou que mais da metade das crianças vítimas de ataques violentos, têm idade inferior a 12 anos, sendo as vítimas mais novas os abusadores eram provavelmente condenados por abuso infantil, atos ilegais, violação estatutária ou sodomia. Crianças mais velhas foram vitimadas por violação à força, roubo ou assalto; 9,2% de todos os presos do estado cumprem pena por violência contra a criança, 39% são por violação à força, 85% por sodomia e 71% por outras agressões sexuais. Os condenados que causaram provável violência contra a criança são na maioria brancos, solteiros e mais velhos que a vítima. Menos de 10% dos condenados por estupro ou agressão relataram que a criança era desconhecida, três entre quatro vítimas eram meninas e quase 1/3 das crianças eram filhas ou enteadas do agressor. As agressões foram cometidas na própria casa ou na casa da vítima. Há menos envolvimento com drogas ou álcool quando a vítima é criança quando comparado com vítimas adultas. Aproximadamente seis em dez opressores de crianças foram sentenciados previamente à liberdade condicional ou encarceração, e um em quatro apresentavam história de violência. Entre os presos que cometeram crimes violentos contra crianças, três em dez relataram ter vitimado mais de uma criança. Aproximadamente metade dos presos que cometeram a ofensa atual contra uma criança nunca tinha sido preso ou tinha sido preso uma única vez, o que contrasta com vítimas adultas, pois 2/3 destes opressores tiveram histórias de apreensão mais extensas. Entre 1990 e 1994, houve 9,3 milhões de relatórios de crianças abusadas e maltratadas para serem investigados (2,5 milhões em 1990, 2,9 milhões em 1994). Um terço (32,9%) dos casos foram substanciados, e em um adicional de 7,7% dos casos havia razão para suspeitar de maus-tratos, mas não havia evidências suficientes para substanciar a alegação. A maioria dos relatórios de alegação de maus-tratos foi realizada por pedagogos,

assistentes sociais e médicos de saúde, raramente a vítima é a fonte da alegação. Mais da metade (53%) dos casos substanciados de maus-tratos era por negligência, 26% para abuso físico, 14% para abuso sexual e 5% para maus-tratos emocionais. Embora as crianças brancas representassem mais da metade (56%) das vítimas, a taxa de maus-tratos da criança afro-americana (25 por 1000 crianças) foi maior que o dobro da taxa de outras populações. Entre 1990 e 1994, 5400 crianças morreram por abuso ou negligência (incluindo 1111 em 1994). Relatou que em 1994, foram identificados mais de 600000 pais envolvidos em casos de maus-tratos contra a criança, com mais de 20000 pais identificados em Connecticut, Illinois, Indiana, Kentucky e Missouri, e mais que 30000 identificados na Geórgia, Nova Iorque, Carolina do Norte, Texas, e Washington, e quase 60000 em Massachusetts.

A face é o sítio mais comum de traumas seguido da nuca e região das nádegas segundo relatos de Atwal et al. (1998).⁸

Em 1998, Chiocca³⁸ fez uma análise histórica sobre a perspectiva e incidência dos maus-tratos. Citou o caso de Mary Ellen Wilson de 1874; que atualmente 50 estados americanos têm leis protegendo e obrigando a denúncia de abuso, maus-tratos e crianças abandonadas. Relatou que cada estado americano tem o seu próprio Serviço de Proteção à Criança (CPS), que nos últimos 10 anos, houve um aumento de 45% nas denúncias, creditando esta ocorrência ao fato de maior conscientização pública e recentes mudanças em como os estados categorizam e definem atos de maus-tratos contra a criança. Citou que em 1996, aproximadamente 3 milhões (3.126.000) de crianças americanas foram vítimas de abuso ou negligência segundo as Agências de Serviço de Proteção à Criança, destes casos 969.000 foram investigados. 60% das crianças foram negligenciadas, 40% sofreram abuso emocional, 23% abusadas fisicamente e 9% vítimas de abuso sexual. Em 1996, aproximadamente 1046 crianças morreram de danos físicos infligidos ou negligência, um aumento de 20% desde 1995. A

maioria destas crianças (77%) tinham menos de 5 anos, e 45% eram menores de 1 ano quando morreram. Inquietantemente, 41% destas fatalidades com crianças envolvidas tiveram contato anterior com a agência de Serviço de proteção à Criança do estado.

Em 1998, Gomes⁵⁸ realizou estudo de caráter predominantemente qualitativo, no Instituto Fernandes Figueira, da Fundação Oswaldo Cruz com o intuito de discutir aspectos sociais relacionados às ocorrências de eventos de morbi-mortalidade de crianças, de zero a nove anos, vítimas de violência. O estudo baseou-se no conjunto de eventos registrados nas delegacias de polícia, sendo a análise qualitativa voltada para os três primeiros eventos de morbidade (acidentes de trânsito/transportes, agressão sexual e abuso sexual) e os três primeiros de mortalidade (acidente de trânsito/transportes, remoção de cadáver e homicídio) – Estudo I. Com o intuito de completar o Estudo I realizaram a identificação dos eventos considerados como violência doméstica, entendida neste estudo como os eventos violentos ocorridos no domicílio da vítima ou aqueles, independente do local de ocorrência, praticados por parentes próximos da vítima, cometidos na faixa etária de zero a cinco anos de idade; realizando o Estudo II, a partir de dados obtidos do estudo epidemiológico desenvolvido pelo Centro Latino-Americano de Estudos sobre Violência e Saúde da Fundação Oswaldo Cruz -Claves/Fiocruz, 1994- que levantou os registros das ocorrências de violências cometidas contra crianças e adolescentes na faixa etária de zero a 19 anos de idade, em todas as delegacias do município do Rio de Janeiro, no ano de 1990. No Estudo II realizaram o retorno ao campo de estudo, identificando o encaminhamento dado aos registros das denúncias, depois de decorridos cinco anos do acontecimento, neste acompanharam o encaminhamento de 106 ocorrências registradas, relacionadas à violência doméstica, na faixa de zero a cinco anos de idade. Do total dessas ocorrências, 80% relacionavam-se a eventos mórbidos e 20%, a eventos mortais. O acompanhamento revelou que,

desse conjunto de ocorrência, somente 24 viraram inquéritos e, destes, somente um, que se tratava de homicídio, tornou-se processo, sendo o pretense agressor absolvido. Dos 106 registros de ocorrência, constatou que em apenas 31% foi realizado exame nas vítimas para fundamentar a denúncia, outro dado destacado se refere ao fato de que em apenas 32% das ocorrências havia testemunha do evento cometido contra a criança, observações que de certa forma, explica o porquê de várias denúncias não virarem processos. Com base nos Estudos I e II, o autor tem como objetivo central analisar as circunstâncias em que ocorreram eventos violentos cometidos contra crianças no Município do Rio de Janeiro, valendo-se das ocorrências registradas nas delegacias de polícias no ano de 1990 e como segundo objetivo, identificar o encaminhamento dado aos registros das denúncias, depois de decorridos cinco anos. No Estudo I foram contempladas 432 ocorrências de eventos violentos mórbidos e 53 eventos violentos mortais na análise qualitativa. No Estudo II o autor visitou 23 delegacias, contemplando o estudo de 105 registros de ocorrências. Com relação ao desfecho das denúncias o autor constatou que a violência doméstica não escolhe gênero, cor, nem classe social; que este tipo de violência se configura de forma diferente de outros tipos que comumente atingem pessoas pobres e não brancas. Relatou que o desfecho das denúncias, depois de decorridos cinco anos do seu registro, foi desolador, pois os dados revelaram que poucos inquéritos foram instaurados e apenas um virou processo, caso em que o réu foi considerado inocente, provavelmente por falta de provas, alguns foram arquivados e outros continuam em andamento, mas segundo o autor serão arquivados, em razão do tempo. Concluiu que entre outros aspectos, a saúde pública precisa se voltar para o desenvolvimento de ações conjuntas com outros setores, não se limitando a espaços tradicionalmente ocupados por suas ações, esta deve ter como exemplo de outros campos de atuação o seu envolvimento na criação e implementação dos Conselhos Municipais Tutelares, para que possa,

cada vez mais, contribuir para a mudança do quadro atual de agravos à saúde de crianças e adolescentes; que a impunidade é tão violenta quanto os crimes praticados contra as crianças; que a inexistência de testemunhas, em grande parte das ocorrências, a não-indicação do agressor em alguns casos, a falta de apuro nas denúncias, informações incompletas e a pouca resolutividade no período pós-denúncia podem significar que as crianças pobres pouco valem a sociedade, que ao invés de proteger os direitos das crianças, conforme preconizam suas leis, protege seu agressor, desqualificando as crianças por serem simplesmente crianças.

Jessee⁷⁷ verificou em 1998 um aumento de 60 mil casos em 1974, para três milhões em 1993. Baseado nos dados divulgados pelo Comitê Americano de Prevenção ao Abuso Infantil (1994), revelou mais de três milhões de denúncias de abuso e negligência, representando assim um aumento de 63% desde 1985.

Jessee & Martin (1998)⁷⁸, realizaram estudo através de questionários às classes do primeiro ao quarto ano da Universidade de Odontologia do Texas, Houston, com o propósito de avaliar o conhecimento e atitudes de estudantes universitários, antes e após instrução em sala de aula, sobre abuso e negligência de crianças. O objetivo mais amplo era o de avaliar o grau de efetividade dos vários métodos instrutivos usado para cada classe de estudante e revelar a necessidade de um currículo mais detalhado, extenso, sobre maus-tratos à criança. A classe do primeiro ano serviu como controle, pois não tinha nenhuma instrução formal de maus-tratos. Os alunos do segundo ano receberam palestra de uma hora sobre o assunto, incluindo avaliação do problema na sociedade e discussão sobre sinais e sintomas visualmente reconhecíveis, os vários tipos de crianças abusadas e negligenciadas, técnicas de documentação, informação sobre leis, tratamento ou indicação do caso. A classe do terceiro e quarto anos haviam recebido informações mínimas, esporádicas sobre o tema durante o primeiro e

segundo ano. Dos 265 estudantes, 221 (122 homens e 99 mulheres) participaram da pesquisa o que resulta em uma taxa de resposta global de 83%. Amostra de classe individual e taxas de resposta correspondentes eram: novatos, 54 (85,7%); estudantes do segundo ano, 48 (78,7%), juniores, 59 (88,7%); e superiores, 60 (81,1%). Dos 221 estudantes inspecionados, seis relataram que o dentista não tem obrigação moral para reconhecer e relatar suspeita de casos de maus-tratos a criança. Quando foram questionados sobre a seriedade do tema na sociedade atualmente, as três classes sentiam o problema como de “natureza muito séria”. Taxando a qualidade do ensino sobre o assunto, de um a três estudantes do segundo ano classificaram a informação como pobre ou muito pobre e para aproximadamente três de cinco estudantes do quarto ano a opinião foi semelhante. Aproximadamente 60% dos estudantes do segundo e terceiro anos e 68% do quarto ano informaram que a quantidade de informação era insuficiente. Somente um estudante sentia a quantidade de informação excessiva.

Cunha⁴² em 1998 estudou os casos concluídos na Abrapia de atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica, em dissertação apresentada à Fundação Instituto Oswaldo Cruz, em 1996.

Persaud & Squires (1998)¹²⁸, caracterizaram a negligência como sendo a forma de maus-tratos mais comum, englobando 52% dos casos. O abuso físico predominou em 25% e abuso sexual em 13%. Relataram que anualmente mais de 1 milhão de crianças são vítimas de abuso e negligência, de acordo com estatísticas compiladas pela National Child Abuse and Neglect Data System (US Department of Health and Human Services, 1995). Destas crianças, 140.000 sustentarão danos sérios, 18000 terão inaptidões sérias, e mais de 1500 serão mortas. O Serviço de Proteção à Criança (CPS) e agências policiais receberam e investigaram aproximadamente 2 milhões de relatórios que alegam maus-tratos de uma estimativa de 3 milhões de crianças em 1995. Quarenta por

cento das investigações substanciam a alegação de maus-tratos. Aproximadamente 80% dos perpetradores são pais, outros 10% são outros parentes, e 2% são pessoas em outros papéis de vigia. Negligência é mais comum e responde por 52% de todos os relatórios. O abuso físico representa aproximadamente 25%, sendo 13% abusados sexualmente. Crianças jovens são muito vulneráveis, e mais da metade de todas as vítimas apresentaram idade inferior a 7 anos. Descreveram que muitas crianças abusadas fisicamente repetirão o ciclo de violência ao longo da adolescência e se tornarão pais abusivos. Com relação à denúncia, descreveram que recentes dados revelam que entre os profissionais que informam suspeita de abuso, os profissionais da escola são responsáveis pelo maior número de relatórios 30%; e os profissionais de medicina e os trabalhadores do serviço social esclarecem 20% e 24% dos relatórios, respectivamente (National Center on Child Abuse and Neglect, 1995). Classificaram os abusadores sexuais em três categorias: (1) abusador predatório - pedófilo clássico que procura e cuida das vítimas com comportamentos gradualmente mais impróprios; (2) abusador de conveniência - típico adultos que têm acesso às crianças jovens em casa; e (3) abusadores violentos - que assalta e fere as crianças como um ato de violência. Os primeiros dois tipos são imensamente mais comuns, e tipicamente o abuso sexual é crônico e recorrente. Citaram como sinais para diagnóstico de abuso físico, o condiloma oral, gonorréia oral, trauma intraoral incomum para qual não há nenhuma explicação razoável, e gravidez muito precoce. Expuseram algumas sugestões de resposta caso o profissional seja intimado como testemunha em processo judicial; realizaram a classificação do dano físico e citaram condições que podem ser confundidas com abuso físico como: manchas mongolianas, fitofotodermatites, catapora, impetigo, osteogênese imperfeita, fraturas prematuras, sífilis congênita que afeta o sistema de esqueleto, fraturas de fadiga de exercício, deficiência de Vitamina C ou D, desordens de

cromossomos, deficiência de cobre, raquitismos, desordens de agregação e deficiências de coagulação.

Vieira (1998)¹⁶¹ discutiu como o profissional de odontologia pode detectar alguns sinais que indicariam um caso suspeito de abuso infantil. A mudança brusca de comportamento ou o conhecimento de problemas de relacionamento da criança na escola ou em outras atividades é um indício de que alguma coisa não está indo bem. A mudança de comportamento dos pais ou da pessoa que normalmente acompanha a criança às consultas, pode indicar a ocorrência de algum problema, o fato de uma criança estar vestida com roupas de frio em dias de calor pode significar que exista algo por baixo das roupas que alguém não quer que seja visto, a criança pode não conseguir se sentar da maneira habitual na cadeira, por estar sentindo dores, provenientes de lesões nas costas e nádegas. O grande problema em relação aos dentistas brasileiros é que estes não recebem informações suficientes sobre abuso infantil e tem necessidade de melhor conhecimento das leis, direitos e deveres. Afirmou que o cirurgião-dentista não sai da faculdade capacitado para identificar uma criança que apresente sinais de abuso, e caso suspeite, não sabe o que fazer. A maioria das situações de abuso infantil ocorrem dentro do próprio lar, sendo os pais os principais agressores, causando não só lesão física, mas também danos psicológicos. É de suma importância conhecer os procedimentos legais e oficiais frente a suspeita de abuso infantil, uma vez que isto permitirá ao profissional assessorar de modo mais completo seu paciente, buscando protegê-lo do agressor. Citou que o odontopediatra deve estar atento às infecções do complexo orofacial que podem estar relacionadas ao abuso sexual: gonorréia; condiloma acuminado; sífilis; infecção herpética do tipo II; monilíase; tricomoníase; formação de petéquias e eritema no palato.

Vieira et al. (1998)¹⁶², relataram que a violência doméstica no Brasil é tão freqüente quanto nos países do Primeiro Mundo, neste

contexto, os dados epidemiológicos de países como E.U.A. e Inglaterra indicam existir, muito provavelmente, uma maior proporção de maus-tratos infantis em países como o Brasil. O dentista, como cidadão e profissional responsável pelo estabelecimento de atenção à saúde, uma vez prestando atendimento a crianças e/ou adolescentes, deve estar atento para interceptar qualquer situação suspeita de maus-tratos, sob o risco de responder legalmente ao não cumprimento do texto do Estatuto da Criança e do Adolescente. Realizaram estudo onde coletaram dados sobre o número de casos por ano, ocorrência por mês, local do abuso e das lesões sofridas, necessidade de internação hospitalar, severidade das lesões, horário, tipo de abuso sofrido, se foi recorrente, idade, gênero, etnia, número de irmãos da vítima, tipo de relacionamento dos pais, autor, grau de parentesco e conseqüências jurídicas dos casos diagnosticados a partir dos registros de casos de abuso infantil identificados entre 1989 e 1995 pelo Setor de Pediatria do Hospital Municipal Souza Aguiar. Registraram 188 casos de abuso infantil entre 1989 e 1995 sendo 8 casos em 1989, 27 em 1990, 49 em 1991, 26 em 1992, 16 em 1993, 20 em 1994 e 37 em 1995. Os meses que apresentaram o maior número de casos foram março e abril (10,1%). Dos 188 casos registrados, 55,9% foram de crianças com menos de 6 anos de idade e 39,4% das crianças tinham menos de 2 anos de idade. Em relação ao gênero, 48,1% das crianças eram meninos e 50,8% eram meninas (1,1% dos registros não apresentaram esse dado disponível). Quanto ao grupo étnico, 50% das crianças eram afro-brasileiras e 29,3%, caucasianas (20,7% dos registros não apresentaram esse dado disponível). 73,4% dos casos registrados tiveram suas lesões provocadas na própria residência; 18,1% dos casos ocorreram durante o dia e 23,4% à noite, porém não conseguiram caracterizar o horário da violência, pois 58,5% dos registros não continham esse dado. Em relação às famílias, 49,4% eram crianças com até um irmão e 39,4% com dois ou mais irmãos (11,2% dos registros não continham esse dado). Em relação aos pais das crianças que sofreram

abuso, 42% moravam na mesma casa e 36,2% não (21,8% dos registros não possuíam esse dado). Os pais foram responsáveis por 58% dos casos (mãe 88 casos e pai 57), 22,1% qualquer outro parente (padrasto 16 casos) e 17% um estranho (33 casos; 2,7% dos registros não apresentavam esse dado). As idades dos causadores dos maus-tratos variaram de 3 a 69 anos. O autor possuía 18 anos de idade em 4,8% dos casos, entre 19 e 40 anos em 34,6% dos casos e mais de 41 anos em 8,3% dos casos; 64,4% eram do gênero masculino e 52,1% feminino (2,7% dos registros não tinham esse dado). Com relação aos tipos de abuso, 67% foram abuso físico, 42% negligência, 13,3% abuso sexual e 1,1% envenenamento proposital. Encontraram 227 lesões nos 188 casos diagnosticados, 114 na cabeça e na face e 113 no resto do corpo; 41% das lesões na cabeça, face e pescoço e 74,5% em outras regiões. Com exceção da cabeça, verificaram 28,2% das lesões nos membros superiores, 28,2% nos membros inferiores, 20% no tórax, 20% na genitália e 3,6% abdômen. Relataram que 51,1% das crianças já haviam sofrido abuso anteriormente; em 51,6% dos casos, as crianças foram hospitalizadas, sendo que 23,4% permaneceram até 12 dias no hospital e 28,2% por mais de 12 dias (15,4% dos casos não apresentavam esse dado). Em 16,5% dos casos, as crianças tiveram lesões graves para produzirem uma seqüela física e em 6,9% dos casos as lesões provocaram a morte. De todos os casos diagnosticados, apenas 29,3% foram encaminhados para o Juizado da Infância e Juventude. Relataram que alguns casos apresentaram situações dramáticas: em 10 casos, além da criança, a mãe também era espancada; em 8 casos, não só a criança, como seus irmãos também sofriam abuso; 9 crianças já tinham tentado o suicídio (dois casos reincidentes); e 7 casos foram conseqüência de tentativa de homicídio. Relataram que no Rio de Janeiro, as crianças com menos de 1 até 4 anos estão mais propensas a morrer por acidentes domésticos, entre os quais, afogamento, obstrução das vias aéreas por alimentos ou objetos, intoxicação acidental ou acidentes causados por

corrente elétrica. Na faixa etária de 5 a 14 anos, quando as crianças já têm maior mobilidade, os acidentes de trânsito predominam. Em 51% dos casos de mortes violentas não foi possível correlacionar o óbito com qualquer tipo de acidente. Relataram que profissionais da área de saúde, inclusive o cirurgião-dentista, além de professoras, pessoas que trabalham em creches e qualquer pessoa que exerça alguma atividade ligada a crianças, devem estar preparados para identificar um caso suspeito de abuso infantil e conhecer os procedimentos necessários para efetuar a comunicação à autoridade competente.

Em 1998, Silva¹⁴⁷ fez uma análise psicológica dos agressores, dos valores familiares e da violência doméstica. Relatou que três entre dez crianças de 0 a 12 anos sofrem, diariamente, algum tipo de injúria dentro da própria casa, perpetrados por pais, padrastos ou parentes. Observou que este tipo de violência muitas vezes não é identificada nem pelos parentes próximos - não abusadores - nem, tão pouco, pelos profissionais (médicos, professores etc.) que têm contato com a criança. São crianças sem voz e sem vez, vivendo um drama cujas conseqüências podem ser desde dificuldades escolares e/ou de relacionamento até a invalidez ou a morte por homicídio ou suicídio, em tenra idade. A mãe biológica tem sido apontada como a principal agressora física. O pai biológico é responsável por 85% dos casos de abuso sexual, seguido por padrastos, parentes e, por último, desconhecidos. Meninos e meninas são molestados principalmente entre cinco e sete anos. Os índices também são elevados na faixa compreendida entre 11 e 13 anos, que coincide com a entrada da criança na puberdade.

Welbury & Murphy (1998)¹⁷³, salientaram que cerca de 50% dos casos de maus-tratos diagnosticados possuem traumas orofaciais, sendo as fraturas não encontradas com freqüência.

Abreu & Valença (1999)³, investigaram a ocorrência de casos de maus-tratos contra criança e adolescentes entre 0 e 18 anos,

avaliando 2035 prontuários (Conselho Guardiã (Niterói - RJ)), durante 1993 e 1997. Observaram 84 (56%) registros de casos de maus-tratos envolvidos, a distribuição foi 47 (56%) meninas e 37 (44%) meninos; 71 (84,5%) dos casos de maus-tratos totais aconteceu na residência da vítima. Relativo ao tipo de dano, a prevalência de violência física foi 68 (82,9%), enquanto abuso sexual aconteceu em 14 (17%) casos. A respeito da violência física, o tipo mais freqüente foi a equimose 57 (83,9%), seguida da laceração da pele 5 (7,3%); danos para a cabeça estavam presentes em 19 (22,6%) casos, e um registro de dilaceração labial com deslocação do incisivo central superior direito. Exame clínico foi realizado em 28 (33,3%) casos, e 3 (10,7%) foram examinados por dentista. Concluíram que a violência doméstica contra crianças e adolescente é um achado freqüente em casos de maus-tratos, e a forma mais habitual de agressão é o dano físico.

Em 1999, Bricarello²³ relatou que segundo estimativas encontradas na literatura médica, 10% das crianças levadas a serviços de emergência por trauma são vítimas de maus-tratos, sem ajuda adequada, 5% delas provavelmente morrerão nas mãos dos agressores. Em reportagem do Jornal da Paulista (Unifesp/Escola Paulista de Medicina nº135) por André Siqueira, quando um caso de agressão a uma criança passa pelo setor de emergência não sendo denunciado, existe o risco de a vítima não voltar com vida. A equipe do Hospital Vila Maria avaliou 71 casos de maus-tratos identificados nas internações de menores nesse local entre 1995 e 1998, mais de 60% dos casos estudados envolviam crianças com menos de um ano. Os casos mais encontrados no Vila Maria (76%, ou 53 casos) foram os de abandono ou negligência. Citou o caso do bebê com dermatites graves da região dos genitais até a cabeça, passando pelas costas, por ter sido deixado três dias em colchão plástico sem limpeza da urina uma única vez. Citou dados que chamaram a atenção: em 73% dos casos, os pais são os agressores e que bebês de até 2 anos de idade, são as vítimas mais comuns. Com relação a este fato

relatou o depoimento do chefe da Ortopedia Pediátrica na Unifesp, Dr. Henrique Sodré, onde este destaca outro dado alarmante, já conhecido pelos médicos, pois cerca de 30% das crianças menores de dois anos de idade que apresentam fraturas e queimaduras sofreram maus-tratos. Concluiu que uma medida eficaz no combate à violência contra a criança, seria o incentivo a campanhas de estímulo à denúncia dos casos.

Gonçalves et al. (1999)⁶⁰ relataram que no Brasil, o despertar da sociedade para a violência contra a criança, grave problema social ocorreu em meados da década de 80, com a fundação do Centro Regional de Atenção aos Maus-Tratos na Infância (CRAMI), em Campinas, São Paulo, em 1985, e da Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e à Adolescência (ABRAPIA), no Rio de Janeiro, em 1998, tendo como objetivo principal a assistência às crianças vítimas de violência. Realizaram estudo com o objetivo de avaliar a dinâmica de atendimento do SOS Criança com base nos procedimentos técnicos e administrativos realizados a partir da denúncia de maus-tratos contra a criança. Analisaram 976 formulários referentes a casos concluídos durante o ano de 1993, que haviam sido encaminhados a Abrapia no período de outubro de 1991 a dezembro de 1993. Verificaram desde a notificação até a respectiva conclusão. Nos formulários analisados, 587 referiam-se a denúncias de maus-tratos e 389 a pedidos de orientação. Os familiares das crianças e adolescentes concentraram o maior número de pedidos de orientação: tios, avós, pais, madrastas e padrastos responsáveis por 45% dos telefonemas; vizinhos 8,7% e amigos da família 3,3%. As próprias crianças e jovens em 2,1% pediram orientação ao SOS Criança e profissionais de instituições de assistência à criança representaram 19%; 6,7% declararam não ter vínculo com as crianças, 4,6% ficaram no anonimato. Não houve informação sobre a origem dos contatos em 10,5% dos casos. Relataram como um dado significativo que 28,8% dos pedidos de orientação (112 casos) referiam-se a situações que envolviam o tema da violência contra crianças e

adolescentes, sem qualquer referência a uma situação, 71,2% trataram de conteúdos diversos, com destaque para: 13,1% de aconselhamento dos pais quanto a problemas de relacionamento com seus filhos; 10% com procedimentos de adoção ou guarda de crianças; 9,8% de recolhimento de população de rua e 8,2% de serviços de saúde. Analisaram 587 denúncias de maus-tratos, envolvendo 948 crianças e adolescentes. Em ordem decrescente de incidência, registraram denúncias de abuso físico, negligência, abuso psicológico e abuso sexual. Dentre as 587 denúncias examinadas, 486 (82,8%) não chegaram a se confirmar, 239 (49,2%) não foram averiguadas, devido:

- não foi possível localizar a residência da criança ou do agressor;
- a denúncia dizia respeito a casos em que agressor e vítima residiam em outros municípios ou estados;
- a denúncia referia-se a casos já atendidos por outras instituições ou vinculava-se a situações com as quais o SOS não atua; outros 31 casos não foram averiguados por motivos variados.

Investigaram a relação entre o notificante e a criança alvo. Com maior frequência, a denúncia é encaminhada por pessoas que têm vínculo familiar (32,5%) ou de amizade e vizinhança (27,6%). Em 16,7% dos casos, o notificante escolheu o anonimato. Apenas 4,3% das denúncias tiveram origem em serviços de atenção a crianças.

Em 1999, Herrera-Basto⁷⁰ apresentou indicadores para a detecção de maus-tratos em crianças, relatando que no exame físico da criança, é importante buscar, constatar ou descartar a presença de sinais sugestivos de maus-tratos.

Indicadores de maus-tratos físicos:

- contusões, equimoses, eritemas, lacerações, queimaduras, fraturas, deformidade da região; sinais de intoxicação ou envenenamento, assim como traumatismo cranial com dano visceral; marcas de objetos como cinturões, laços, sapatos,

cadeiras e pranchas. Estas lesões são geralmente múltiplas, em local pouco habitual.

- nos casos de maus-tratos crônicos, as lesões descritas podem coexistir com cicatrizes, deformidades ósseas por fraturas antigas ou com seqüelas neurológicas ou sensoriais.

Indicadores de abuso sexual:

- ante toda laceração ou dano na área genital de um menino ou menina que não se explica claramente como acidental se deve suspeitar de abuso sexual, ou quando apresentam enfermidades de transmissão sexual em um menino ou pré-adolescente.
- as lesões mais freqüentes encontradas são: equimoses entre as pernas e nos lábios maiores, lacerações, sangramento, inflamação, hímen perfurado (em meninas), dificuldade para caminhar, resto de sêmen e, em etapas mais tardias, prurido e infecções freqüentes, e masturbação precoce.
- é comum que o abuso sexual sofrido ocorra com um membro da própria família e de modo progressivo, sem que ocorra violência física.

Indicadores de abandono:

- descuido com a alimentação, com a higiene e a roupa, dermatites crônica, sinais ou cicatrizes de acidentes domésticos freqüentes e desnutrição.
- problemas físicos ou necessidades médicas não atendidas (feridas sem cura ou infectadas, defeitos sensoriais não compensados), ausência de controle e dos cuidados médicos rotineiros.
- é importante distinguir o abandono físico, como uma forma de maus-tratos, da falta de cuidado pela escassez de recursos e dramáticas condições de vida que impõe a extrema pobreza.
- outro elemento a considerar é a dificuldade que as famílias em condições de isolamento geográfico e social tem que enfrentar para receber a atenção médica.

Indicadores psicológicos e emocionais:

- condutas de temor e retraimento, inquietude excessiva e apego inadequado pelo profissional ou técnico que realiza a consulta.
- as explicações dos adultos são geralmente vagas, minimizadoras e em contradição com os achados.
- observa-se falta de interação e contato, assim como excessiva dependência a algumas condutas do adulto que caracterizam os maus-tratos emocionais: descrédito, ridicularização, desclassificação, ameaças e indiferença.
- baixo rendimento escolar, hiperatividade, agressividade, rebeldia, desorganização, crianças tímidas, pouco comunicativas e de aparência descuidada.

Relatou que uma vez que não se conhece a real situação da violência praticada contra crianças e adolescente, bem como as características dos mesmos nos diferentes locais, o abuso infantil deve ser reconhecido como uma patologia e não como algo inerente à nossa cultura.⁷⁰

Com relação à responsabilidade dos profissionais de saúde no diagnóstico de abuso infantil, Jessee (1999)⁷⁹, relatou que o dentista, em especial, o odontopediatra, encontra-se em uma situação mais privilegiada, devido ao fato de poder ter um contato mais íntimo e precoce com a vítima. Os dentistas, quando comparados a outros profissionais da saúde, participam em menor grau no reconhecimento e relato de maus-tratos infantis, sendo não somente incapazes de comunicar o ocorrido às autoridades competentes frente a suspeita de abuso ou negligência, como também relutam em fazê-lo. A respeito dos indicadores comportamentais exibidos pelas vítimas, finalizou relatando que estes devem ser analisados com e sem a presença dos pais da criança, tendo em vista que estes podem influenciar na detecção dos sinais e sintomas e que quando há notificação e denúncia, esta tem como

finalidade a proteção da criança contra maus-tratos futuros e a assistência à família e não a repressão aos perpetradores.

John et al. (1999)⁸¹, realizaram estudo com cirurgiões-dentistas da cidade de Victoria, Austrália, com o intuito de analisar o nível de reconhecimento, informação e atitudes sobre criança abusadas e aumentar a consciência destes afim de encorajar a informação de casos suspeitos. A amostra do estudo foi selecionada de dentistas da Associação Dental Australiana Filial Victoriana (ADA), grupo de Diplomados Novo (NG), Sociedade Australiana de Endodontia Filial Victoriana (ASE) e Sociedade de Odontopediatria Australiana e da Nova Zelândia Filial Victoriana (ANZSPD); 530 dentistas (aproximadamente 23% dos 2337 dentistas registrados em Victoria em 1997) participaram do estudo. Destes, 134 (25%) não pôde ser contactado e dos 396 dentistas que foram contactados, participaram 347 (88%). Ao todo, foram entrevistados 141 ADA, 59 NG, 102 ASE e 45 sócios de ANZSPD. A pesquisa foi administrada entre setembro de 1996 e abril de 1997, através de questionários. A maioria dos entrevistados identificou abuso emocional e abuso físico como formas de injúria contra a criança. Abuso sexual (33%) não foi identificado comumente e alguns dentistas identificaram negligência como uma forma de abuso (20%). Padronizaram como sinais Médicos cortes, contusões, fraturas ósseas e visitas médicas freqüentes; Sinais Psicossociais incluíram comportamento de reclusão, mudanças comportamentais, relação pais/crianças alterada, negligência e roupas sujas; Sinais Orodentais incluíram saúde dental precária e danos orais. Quase todos entrevistados identificaram sinais médicos (97%) e psicossociais (77%), sinais orodentais foram identificados por menos da metade (41%). 28% dos dentistas informaram que já tinham suspeitado de abuso em um ou mais clientes. Somente 8% dos respondentes informaram o caso de fato, 96% dos entrevistados relataram que registrariam sinais de abuso em seus registros. Metade (49%) relatou que conhecia os órgãos apropriados para informar o abuso, 51% contactaria

médico, colega, associação dental ou o hospital da criança, e 75% dos entrevistados reconhecem que deveriam contactar um assistente social, polícia, escola ou o departamento de saúde. 46% não respondeu se investigariam um caso suspeito; 49% não deram nenhuma resposta sobre a maneira de ação, se contactariam médico, colega, associação dental ou hospital; 25% não deram nenhuma resposta para o modo de ação e 99% não deram nenhuma resposta se ignorariam um caso suspeito. Os principais fatores que parecem influenciar a decisão de um dentista para informar um caso suspeito é a incerteza sobre diagnóstico (86%) e possíveis conseqüências para a criança (81%). Fatores sobre os quais alguns dentistas fizeram um comentário como influenciando a decisão em informar era a confiança do paciente (26%), possíveis efeitos na prática clínica (10%), e medo de litígio (18%). 48% dos dentistas comentou que as possíveis conseqüências à família é o que influenciaria a decisão. Grande parte dos profissionais (74%) sabiam que poderiam ser convocados para testemunhar no Tribunal, para dar evidência, mas só 44% tinha conhecimento que sua identidade permaneceria oculta. A maioria dos respondentes (79%) queriam mais informações sobre abuso de crianças, 93% pediram informação por escrito. Concluíram que o estudo do conhecimento e atitudes de dentistas em Victoria sobre criança abusada demonstrou uma compreensão global pobre do problema, apesar de um nível muito alto de interesse demonstrado pelos respondentes e um desejo forte para informação adicional sobre suas responsabilidades. Devido à probabilidade alta de danos na região bucal que acometem em associação com abuso, e a baixa informação de casos pela profissão dental, este estudo demonstrou uma necessidade clara de maior informação para a odontologia, com treinamento formal mais adiante aos níveis de graduação e pós-graduação. A profissão dental tem que se tornar ativamente envolvida no reconhecimento de todos os tipos de abuso a criança.

Em 1999, Kilpatrick et al.⁸⁵ realizaram estudo, por um período de 2 meses e meio (1997), através de questionários com cirurgiões-dentistas de New South Wales, Austrália a fim de pesquisar a experiência, conhecimento e proteção, sinais e sintomas e os mecanismos para informar casos suspeitos de criança abusada. Com base nestes dados, poderiam aconselhar a educação futura, realizar treinamento e serviço de apoio. 122 profissionais foram entrevistados, sendo 67 clínicos gerais (ADA) e 55 membros da Sociedade de Odontopediatria da Austrália e Nova Zelândia (ANZSPD). Todos os respondentes nomearam violência física e abuso emocional como uma forma de abuso. Abuso sexual foi nomeado por 51% do ANZSPD e 43% da ADA, porém, alguns dentistas identificaram negligência e nenhum mencionou violência doméstica no contexto de abuso contra a criança. 36% (20) dos sócios da ANZSPD informaram um caso e 10% (7) dos sócios da ADA informaram alguma vez suas suspeitas. Metade do grupo da ANZSPD sabia que havia exigência legal para informação de casos suspeitos, metade do grupo da ADA não sabia das obrigações legais. A maioria (72%) da ADA e 41% da ANZSPD não sabiam a quem deveriam informar as suspeitas, um total de 32 dentistas identificou os assistentes sociais ou o departamento de serviços da comunidade como sendo um lugar apropriado para contactar qualquer preocupação. 76% dos dentistas da ANZSPD e 64% dos dentistas da ADA relataram que o conhecimento, o entendimento assim como a proteção era importante, se não muito importante ao trabalho. 10 dentistas (cinco em cada grupo) relataram não ser importantes tais conhecimentos, porém mais de 90% de todo os entrevistados solicitaram informação adicional com detalhes sobre as obrigações da profissão dental e uma lista de números de telefone de contato. Concluíram que ainda há uma consciência superficial entre a profissão dental e a criança abusada, existe uma falta considerável de conhecimento sobre protocolos de proteção à criança. Os profissionais estão sendo encorajados a relatar; percebe-se que os odontopediatras

estão ligeiramente à frente dos clínicos gerais no relato de casos de abuso, porém, há relutância por parte de muitos dentistas entrevistados em informar casos suspeitos que provavelmente surgem da falta de conhecimento de protocolos de proteção à criança.

Pires & Molle (1999)¹³¹, discorreram sobre a Síndrome de Münchausen por procuração, com o intuito de chamar a atenção de pediatras e profissionais de saúde para uma grave forma de violência contra a criança. Descreveram dois casos de Síndrome de Münchausen por procuração, que é uma forma de violência contra a criança. (*vide relato de casos clínicos*)

Sfikas (1999)¹⁴² evidenciou a necessidade e importância do relato de casos suspeitos e confirmados de abuso e negligência às autoridades competentes. Citou que os profissionais que não realizam o diagnóstico precoce, omitindo o fato, sofrerão penalidades judiciais. Relatou a Seção 3.E. da ADA “Princípios Éticos e Código de Conduta Profissional” que obriga o dentista a se familiarizar com sinais de abuso e negligência e com isso informar casos suspeitados para as autoridades formais. Como resultado da ação, há três mudanças na Seção 3.E.:

1- Dentistas têm que se familiarizar com os sinais de abuso e negligência. Previamente, foram obrigados a se familiarizar só com sinais de abuso.

2- A palavra "perioral" foi apagada da seção, e conseqüentemente os dentistas eticamente observarão os sinais de abuso e negligência, que acometem o paciente como um todo.

3- Ao invés de somente serem obrigados a informar casos suspeitos de criança abusada, os dentistas são agora exigidos a informar abuso suspeito e negligência de qualquer paciente, como é consistente com a lei. O conselho, em suas deliberações, cita que 65% das crianças abusadas sofreram danos na cabeça, face e/ou região bucal.

Concluiu relatando que os dentistas têm a obrigação ética e social de informar sinais de abuso e negligência de pacientes, e que o

não relato destas injúrias devem ser punidas com o rigor da lei do estado que este profissional atua.

Tsang & Sweet (1999)¹⁵⁷, iniciaram seu relato com o tema “detecção de crianças abusadas e negligenciadas - o dentista está fazendo o bastante?”. Relataram que os profissionais de saúde dental continuam abaixo do esperado na denúncia e relatório de crianças abusadas e negligenciadas, apesar da consciência crescente do papel potencial destes em descobrir o crime. O artigo apresenta uma avaliação de crianças abusadas e negligenciadas, traça esboços dos indicadores que podem alertar os profissionais dentais para os possíveis maus-tratos, que continua sendo um problema social e de saúde. O abuso resulta freqüentemente em tragédias incontáveis que envolvem a deterioração física, cognitiva ou emocional de uma criança que pode se estender na maioridade. Seu impacto causa tensão financeira enorme no bem-estar e sistemas de saúde. Relataram que nos Estados Unidos o custo anual do tratamento de crianças seriamente feridas por maus-tratos é de 500 milhões de dólares. As vítimas estão em risco mais alto de se tornarem adultos violentos; estes experimentam freqüentemente problemas sociais e executam menos bem as atividades escolares, os sobreviventes do abuso sexual tendem a manifestar sentimentos de baixa estima e depressão extrema, de experimentar freqüentemente incidência mais elevada do que a normal do abuso das substâncias químicas e desordens alimentares.

Concluíram que os peritos avaliam que a violência contra crianças continuará crescendo e tem um impacto significativo no sistema social; finalizaram descrevendo que esforços deveriam ser feitos por todos os cidadãos para intervir e parar com o abuso, além disso, apresentaram protocolos de documentação para ajudar a informar a identificação no consultório e recomendaram a colocação de régua milimetrada para poder registrar o tamanho da área lesionada, quando da realização de fotografias.¹⁵⁷

Em 1999, Valença & Abreu¹⁶⁰ avaliaram as ocorrências registradas no Conselho Tutelar da cidade de Niterói-RJ, observaram que 84 delas eram relativas a maus-tratos, sendo que 56% das crianças e adolescentes pertenciam ao gênero feminino e 44% ao masculino. Em relação ao local da injúria, 19 (22,6%) envolviam a região de cabeça, existindo apenas um relato de injúria acometendo a cavidade bucal, com luxação do elemento 51 e laceração labial. Do total das ocorrências de maus-tratos, 28 (33%) crianças e adolescentes foram submetidas a exame clínico, sendo que apenas três casos foram avaliados pelo cirurgião-dentista. Concluíram que a violência doméstica contra crianças e o adolescente é um achado freqüente em situações de maus-tratos, sendo as injúrias físicas a forma mais comum de agressão, embora estas injúrias também envolvam a região de cabeça, poucas crianças foram examinadas por cirurgiões-dentistas.

Wesche (1999)¹⁷⁴ descreveu que os dentistas raramente informam aos órgãos competentes casos de crianças abusadas e negligenciadas. Discutiu o fracasso destes profissionais para informar e pôe isto em perspectiva revisando a literatura. Ofereceu soluções para ajudar os profissionais a cumprir suas responsabilidades para reconhecer e informar maus-tratos, relatou que dentistas estão na melhor posição para identificar e informar a negligência dental, tendo mais razão para suspeitar da negligência de criança que outros repórteres designados. Citou que em 1996, 32% das crianças que sofreram abuso ou negligência no estado de Nova Iorque, tinham menos de 5 anos de idade, e que em um hospital 33% das crianças maltratadas e 75% das crianças que sofreram abuso físico, apresentavam injúrias na face, cabeça, boca e pescoço, e ainda que médicos realizaram 98% dos exames e nenhum dentista realizou o exame ou reportou casos. Concluiu que dentistas podem se tornar parte do sistema de serviço de proteção à criança abusada, negligenciada e abandonada mantendo sua obrigação legal.

Waldman et al. (1999)¹⁶⁹, citaram e definiram as maneiras mais comuns de maus-tratos contra a criança como abuso físico e sexual, negligência e incluem negligência física e médica, abandono, expulsão, supervisão inadequada, desatenção para educação, recusa ou demora com cuidados psicológicos. Abuso emocional e verbal, inclusive a falta de um ambiente encorajador e atencioso, e abuso de droga / álcool. Relataram uma estimativa onde 33 de cada 1000 crianças americanas são abusadas a cada ano. Citaram que algumas crianças apresentam maior risco que outras; descreveram que crianças especiais estão mais propensas ao abuso, pois são mais dependentes em suas necessidades básicas e sociais, são mais obedientes e complacentes, “sentem” falta de conhecimento sobre sexo e avanços sexuais, estão mais propensas ao isolamento e rejeição, apresentam um maior desejo de agradar, são inábeis para comunicação e em distinguir entre tipos diferentes de contatos/toque.

A ABRAPIA (2000) apud Cavalcanti et al. (2000)³⁵, divulgou que no período entre janeiro e agosto de 1999, no município do Rio de Janeiro, foram notificados 402 novos casos, compreendendo 811 crianças/adolescentes vítimas de maus-tratos. Dentre os principais agressores, 43,3% correspondiam a mães; 33,9% aos pais e 8,6% aos padrastos/madrastas. A faixa etária de maior frequência situava-se entre seis e 10 anos (31,1%). Quanto à natureza da violência, 39,85% corresponderam à negligência, 26,8% à agressão física, 26,2% à agressão psicológica e 7,2% à violência sexual.

Coury (2000)³⁹ relatou que mesmo com o aumento do número de crianças abusadas e negligenciadas, os profissionais são incertos em considerar estes acontecimentos no diagnóstico diferencial como etiologia de danos, que o abuso físico continua sendo uma situação na qual o perpetrador nega culpabilidade, e a vítima pode estar impossibilitada de se comunicar relatando os acontecimentos, sendo uma condição que muitos médicos ainda são contrários a identificar. Entre as

razões por não informar é a negação que o abuso pode acontecer e não entrar em confronto com os responsáveis e agências de proteção. Descreveu que quando os médicos realizam o diagnóstico de maus-tratos, 20% dos danos de cabeça em crianças hospitalizadas são causados por abuso, e que em mais da metade dos casos, familiares não informaram nenhuma história para responder pelos danos. Citou ser de importância para todos os profissionais de saúde o achado que a mortalidade de crianças abusadas, hospitalizadas, com danos de cabeça secundários é alto (13%), não só mais alto que para danos de cabeça acidentais, mas tão altos quanto as hospitalizações por meningite.

Cavalcanti et al. (2000)³⁵ apresentaram subsídios que auxiliam o odontopediatra a identificar os maus-tratos e qual a conduta a ser adotada frente ao abuso infantil, afirmaram que a negligência e o abuso, em suas diferentes formas (físico, emocional e sexual), podem ser identificados no consultório odontológico.

Segundo Depanfilis & Zuravin (1999) apud. Cavalcanti et al. (2000)³⁵, a intervenção precoce nos casos de maus-tratos e abandono de crianças ajuda a todos, tanto filhos quanto pais, pois fornece uma melhor oportunidade para obter o tratamento e os serviços de apoio necessários em tempo de preservar e fortalecer a unidade familiar.

Frank & Rodowsky (1999) apud. Cavalcanti et al.³⁵ (2000), reconheceram como possíveis seqüelas da violência doméstica: a injúria provocada, estresse relacionado às condições físicas, maus-tratos e uma variedade de problemas psicológicos, incluindo depressão, ansiedade, desordens dissociativas e estresse pós-traumático.

Concluíram que é lícito afirmar que o cirurgião-dentista, como profissional da saúde e, principalmente, como cidadão, deve estar capacitado para identificar casos de crianças e/ou adolescentes vítimas de maus-tratos, fornecer os cuidados dentários emergenciais necessários e notificar as autoridades competentes³⁵.

Ertem et al.⁵¹ (2000), realizaram estudo retrospectivo, bibliográfico, de 1965 a 2000 de artigos publicados nos Estados Unidos, que continham informações sobre maus-tratos físico em duas gerações, com finalidade de comparação e relacionamento, pois a criança abusada de hoje será pai abusador amanhã. Identificaram dez estudos onde foram aumentados os riscos relativos de maus-tratos nas crianças de pais que foram abusados durante a infância.

Lopes & Tavares (2000)^{99,100}, relataram que o abuso na infância deve receber abordagem multidisciplinar. Segundo Clark (1989) apud Lopes & Tavares (2000)^{99,100}, em 1986 uma investigação norte-americana verificou que 25,2/1000 crianças tinham sofrido algum tipo de abuso: 63%, negligência; 22,6%, abuso físico e 13,4%, abuso sexual. Em 1992 morreram, no E.U.A., 1261 crianças decorrentes de maus-tratos. O CRAMI de Bauru(SP), entre 1988 e 1993, em pesquisa realizada verificou que a mãe era o principal sujeito da agressão em 45,7% dos casos. Em 21,30% dos casos os pais juntos e, em terceiro lugar, o pai isoladamente. A agressão física diária era de 36,88%; negligência, 28,13%; abuso emocional, 15,02%; abandono, 12,50% e abuso sexual, 2,5% (Brasil, (1996) apud Lopes & Tavares (2000)^{99,100}), em 1995, Cariola et al.²⁹ relataram 36,88% de maus-tratos físicos e 28,31% de negligência. Monaco & Brooks (1994)¹¹¹.

Pesquisaram as condições médico-sociais das crianças de zero a 12 anos de idade, internadas no Hospital Municipal Jesus (HMJ), no Rio de Janeiro, com histórico de maus-tratos. Foram investigados, retrospectivamente, 57 prontuários de crianças vítimas de maus-tratos, de acordo com um protocolo em que coletaram registros de estratificação social, faixa etária, gênero, renda familiar, obituário, autores e tipos de maus-tratos, entre julho de 1987 e julho de 1997. Observaram prevalência de negligência/abandono em 27 crianças, (47%); 22 (39%) receberam maus-tratos físicos; 5 (9%) violência sexual e 3 (5%) violência emocional. Há prevalência de crianças do gênero feminino, pois constataram abuso

emocional em 100% e físico em 54,45% das meninas. Nas taxas de abuso sexual a maioria era composta de meninos. Quanto à faixa etária, observaram que: 36,84% apresentavam idade variando de um a dois anos; 26,32% entre 29 dias e 11 meses; 17,54% entre cinco e 11 anos. Verificaram que as crianças entre 29 dias e 11 meses foram as que mais sofreram por abandono; as de um a dois anos, por maus-tratos físicos e as de cinco a 11 anos por abuso sexual. Os óbitos foram apurados em 10,25% (seis) casos: dois por espancamento e quatro por abandono. As rendas familiares foram distribuídas em um a dois salários mínimos (12,28%); inferior a um salário em cinco casos (8,77%); entre dois e cinco salários em 3,51%. Na maioria dos casos a renda não era mencionada. Quanto ao agressor, a mãe isoladamente ou acompanhada do pai constituía o grupo prevalente, a seguir o pai isolado. Obtiveram: 47,37% de casos de abandono; 68,43% maus-tratos em crianças com idade menor de cinco anos; 90,1% das crianças com idade inferior a três anos foram submetidas a maus-tratos físicos e 60% maiores de 5 anos quando sofreram violência sexual; 31,58% das vítimas de maus-tratos foram maltratadas pelos próprios pais.¹⁰⁰

Descreveu Sjöberg (2000)¹⁴⁹, os resultados dos efeitos neuroendócrinos a longo prazo dos maus-tratos sofridos na infância do estudo realizado por Heim et al. (2000)⁶⁶ que pesquisaram os efeitos fisiológicos do abuso na infância de mulheres adultas. Investigando, porém, os efeitos do abuso físico e sexual sofrido na infância, é difícil de se encontrar uma evidência corroborativa para a presença da variável independente; um modo de avaliar este problema é simplesmente perguntar para as pessoas se elas se lembram de alguma vez ter tido tal experiência. Tal aproximação para o problema confia nas 3 suposições relacionadas aos relatórios retrospectivos que são geralmente fidedignos; aquelas pessoas que apresentam problemas relacionados à saúde psicossocial não são provavelmente aquelas que relatam a experiência de abuso na infância e que as pessoas que não tem problemas relacionados

à saúde psicossocial não são provavelmente aquelas que não relatam experiências de abuso de infância. Porém, a melhor evidência disponível sugere que nenhuma destas suposições é válida, assim, é provável que o estudo realizado superestime os efeitos psiquiátrico e sintomas psicossociais do abuso na infância como também biológicos.

Bartlett (2000)¹² descreveu os efeitos neuroendócrinos a longo prazo dos maus-tratos sofridos na infância. Descreveu o estudo de Heim et al. (2000)⁶⁶ onde relataram que o abuso sofrido na infância está associado com mudanças em respostas hormonais e neurológicas em mulheres adultas; homens foram excluídos do estudo. De acordo com o Departamento de Saúde e Serviços Humanos de Washington 1999, com os mais recentes resultados do Sistema de Dados Nacional de Crianças Abusadas e Negligenciadas, os meninos experimentam 48,5% de todos os incidentes de abuso, comparado com meninas os meninos estão mais propícios a sofrerem abuso físico, negligência geral, e negligência médica. Também há evidência de que abuso sexual de meninos é pouco reconhecido, pouco reportado e pouco tratado. A incidência de fatalidades de maus-tratos é 3 vezes maior para meninos que para meninas. Concluiu que não há nenhuma base sã para omitir da pesquisa pessoas somente com base no gênero.

Heim et al. (2000)⁶⁶ em resposta a Sjöberg (2000)¹⁴⁹, Bartlett (2000)¹² reconheceram que homens com história de abuso na infância podem demonstrar alterações neurobiológicas semelhantes às observadas em mulheres. Investigaram mulheres exclusivamente, não só porque o estudo foi patrocinado pelo Instituto Nacional de Saúde em abuso de mulheres, mas porque o gênero masculino difere do feminino nas respostas neuroendócrinas. Considerando os comentários de Sjöberg (2000)¹⁴⁹ em relatos retrospectivos de abuso na infância, 2 tipos de erros são possíveis: algumas mulheres que informam uma história passada de abuso na infância podem, de fato, não ter experimentado abuso ou algumas mulheres que não informaram abuso na infância podem, de fato,

ter sofrido abuso. Reconheceram que investigar os efeitos de abuso na infância é difícil. Concluíram que achados inequívocos em consequência de danos neuroendócrinos de abuso precoce requerem estudos nos quais são pesquisados os sobreviventes de abuso na infância em uma amostra longitudinal maior.

Zappa et al. (2000)¹⁷⁹, citaram estudo que relata ser o abuso ou maus-tratos, um tipo de violência considerada a “doença” epidêmica do final do século e, embora a família seja, por definição, a protetora de seus membros, a violência doméstica é a agressão contra a criança por aqueles que, teoricamente, seriam seus protetores.

Uma análise de taxa de mortalidade nas Américas, em 1997, mostra que as principais causas de óbito na faixa etária dos 10 aos 14 anos são acidentes, violência, tumores malignos e as doenças infecciosas que a morte prematura de adolescentes por violência deixa uma perda econômica e social muito grande. A OMS¹²⁰ estima que para cada criança e adolescente que morre por algum trauma restam 15 gravemente afetados por acidente e de 30 a 40 com lesões que necessitam de acompanhamento ou de reabilitação psicológica. Os óbitos na adolescência representam cerca de 3% da mortalidade geral do país. Relataram que The American Duman Association estudou a prevalência do abuso sexual infantil, mostrando que 27% das mulheres e 16% dos homens estudados tinham sofrido alguma forma de vitimização sexual na infância. Estudos têm demonstrado que 80% das vítimas conhecem seus agressores e 68% eram membros da família. A média norte-americana demonstra que 80% dos abusadores são homens e 20% são mulheres. A média de idade de início do abuso é de 9 anos para as mulheres e entre 7 e 9 anos para os homens. No Brasil, o Serviço de Advocacia da Criança fez uma pesquisa, a partir de processos registrados em 1988, 1991 e 1992, e concluiu que das 20400 denúncias de maus-tratos, 13% se referem a situações de abuso sexual, o que resulta em 2700 casos a cada ano.

Moura et al. (2000)¹¹⁶, realizaram levantamento bibliográfico e através dos resultados obtidos, identificaram os principais sinais e sintomas (tanto físicos quanto psicológicos) de crianças vítimas de maus-tratos, como também esclareceram a responsabilidade do Odontopediatra no atendimento desses pacientes. O termo “maus tratos” refere-se tanto à negligência quanto ao abuso de menores, principalmente pelos seus pais ou responsáveis. Relataram que segundo afirmação de Dym⁴⁹ (1995), os responsáveis pelos maus-tratos apresentam todos os níveis de escolaridade, estão distribuídos em todas as regiões demográficas e pertencem a todos os grupos sócio-econômicos. Em caso de suspeita de maus-tratos, um criterioso exame clínico, uma detalhada anamnese aliada a um questionário bem elaborado a respeito da história da lesão corporal, podem fornecer fortes indícios sobre sua natureza (acidental ou intencional). Citam que segundo Kotch et al. (1995)⁸⁹ geralmente, as crianças maltratadas, são aquelas que nasceram de parto prematuro, gravidez indesejada, apresentam deficiências físicas ou mentais e ainda, de difícil comportamento e ou hiper-atividade. Relatam os estudos de Bath & Haapala (1993)¹³ e Kotch et al. (1995)⁸⁹, onde, os pais agressores, em sua maioria, são originários de famílias desestruturadas; apresentam problemas sócio-econômicos e padecem de distúrbios psiquiátricos, ressaltando os quadros depressivos, doenças físicas e ou psicológicas. Segundo relata Billmire & Myers (1985), apud Dym (1995)⁴⁹ partindo do pressuposto de que fraturas na cabeça são as causas mais freqüentes de mortalidade entre crianças vítimas de abusos é de extrema importância que o odontopediatra saiba identificar essas fraturas e diferencia-las das que ocorrem acidentalmente.¹³³ Relatos de Appelbaum (1977)⁴, no consultório odontológico, crianças maltratadas fisicamente apresentam maior insensibilidade à dor, reagem inapropriadamente aos estímulos, são tímidas e desatentas. Em relação ao seu intelecto, apresentam QI menor que as não abusadas, refletindo no seu desempenho escolar.¹¹⁶ Dym (1995)⁴⁹, cita Crittenden & Dilalla

(1988); Billmire & Myers (1985), onde crianças maltratadas se expressam menos, são submissas, se irritam com facilidade e apresentam expressões faciais contraditórias ao que estão pensando realmente.¹¹⁶ Alterações psicológicas e comportamentais são características em crianças vítimas de abuso sexual, sintomas psicológicos comumente encontrados incluem ansiedade, depressão, passividade, desatenção, elevada sensação de raiva, culpa e hiperatividade, a passividade e a hiperatividade, relacionam-se respectivamente ao medo de desagradar e à necessidade de chamar atenção. Negligência pode ser confundida com pobreza e ignorância, portanto o odontopediatra deve pesquisar essa informação durante a anamnese, quando questiona profissão, endereço, escolaridade, nível de conhecimento e convívio social; e também durante um bate papo informal com os responsáveis no decorrer do atendimento. Devido à imensa gama de injúrias orofaciais presentes em crianças vítimas de maus-tratos, a probabilidade do odontopediatra deparar com esse tipo de paciente é bastante relevante, por isso, a necessidade de estar a par, não só dos aspectos físicos como também dos psicológicos. O padrão comportamental das crianças maltratadas é muito semelhante. As negligenciadas, abusadas físico ou sexualmente exteriorizam as reações e frustrações da mesma maneira. Finalizaram afirmando ser de suma importância conhecer os procedimentos legais e oficiais frente a suspeita de abuso infantil, uma vez que isto permitirá ao profissional assessorar de modo mais completo seu paciente, buscando protegê-lo do agressor, e quando houver a necessidade de denúncia, a quebra do sigilo ético profissional baseia-se em uma justa causa: a integridade física e psicológica do menor.¹¹⁶

Rupp (2000)¹³³ relatou que os dentistas estão em uma posição única para diagnosticar/observar suspeita de criança abusada e negligenciada (SCAN), mas raramente realiza o relatório. Incerteza científica representa um papel na relutância destes profissionais em informar (SCAN), como falta de educação. Neste estudo, indicadores ou

critérios estão disponíveis para ajudar os profissionais a enfrentarem as conseqüências dos relatórios, quando informam (SCAN). Também, provê uma lista de agências e organizações, E.U.A., que o profissional pode contatar para informar (SCAN). A literatura fala de quatro tipos gerais de criança abusada e negligenciada (CAN), a maioria das autoridades concorda com as definições básicas seguintes: criança sexualmente abusada ou explorada por algum ato sexual, varia de exposição indecente, toque impróprio, e exposição imprópria a atos sexuais, prostituição, estupro, incesto, pornografia, e relação/coito sexual; o abuso físico é um dano infligido pelo uso de força excessiva em uma criança; o abuso emocional é a repressão, humilhação, atos ou palavras que são prejudiciais ao desenvolvimento de uma personalidade saudável em uma criança; negligência é o ato de fracasso em prover as necessidades básicas a uma criança - comida, vestes, abrigo e cuidado médico e dentário. Condições dentais e médicas que se assemelham à criança abusada e negligenciada (CAN) podem ter sido reportados. Na observação de suspeita de criança abusada e negligenciada (SCAN) deve ser lembrado que danos são o resultado freqüentemente de trauma acidental. Os ferimentos não abusivos em idades não apropriadas, danos para a boca e outras áreas são comuns e devem ser distinguidas de abuso. Dentistas participam no reconhecimento e informação de maus-tratos de crianças em menor grau que outros profissionais de saúde, por estarem desavisados da responsabilidade legal em informar ou, quando abuso ou negligência é suspeitada, relutam em fazê-lo, pois não está seguro em assumir os danos que possivelmente serão examinados por um médico. Freqüentemente a criança será vista em um quarto de emergência ou um centro de tratamento de emergência e um dentista não estará envolvido no tratamento de emergência. Relatórios de abuso, negligência e maus-tratos são mais prováveis vir de escolas, provedores de cuidado à criança e assistentes sociais. Em uma pesquisa com dentistas de Kansas, 39% nunca tinham recebido informação, instrução,

ou treinando em diagnosticar e informar suspeita de criança abusada e negligenciada (SCAN); 62% não tem um protocolo no consultório para documentar e relatar suspeita de criança abusada e negligenciada (SCAN) e 12% não souberam que dentistas são obrigados a reportar suspeita de criança abusada e negligenciada (SCAN). O estado de Nova York votou uma lei para assegurar aos dentistas, sanitaristas dentais e outros profissionais, treinamento para reconhecer e relatar casos de criança abusada e negligenciada (CAN). Até mesmo após este treinamento, relatórios de dentistas neste estado são raros.

Bertocci et al. (2001)¹⁶, realizaram estudo onde simularam através de um programa de computador a queda de crianças de degraus de uma escada, com o intuito de descobrir quando um trauma é causado por acaso e quando este se trata de um ato intencional. Tentaram demonstrar a utilidade de técnicas de simulação de computador na investigação de quedas pediátricas, considerando que quedas de degrau são falsamente informadas quando estas crianças são levadas ao atendimento profissional. Concluíram que tais recursos são úteis para investigar a biomecânica de quedas de degraus, determinando características que auxiliarão os profissionais no diagnóstico final.

Cavalcanti (2001)³⁶ afirmou que um completo diagnóstico diferencial é essencial quando estamos diante de casos potencialmente suspeitos de violência infantil, pois este proporcionará ao clínico a oportunidade de comparar as características das lesões presentes com a história relatada pelos pais ou responsável. Permitirá delinear o tipo de injúria, o local de ocorrência, características clínicas e instrumentos que possam ter sido utilizados quando da agressão. Com relação ao diagnóstico durante a anamnese e exame clínico, o profissional deve reconhecer a possibilidade de abuso físico e ser capaz de identificar as crianças vítimas de abusos, fornecer o tratamento dentário emergencial, planejar um tratamento futuro, se necessário, e notificar as autoridades competentes. Aconselhou que durante a anamnese e exames clínicos,

dois ou mais profissionais estejam presentes com o intuito de tornarem o diagnóstico mais completo, pois algumas informações e/ou sinais clínicos que para um observador possam ser irrelevantes, para outro se constituem em indícios importantes, e nos casos em que houver suspeita de violência, os exames extra e intra-oral devem ser realizados de forma cuidadosa e completa, no sentido de possibilitar a obtenção do maior número de informações, permitindo o correto diagnóstico. Observam-se contusões, equimoses, hematomas, presença de marcas arciformes produzidas após surras com fios, dentre outras lesões. As equimoses provenientes de maus-tratos são encontradas nas regiões das costas, coxa, nádegas ou partes de trás das coxas. As queimaduras da pele mais encontradas são decorrentes de cigarro, cuja identificação pode ser facilmente perceptível em virtude do seu aspecto clínico característico: lesões circulares, elevadas, de tamanho uniforme, localizada nas palmas das mãos ou solas dos pés, costas e membros inferiores. O sistema esquelético em muitas situações apresenta fraturas dos ossos longos, relata que quando há suspeita de violência, o exame radiográfico é imprescindível; com relação à cabeça e crânio, a existência de alguns sinais pode levar o profissional a suspeitar da possibilidade de ocorrência de abuso infantil, observa que ao realizar o exame físico, o profissional deverá observar: 1- couro cabeludo: marcas de espancamento, presença de áreas de alopecia nas regiões frontal e parietal, decorrente de puxões violentos do cabelo; 2- olhos: hematoma orbitário, ptose; 3- nariz: fratura nasal, desvio do septo e presença de coágulos. Em lesões orofaciais, citou que a existência de manifestações bucais de doenças sexualmente transmissíveis, como, por exemplo, o condiloma acuminado, pode indicar a ocorrência de abuso sexual, outro indicativo importante segundo o autor, é a existência de marcas de mordidas em distintos locais do corpo, com forma circular ou elíptica da marca da mordida humana, resultante da oclusão dos arcos superior e inferior, com frequência pode ser acompanhada por equimoses puntiformes de sucção e por escoriações

superficiais; com relação ao diagnóstico diferencial, citou que algumas condições especiais podem apresentar características semelhantes a sinais de abuso, devendo o profissional estar apto ao correto diagnóstico diferencial das mesmas. Destacou dentre essas condições, traumas acidentais, em diferentes estágios de cicatrização; epidermólise bolhosa; trombocitopenia púrpura idiopática; osteogênese imperfeita; síndrome de Sturge-Weber e hemofilia. Finalizou descrevendo que diante de casos de abuso infantil, o cirurgião-dentista deverá notificar o Conselho Tutelar da sua cidade e, na ausência deste, a Curadoria da Infância e Juventude, Juizado da Infância e Juventude ou Órgão de Proteção à Criança. Concluiu que o cirurgião-dentista tem a obrigação legal, ética e moral da notificação de casos potencialmente suspeitos de maus-tratos, resguardando a criança de ocorrências futuras, as quais poderão, inclusive, levar à morte.

Pereira et al. (2001)¹²⁶, relataram que a violência contra a criança e o adolescente é um fenômeno universal que não tem limites culturais, sociais, ideológicos ou geográficos. Os maus-tratos por negligência, violência física e psíquica estão presentes nas diversas classes sociais, inclusive na elitizada, a qual é beneficiada pelo complô do silêncio da rede privada de assistência médica ou escolar. Associado a esse fator, também beneficia o agressor, quando parente, a tradição de que a família é inviolável e a violência física faz parte de um processo educacional corretivo. Os profissionais da saúde sejam eles médicos, dentistas, enfermeiros, fonoaudiólogos, devem estar atentos quanto à presença de sinais que sugiram a ocorrência de maus-tratos, ocupando posição de destaque em seu diagnóstico, não somente quando do atendimento, mas também através da observação do comportamento dos pais ou responsáveis quando presentes na sala clínica como acompanhantes. A descoberta de maus-tratos na criança e no adolescente depende do desejo do profissional de saúde considerá-lo no

diagnóstico diferencial da queixa principal ou no sinal clínico que está se investigando.

Em caso de suspeita ou comprovação de maus-tratos, o dentista poderá denunciar ao conselho tutelar de sua cidade, que dará proteção à vítima e, dependendo da gravidade da infração, encaminhará para a Curadoria da Infância e Juventude para elaboração de processo e encaminhamento à Justiça. Citou como os principais órgãos e leis protetoras da criança e do adolescente:

- Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8069/90);^{20,22}
- Código Penal Brasileiro (1991);²¹
- Constituição da República Federativa do Brasil (artigo 227);¹⁹
- Conselho Tutelar;^{20,22}
- Curadoria da Infância e da Juventude.

Dentre as várias medidas preventivas contra os maus-tratos que vitimam crianças e adolescentes, recomenda:

- Desenvolvimento de ações específicas tanto do governo como da sociedade civil;
- Fortalecer, divulgar e equipar os conselhos tutelares;
- Punição severa aos infratores;
- Proteção aos denunciantes;
- Campanhas educativas, informativas e esclarecedoras.

Carvalho et al. (2001)³⁰, realizaram avaliação dos registros de ocorrência realizados durante o primeiro trimestre do ano de 2000, na Delegacia de Repressão aos Crimes contra a Criança e o Adolescente (DERCA, Salvador/BA). Elaboraram uma ficha para registro dos dados acerca da vítima (sexo e idade), do fato (tipo de violência sofrida, presença ou ausência de lesões, sua localização, tecidos envolvidos e tipos de lesão), do comunicante e do agressor (idade, sexo, grau de parentesco, estado civil e instrução). Amostra de 414 ocorrências examinadas, sendo 377 incluídas no estudo. Participaram deste estudo crianças entre 0 – 18 anos (média 12,65 +/- 4,10), de ambos os gêneros

(59,9% meninas; 40,1% meninos). Os agressores apresentaram em média 31,61 +/- 10,63 anos, sendo a idade mínima de 16 e a máxima de 77 anos. Segundo Rodrigues (2000), com base nos dados do Centro de Referência, Estudos e Ações sobre Crianças e Adolescentes (CRECIA) 39% dos agressores era pai da vítima; 23,9% mãe; 14% padrasto e 4,6%, outros familiares.³⁰

Grande parte das agressões foi cometida por apenas uma pessoa (94,4%); as atuações de dois ou três agressores em um mesmo caso corresponderam a pequenas parcelas, respectivamente, 4,2% e 1,3%. Todos os tipos de abuso mostraram-se mais freqüentes em meninas, e no subgrupo de 11 – 15 anos. O abuso físico foi o mais encontrado (50,7%), seguido de psicológico (20,2%), sexual (18,0%), abuso físico/psicológico (7,7%) e negligência (3,4%). Na faixa etária de 0 – 10 anos, os pais e vizinhos foram os principais responsáveis por maus-tratos. Dos 377 casos analisados, 88 (23,3%) exibiram lesões corporais, sendo a região de cabeça e pescoço atingida em 17% do número global. Dos 88 registros de lesão, 64 atingiram a região de cabeça e pescoço, correspondendo a um índice de 72,73%, do total de injúrias na cabeça e pescoço, 96,90% acometeram os tecidos moles. Encontraram uma correlação positiva entre gênero (feminino) e abusos físico e sexual. A violência física contra meninos mostrou-se mais intensa, o que pode ser notado pela maior ocorrência de lesões, inclusive lesões de cabeça e pescoço.³⁰ Segundo Rodrigues (2000), dados do Centro de Referência, Estudos e Ações sobre Crianças e Adolescentes (CRECIA) ratificam esta predominância, apontando uma taxa de 72,83% de agressão física dentre as outras categorias de maus-tratos. A ordem decrescente de porcentagens seria: 11,5% negligência, 9,54% abuso sexual, 6,13% abuso psicológico. (apud Carvalho et al. (2001)³⁰)

A maioria dos comunicantes é analfabeta (22,5%) ou tem o 1º grau incompleto (39,1%).³⁰ Segundo Rodrigues (2000) a idade média dos comunicantes foi de 38,35 anos, sendo a mínima de 18 e a máxima

de 75 anos. Houve predominância do gênero feminino (63,1%), os pais, apesar de serem os principais agressores, são também os principais denunciantes (79,9%). Dados do Centro de Referência, Estudos e Ações sobre Crianças e Adolescentes (CRECIA) 39,48% das denúncias são feitas pela vizinhança, 31,71% pela família e 10% pela sociedade civil; e que de cada 20 casos de maus-tratos, apenas um é registrado. (apud Carvalho et al. (2001)³⁰)

Relataram que não houve nenhum relato feito pelos profissionais de saúde. Em relação à renda, as pessoas envolvidas nos fatos, desempenham atividades pouco remunerativas ou vivem sob condições financeiras restritas. Ressaltaram a tendência a responsabilizar apenas a miséria pela alta incidência de abuso e negligência quando se sabe existir a ocorrência de maus-tratos também nas classes média e alta, porém de forma velada (maior privacidade). O diagnóstico do abuso infantil baseia-se no reconhecimento de indicadores comportamentais e dos sinais e sintomas físicos comuns às crianças abusadas e negligenciadas. A respeito dos indicadores comportamentais exibidos pelas vítimas, citaram aqueles facilmente identificáveis pelo odontopediatra, tais como depressão, distímia, ansiedade, rebeldia, agressividade e delinqüência. Além de tornar-se apto para o reconhecimento, documentação e para um tratamento diferencial das crianças abusadas, o cirurgião dentista deve habilitar-se para o encaminhamento destas aos órgãos competentes, conscientizando-se, ainda, a respeito das conseqüências legais resultantes da omissão frente aos casos de maus-tratos. Também devem sensibilizar a comunidade a fim de reduzir a incidência e o impacto da violência contra crianças e adolescentes. É evidente a necessidade de uma mobilização da sociedade, em especial dos profissionais de saúde, tendo em vista que os maus-tratos infantis acarretam sérios distúrbios de desenvolvimento físico e mental da criança. Dentistas têm oportunidade e obrigação de assistir estas crianças através da identificação, diagnóstico e encaminhamento

dos casos suspeitos. Quanto mais precoce esta intervenção, maior será a chance de romper o ciclo de maus-tratos dentro das futuras gerações.³⁰

Concluíram o estudo relatando que:

- há maior prevalência de maus-tratos na faixa etária de 11 a 15 anos (50,66%);
- o gênero feminino foi o mais acometido para todos os tipos de abuso (59,95%);
- o abuso físico foi predominante (50,66%) e, dos casos em que houve lesão, a maioria atingiu a região de cabeça e pescoço (72,73%);
- os comunicantes foram principalmente os pais da vítima, apresentando baixo grau de instrução na maioria dos casos;
- os agressores foram, sobretudo, do sexo masculino (76,6%);
- os profissionais de saúde não denunciaram nenhum caso de abuso e negligência infantis.

Louzado et al. (2001)¹⁰¹, citaram o estudo de Jessee (1995)⁷⁵ onde uma, em cada cinco mulheres, e um, em cada dez homens, recordam ter sofrido abuso sexual na infância; que qualquer conduta do tipo sexual com uma criança, levada a termo, por um adulto ou por outra criança mais velha, é considerada agressão sexual. A exibição dos genitais de um adulto a uma criança mostrar-lhe revistas ou filmes pornográficos ou até mesmo a sua utilização na produção de material erótico, são formas de abuso. Na maioria dos casos, o abuso sexual é cometido por algum familiar que exerce autoridade sobre a criança e que a convence a participar destes atos, através de persuasão, recompensas e ameaças. A criança vítima de abuso sexual prolongado geralmente desenvolve perda de auto-estima e adquire uma perspectiva anormal da sexualidade. Pode tornar-se muito retraída, perder a confiança em todos os adultos e até mesmo considerar o suicídio. Às vezes, podem surgir alguns sintomas: terror a algumas pessoas ou a determinados lugares, respostas ilógicas da criança, quando perguntado sobre alguma

ferida nos seus genitais, temor irracional diante de um exame físico, desenhos tétricos ou com excesso de vermelho e negro, alterações repentinas de conduta, pesadelos, depressão e isolamento de seus amigos e familiares. A criança pode apresentar comportamento sedutor, dizer que tem um corpo sujo, demonstrar interesse excessivo ou evitar tudo o que é de natureza sexual e apresentar agressividade excessiva. As lesões de abuso sexual não precisam estar restritas ao períneo. Pelo menos metade das crianças abusadas sexualmente possuem algum tipo de lesão orofacial⁷⁵. Em função disso, os dentistas devem dedicar especial atenção a crianças suspeitas. Os sinais comuns de abuso incluem fraturas dentárias e de maxila, mandíbula ou outro osso facial, laceração de lábio, freio lingual e também marcas de mordidas na face e na nuca. Estudos mostraram que as contusões são os principais e mais evidentes sinais de abuso Kvaal (1993)⁹⁰; Jessee (1995)⁷⁵. Lesões típicas fortes indicativas de abuso sexual, quando presente nos lábios, língua, palato, face ou faringe, são as lesões eritematosas, ulcerativas, vesiculopustulares, pseudomembranosas e, principalmente, condilomatosas⁷⁵. Ressaltaram que crianças expostas à atividade sexual oral por um considerável período de tempo desenvolvem alta taxa de cáries e também de erosão do palato⁹⁰.

Relataram a possibilidade de indicação de cultura para *Neisseria Gonorrhoea* em crianças suspeitas de sofrerem abuso sexual.

Drezett et al. (2001)⁴⁷, relataram que o abuso sexual é o fenômeno universal que atinge, indistintamente, todas as classes sociais, etnias, religiões e culturas. Sua verdadeira incidência é desconhecida, acreditando-se ser uma das condições de maior subnotificação e subregistro em todo mundo. Citaram o estudo de Kenney et al. (1998)⁸⁴, onde relatam que apesar do tímido percentual de denúncias, a violência sexual é cada vez mais reportada, estimando-se que acometa 12 milhões de pessoas, a cada ano, em todo o mundo. Apenas nos E.U.A., calcula-se que ocorra uma agressão sexual a cada 6,4 minutos e que uma em cada

quatro mulheres tenha sofrido algum contato sexual não consentido durante a infância ou adolescência. Entre crianças, estima-se que um terço tenha sido submetido, alguma vez, a um contato incestuoso. Atualmente, cerca de 200 mil crianças americanas são sexualmente abusadas, a cada ano.

Realizaram estudo retrospectivo de 617 crianças e adolescentes do gênero feminino, vítimas de abuso sexual atendidas entre julho de 1994 e agosto de 1999 pelo Centro de Referência da Saúde da Mulher e de Nutrição, Alimentação e Desenvolvimento Infantil – SP. 258 casos (41,8%) foram enviados pelas Delegacias de Polícia; 189 casos (30,6%) pelo Instituto Médico Legal; 87 (14,1%) por outros serviços de saúde; 17 (2,7%) pelo Poder Judiciário e 66 casos (10,6%) por procura espontânea. A idade variou entre 1 e 19 anos, com média de 5,8 anos para crianças e de 15,6 anos para adolescentes; 71 crianças (idade menor 10 anos) e 546 adolescentes (10 a 20 anos). Relataram que o estupro ocorreu em 90,8% das adolescentes e o atentado violento ao pudor em 46,5% das crianças. Violência presumida foi mais freqüente nas crianças (63,4%) e a grave ameaça nas adolescentes (63,2%). A *inocência consilli* foi violência presumida exclusiva entre as crianças, atingindo 59,5% das adolescentes. (o limite de idade de 14 anos é fundamentado, legalmente, na condição de *inocência consilli*, traduzida pela completa falta de ciência em relação aos fatos sexuais) 84,5% das crianças foram abusadas por agressores identificáveis, geralmente do núcleo familiar ou aparentados, 60% nas crianças e 38,5% entre adolescentes. O agressor foi apontado como desconhecido por 72,3% das adolescentes (395 casos) e por 15,5% das crianças (11 casos). Nas crianças, o abuso ocorreu em 42,3% na residência da vítima e em 28,2% na do agressor. Adolescentes foram vitimadas durante atividades cotidianas (34,8%) e no percurso do trabalho ou escola (28,4%). A maioria das pacientes não apresentou traumas físicos genitais ou extragenitais.⁴⁷

Palusci et al. (2001)¹²², realizaram estudo retrospectivo de 1995 a 1998 com o intuito de avaliar o número de intimações que profissionais de saúde recebem para comparecer em depoimentos nos casos de abuso e maus-tratos à criança. Determinaram a frequência de aparecimento em tribunais por pediatras que avaliam a criança abusada e negligenciada, casos de identificação de características de casos associados com aparecimento em tribunais ou adiamento de caso. Informações relativas à idade do paciente, gênero, raça, etnia, tipo de maus-tratos suspeitos, data de avaliação, data de intimação, tipo de tribunal a ouvir, se o pediatra na verdade testemunhou no tribunal, e resultados legais. Compararam características de caso entre pediatras e foram usadas para prever aparecimento de médico e continuação de caso ou adiamento em modelos de regressão de logística. Quatrocentos e quarenta e cinco intimações concernindo 260 pacientes. Embora diferenças significantes eram notáveis entre os pediatras em tipo de abuso, nenhuma diferença foi achada na idade do paciente, gênero, etnia ou resultados legal. Os pediatras receberam intimações em menos de 15% dos casos de maus-tratos de criança, e menos de 5% das crianças foram vistas pelos médicos que foram intimados. Apesar do papel importante protegendo as crianças, pediatras informaram intranquilidade avaliando e informando abuso suspeito e citaram apreensão no tribunal com o processo para uma variedade de razões, incluindo a falta de familiaridade com procedimentos legais e a inconveniência de frequência de tribunal. Outros postularam que os médicos "temem" participação no sistema legal por causa da obrigação profissional ou contradição de respostas. Concluíram que embora às vezes intimados para explicar a avaliação médica e as necessidades da criança em casos de abuso e negligência, na maioria dos casos em que foram intimados ao tribunal, os profissionais de saúde adiaram ou esclareceram antes do testemunho, seu parecer.

Pascolat et al. (2001)¹²⁵, analisaram 3600 cadastros, com o objetivo de conhecer o perfil da criança vítima de agressão física e do agente responsável pela violência contra ela, selecionando as denúncias confirmadas de abuso físico num total de 225 casos do SOS Criança, de Curitiba – PR, durante o ano de 1998. Os casos de abuso sexual, negligência, maus-tratos e abandono foram excluídos. 50,2% eram do gênero masculino e 49,85 feminino. 56% das crianças avaliadas apresentavam-se em idade escolar; seguida pelos pré-púberes (19,6%), pré-escolares (8,9%), púberes (8%) e lactentes (7,5%). 59,6% eram primogênitos, não eram filhos de criação (84,4%), nem adotados (97,3%), tampouco apresentavam doenças crônicas (95,6%). 71,1% apresentavam rendimento escolar compatível com a idade. O principal agressor foi a mãe (42,2%) seguida pelo pai, outros, padrasto e madrasta. A maioria dos agressores alegou como motivo da agressão, a necessidade de colocação de limites como forma de educação; 25,8% das mães alegaram a causa disciplinar para o abuso; 10,7% dos agressores negaram a violência praticada, enquanto 1,8% não referiram um motivo lógico que justificasse a violência. Com relação ao tipo de material ou meio utilizado para agressão, citaram as mãos, seguida pela cinta, madeira, sapato, objeto e borracha; 32,5% das mães relataram a utilização das mãos para efetuar a violência. As pessoas que mais denunciaram o abuso físico na infância foi a comunidade (85,5%), preferencialmente vizinhos e profissionais da área de saúde. Citaram como tipo de lesão decorrente do abuso físico hematoma, eritema, escoriação, lesão aberta, fratura, queimadura e contusão. Múltiplas lesões (38,2%) atingiram o corpo das vítimas, e os ferimentos, na maioria das vezes (37,8%), apresentaram-se como hematomas que aparecem predominantemente em mais de um segmento corpóreo, cerca de 7,1% das crianças não apresentavam marcas evidentes de agressão. A cabeça seguida pelos membros inferiores, membros superiores, tórax e abdome, foram os segmentos corpóreos mais atingidos pela violência. 82,2% das crianças, não

procuraram auxílio médico e 94,2% não mostravam seqüelas aparentes (17,8% destas crianças agredidas buscaram auxílio médico, 5,8% permaneceram com seqüelas definitivas). Aproximadamente 16% delas foram afastadas da família. Os autores traçaram o perfil da família da criança vítima de violência física: pai e mãe moravam juntos em 52,9% das vezes, a faixa etária mais atingida compreende crianças entre 5 a 11 anos. Concluíram que as crianças que mais sofrem agressão física, segundo a amostra estudada, consistem em filhos legítimos e primogênitos, com faixa etária entre 5 e 11 anos e com nível escolar compatível com a idade. A mãe, com suas próprias mãos resume-se no principal agente agressor, e deixa geralmente hematomas, em diversos segmentos do corpo da criança, com o princípio de educar, ou seja, a colocação de limites.

Senn et al. (2001)¹⁴¹, retrataram o papel dos dentistas no reconhecimento e informação da violência doméstica, abuso e negligência. Relataram que o reconhecimento da violência doméstica como um problema nacional nos Estados Unidos não foi percebido efetivamente até a segunda metade do século vinte. Citaram estatísticas realizadas nos Estados Unidos onde 1077 fatalidades de maus-tratos contra a criança ocorreram nos 50 estados e no Distrito de Columbia em 1996. Baseados em dados de um subconjunto de estados, crianças com menos de 4 anos de idade responderam por 76% dos casos, a taxa nacional de crianças reportadas é de 44 em cada 1000, e de vitimização é de 15 vítimas para cada 1000 crianças. Mais da metade(52%) de todas as vítimas sofreram negligência, considerando que quase um quarto(24%) sofreu abuso físico. Aproximadamente 12% das vítimas sofreram abuso sexual. 80% dos perpetradores apresentavam idade menor a 40 anos e que 2/3 eram mulheres. 75% dos casos de negligência estavam associados a perpetradores do gênero feminino e 75% dos casos de abuso sexual eram associados a perpetradores do gênero masculino. 30% a 60% dos casos de violência doméstica ocorrem em famílias com

crianças e a exposição da criança a relacionamentos onde o pai abusa da mãe é fator de risco forte para transmitir comportamento violento de uma geração a outra. Em 1998 1100 crianças morreram por abuso e negligência, o que correspondeu a uma taxa de aproximadamente 1,6 mortes por 100000 crianças na população. Relataram que os dentistas estão em posição privilegiada para diagnosticar sinais de crianças abusadas, pois de acordo com estatísticas, 50 a 65% dos traumas físicos estão associados à cabeça, face ou pescoço. Observaram que durante a entrevista, a criança deve ser questionada se sente segura em casa ou na companhia de um responsável e se os danos foram causados intencionalmente e por quem. O profissional não deverá se surpreender se a vítima ou o responsável negar o fato, pois alguns abusadores criam enredos que explicam os danos. O dentista deve suspeitar se as explicações estão em discrepância com os danos vistos ou se a história muda para se ajustar às perguntas. Permissão deve ser buscada para fotografar danos suspeitos, qualquer dano deve ser documentado cuidadosamente, estas podem ser valiosas ferramentas para possível litígio. Concluíram que diante do fato, o profissional não deve mostrar raiva ou rancor e crianças e responsáveis devem ser assegurados que a entrevista é confidencial.

Brown et al. (1999) apud Wolfe et al. (2001)¹⁷⁶, descreveram que apesar da consciência de conexão entre maus-tratos à criança e desordens subseqüentes, estudos investigaram só recentemente o impacto dos maus-tratos em comportamento adolescente. Por exemplo, adolescentes com histórias de maus-tratos têm um maior risco à depressão e ao comportamento suicida, especialmente com histórias de abuso sexuais.

Realizaram estudo com 1419 crianças, com taxa de resposta de 62%, de 10 escolas secundárias da zona urbana, semirural e rural do sudoeste de Ontário, através de questionários que avaliava os maus-tratos sofridos no passado, ajuste atual, e conseqüências da

violência. Participaram crianças de 14 a 19 anos de idade, 55% eram meninas; com relação à etnia, 79% eram brancos, 6% da beira do Pacífico, 5% aborígenes, 2% de descendência africana e 8% de etnia desconhecida. Compararam crianças mal tratadas e não mal tratadas por três domínios de ajuste adolescente: angústia emocional, comportamento delinqüente, perpetração da violência e vitimização. Adolescentes com histórias de maus-tratos informaram problemas de ajuste significantes, porém diferentes com relação ao gênero. Adolescentes meninas com histórias de maus-tratos informaram angústia emocional considerável (como raiva, depressão e ansiedade), sintomas de stress pós - traumático e atos de delinqüência violenta e não violenta. Adolescentes masculinos com histórias de maus-tratos informaram menos sintomas de tumulto emocional e comportamento delinqüente, mas eram significativamente mais propícios a se tornarem perpetrador de abuso no futuro, um significativo maior risco de usar comportamentos ameaçadores ou abuso físico contra terceiros. Concluíram que o mau trato é um fator de risco significativo para o desajuste, mau comportamento do adolescente no futuro e que há diferença no modo de agir entre meninos e meninas.¹⁷⁶

O volume número 59 de maio/junho de 2002 da Revista Brasileira de Odontologia publica em sua matéria de capa o estudo sobre diagnóstico de abuso infantil de Carvalho³¹, onde esta afirmou que o diagnóstico precoce é um grande passo para a integridade física e psicológica do menor, pois possibilita ajudar a família e a criança, evitando conseqüências de maior gravidade, permitindo o tratamento e prevenindo a recorrência. Relatou que o profissional de saúde, mais especificamente o cirurgião-dentista, não está preparado para conduzir casos de maus-tratos contra criança, pois não existe ainda nas universidades uma abordagem específica sobre o tema, que a grande maioria dos profissionais não está familiarizada com os aspectos legais a serem adotados diante de casos de abuso infantil e que o código de ética dos cirurgiões-dentistas não faz nenhuma menção às ocorrências de

maus-tratos nos pacientes. Citou o estudo sobre a prevalência de maus-tratos em crianças e adolescentes, realizada com dados analisados de 2035 prontuários do Conselho Tutelar de Niterói, entre os anos de 1993 e 1997, sob a coordenação das professoras Fernanda Volpe de Abreu e Ana Maria Gondim Valença, onde uma face da violência contra a criança e o adolescente ficou exposta. O estudo abrangeu a faixa etária de zero a 18 anos, onde 56% dos 2035 casos foram de maus-tratos e 84,5% dos mesmos ocorreram na própria casa dessas crianças e adolescentes. Outro fator constatado foi que os agressores, em 50% das ocorrências, eram os pais; a violência física e o abuso sexual foram os dois casos mais comuns com 82,9% e 17% das incidências, respectivamente e que nas ocorrências de maus-tratos (56%), 84,5% deixaram seqüelas, normalmente nas circunstâncias de abuso sexual e queimaduras, e 11,9% foram hospitalizadas, principalmente quando ocorreram agressões físicas, queimaduras e abuso sexual. Descreveu que o fato que mais chamou atenção no estudo foi que 62,5% das ocorrências ocorreram mais de três vezes com a mesma vítima.

Gomes et al. (2002)⁵⁹, relataram que a violência doméstica ou intrafamiliar é, sem dúvida, responsável por milhares de crianças e adolescentes vitimados no Brasil, que no período de julho de 1999 a agosto de 2000, foram notificados, pela rede de saúde, 1061 casos de maus-tratos no estado do Rio de Janeiro. Observaram que mesmo sendo entendida, contemporaneamente, como sujeito de direitos, a criança ainda é maltratada por conta da existência de dominação de gênero e de geração. Com o objetivo de analisar os fatores que são identificados, na produção bibliográfica em Pediatria, nos anos 90, como atuantes para a ocorrência das situações de maus-tratos cometidos contra a criança os autores revisaram três periódicos, desta década. Em um deles, consideraram os artigos publicados de 1994 a 1997, período de existência do periódico, enquanto nos outros dois foram considerados os artigos produzidos no intervalo de 1990 a 1999. Nas três revistas, consideraram

todos os artigos que abordavam, especificamente, os maus-tratos cometidos contra crianças, sendo um total de 14 trabalhos. Classificaram os artigos segundo o tipo de violência abordado, sendo: Abuso sexual, Negligência, Maus-tratos em geral e Síndrome da criança espancada. Como resultados, ressaltaram como modelos teóricos explicativos: (a) a reprodução das experiências de violência; (b) os desajustes familiares, psíquicos e alcoolismo; (c) a ordem macro estrutural. Concluíram que ainda é necessário ser promovidos estudos para que se tenha mais dados ancorados na realidade empírica do Brasil; que os maus-tratos foram pouco abordados e que isso revela, de uma certa forma, que essa produção não está conseguindo acompanhar uma das demandas mais atuais no campo da promoção da saúde infantil, que é a de compreender a violência cometida contra esse segmento etário, para que se possam sugerir políticas de atenção e de enfrentamento ao problema.

Gonçalves & Ferreira (2002)⁶¹, descreveram a importância da notificação, relato da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde. Discutiram as principais dificuldades enfrentadas pelos profissionais, de saúde na notificação de casos de violência contra crianças e suas possibilidades de solução. Relataram que uma pesquisa realizada em trinta países em 1992 mostrou que apenas a metade das nações desenvolvidas e um terço dos países em desenvolvimento dispunham de registros centralizados; em países como Estados Unidos, França e Alemanha, a coleta de dados é fragmentada e com escassa comparabilidade. A análise conclui pela necessidade de: esclarecimento da noção legal de maus-tratos e da concepção de suspeita; a necessidade da preparação de manuais técnicos de orientação; melhoria da infra-estrutura de serviços de proteção; realização de outros estudos sobre as conseqüências do ato de notificar, especialmente sobre a concepção de justiça que a notificação transmite à família.

RELATOS DE CASOS CLÍNICOS

RELATOS DE CASOS CLÍNICOS

Cameron et al. (1966)²⁸, relataram cinco casos de maus-tratos que culminaram com a morte da criança. O primeiro caso é de uma criança de vinte meses que foi internada com diagnóstico clínico de estenose pilórica, que veio a óbito horas depois da admissão sem que o diagnóstico definitivo fosse efetuado. Realizada a autópsia observaram fratura de crânio com dilaceração cerebral e hemorragia. Como resultado uma autópsia adicional foi levada a cabo e foi completada por exame de radiológico do esqueleto inteiro que mostrou fraturas velhas de um úmero e um rádio que eram claramente de idades diferentes. Contusões múltiplas da cabeça e membros, duas fraturas separadas frescas do crânio e dano de cérebro. Não havia nenhuma evidência de estenose pilórica ou hérnia de hiato. Interrogado o pai admitiu que golpeou e lançou a criança contra mobília na cozinha. Foi condenado a doze meses de prisão. No segundo caso uma criança masculina de oito meses, gêmeo, foi levada ao hospital com danos de cabeça veio a óbito logo após admissão. A explicação do pai foi que, quando levando a criança escada abaixo, tropeçou e permitiu que a mesma deslizesse pelo seu corpo caindo de cabeça nos degraus. Após autópsia, completada por exame radiográfico evidenciaram recentes contusões de múltiplas de idade, na cabeça, tronco e membros, com costelas fraturadas e crânio com dano de cérebro. Também havia fraturas de costela com consolidação antiga. Devido a estes achados, investigações conduziram à mãe que admite ter derrubado a criança eventualmente. O gêmeo sobrevivente apresentava uma perna fraturada à idade de três. Não houve processo criminal. No terceiro relato uma criança de quatro meses filha de mãe solteira estava vivendo com o pai, um menino de dezoito anos de idade. foi encontrada morta na cama pelo pai. Este alegou que tentou ressurreição, sem efeito, e, como não havia nenhum médico, o caso foi informado ao juiz. A autópsia encontrou contusões no couro cabeludo e abdômen, contusão

do lado direito da cabeça, sobre a orelha e fratura do crânio. Contusões acima e abaixo do ângulo da mandíbula, contusão pequena na frente do joelho e contusão pequena na nádega esquerda. Hemorragias e petéquias estavam presentes na conjuntiva. Sangue livre na cavidade peritoneal devido à ruptura do fígado. Hemorragia subdural. Realizaram exame adicional do corpo, foi confirmado que algumas das contusões eram mais velhas. Foi sugerido que os danos de tórax eram decorrentes das tentativas de ressurreição, nenhuma explicação foi achada para as marcas debaixo da mandíbula e para o crânio fraturado. Após dez meses outra criança nasce. Esta criança também morreu, debaixo das circunstâncias seguintes, quando tinha cinco semanas de acordo com o pai, a criança estava bem após ter se alimentado. Choramingou. Deixou de chorar, mas a respiração soou pesada. Com ajuda de um vizinho, levou-a até um médico que tentou ressuscitá-la sem sucesso. Autópsia subsequente mostrou dezenove contusões frescas pequenas em seis partes diferentes do corpo, inclusive a cabeça, abdômen superior e ruptura do fígado. A explicação do pai era que ele tinha tentado salvar e caiu de joelho sobre o bebê. O pai foi condenado a prisão perpétua pelo assassinato das crianças.

Perez et al. (1975)¹²⁷ descreveram dois casos de maus-tratos, o primeiro em uma criança de três anos de idade com fratura de crânio, úmero, clavícula e contusões múltiplas provocadas pela mãe, segundo relato do próprio pai. No segundo caso relata injúrias em uma criança de nove meses de idade com fratura de úmero e diálises femoral. Analisando a história regressa da vítima obtém dados que aos três meses de idade a mesma havia fraturado a perna e fora tratada em outro hospital. Com um ano de idade apresentou fratura da tíbia. Relatam que apesar dos esforços não conseguiram entrevistar os pais.

Sobel (1986)¹⁵¹, relatou um caso de maus-tratos contra uma criança de 4 anos de idade, gênero masculino, melanoderma apresentou-se em clínica dentária com queixa principal de ferimentos

causados por queda accidental. Danos que incluíam dilaceração facial e oral, contusões faciais, e deslocamento de dentes decíduos. Segundo relato da mãe, duas horas antes a criança teria caído em casa e batido à face contra uma mesa. Estava brincando e nenhum adulto estava presente quando o dano aconteceu. O menino era pequeno e tímido, apresentava abrasões faciais e contusões com tempos de cicatrização diferentes. Ao exame Intraoral revelou-se dilaceração gengival anterior superior e em áreas de mucosa alveolar, intrusão do incisivo lateral e ausência do incisivo central superior esquerdos o que foi confirmado com exame radiográfico. Fratura da mandíbula entre incisivo central e lateral foi diagnosticada. Cárie generalizada foi observada. A presença de danos múltiplos significantes era bastante desproporcional à história de um evento moderadamente traumático. Também era notável que havia diferenças nas fases curativas das contusões. Consentimento foi obtido para fotografia das áreas traumatizadas. Os achados clínicos de múltiplos danos suspeitos em várias fases de cura na face e extremidades requereram um exame físico completo. Exame revelou contusões múltiplas predominantemente nas costas e braço que variavam na cor de avermelhado - roxo ao marrom, além de lesões circulares na palma de ambas as mãos característica de queimadura por cigarro. O pai é alcoólatra crônico, e tinha abusado das crianças e do cônjuge em várias ocasiões. A mãe pareceu passiva e ineficaz durante a entrevista. Agiu de maneira imatura em resposta sobre assuntos de família. Após diagnóstico e prognóstico, concluíram que o incidente representou trauma não accidental e que havia potencial para reincidência. Criança permaneceu hospitalizada para tratamento das lesões e após seria incluída em serviços sociais de proteção às vítimas de maus-tratos, moradia adotiva pelo prazo de seis meses. Os pais foram incluídos em serviços de reestruturação familiar e o pai passou por tratamento para alcoólatras. Durante o período de moradia adotiva os pais tinham o direito de visitar a criança duas vezes por semana. Após tratamentos de ambos, o juiz

responsável pelo caso avaliaria a situação e decidiria pela re-inclusão da criança na família ou não.

Jessee (1993)⁷³ fez o relato do caso clínico de uma criança de nove anos de idade que se apresentou ao serviço de emergência com comprometimento do primeiro molar permanente. O tratamento foi instituído e retornos agendados. Seis meses após a criança retorna ao serviço de emergência com um inchaço mandibular severo que exigia a extração do dente afetado. A patologia foi identificada, tratamento foi explicado e entendido, todos os obstáculos foram removidos. Para os responsáveis não levarem o tratamento a sério, concluíram não só descuido pelo bem-estar da criança, mas também, negligência dental óbvia. O caso foi encaminhado ao Serviço de Proteção a Criança (CPS).

Sibbald & Friedman (1993)¹⁴³, relataram dois casos de abuso físico e sexual e um de negligência. Criança do gênero feminino de seis anos de idade procurou tratamento ortodôntico para avaliação de erupções de ectópicas. Apresentava-se ligeiramente ansiosa. Ao tentar realizar a radiografia periapical, a criança sentiu-se sufocada, como se estivesse sendo amordaçada e entrou em pânico. Recuou tratamento adicional. Realizando uma anamnese o profissional soube que dos dois anos aos cinco anos e meio de idade a menina havia sido abusada física e sexualmente pelo pai. Desenvolveu um mecanismo de auto defesa que quando alguém, principalmente do gênero masculino, se aproximasse do seu pescoço e realizava a introdução de algum objeto em sua cavidade oral, esta se recordava do abuso e entrava em pânico. Estava impossibilitada de diferenciar entre o tratamento que é provido e o abuso passado. Mulher com 25 anos de idade apresentou-se com doença periodontal avançada com necessidade de extração de um dente com abscesso. Embora tenha realizado terapia nos últimos oito anos, o procedimento dental causou um desarranjo psiquiátrico que levou a paciente ao hospital psiquiátrico. A paciente teve uma história de abuso sexual pelo pai dos três aos 14 anos de idade. O pai realizou pela

primeira vez sexo oral aos seis anos de idade, coincidentemente com a exfoliação do incisivo decíduo. A extração, com a hemorragia concomitante e perda de um dente, causou o que é conhecido como um "retrospecto". O incidente de abuso tinha sido enterrado na mente dela até a memória ser reavivada pelo procedimento dental. Criança do gênero masculino com cinco anos de idade apresentou-se com um dente com abscesso, higiene oral precária e inchaço extenso. No consultório apresentava-se desatento, agressivo e muito contrário apesar das tentativas fúteis da mãe para o controlar por ameaças sem sentido de violência. O menino apresentava muitos indicadores de negligência e talvez de abuso físico além do fracasso da mãe de manter os compromissos dentais. O profissional relatou o caso às autoridades de proteção de criança e pediu que estas aconselhassem os responsáveis a aceitar o tratamento.

Heitzler (1994)⁶⁷ descreveu dois casos clínicos que após exames histopatológicos confirmaram o diagnóstico de condiloma acuminado oral. No primeiro relato uma menina de dois anos de idade apresentava lesão no palato de 5 mm de diâmetro, uma lesão na língua de 3 mm diâmetro e lesão de 1 mm de diâmetro na gengiva vestibular entre os incisivos superiores. O pai foi o suspeito de abuso. No segundo caso clínico, uma menina de treze anos de idade apresentava escoriações bilaterais simétricas ovóides de três cm no palato duro com exposição da cortical óssea subjacente, com dois meses de duração. A tia que acompanhava a menina, após algumas consultas, relata que esta vinha sendo abusada pelo tio de 18 anos que morava com a família. O caso foi encaminhado às autoridades judiciais.

Paschoal et al. (1994)¹²⁴, relataram a ocorrência de seis pacientes com em idade infantil com diagnóstico clínico de condiloma acuminado.

Tabela 1 – *Relação de pacientes pediátricos com diagnóstico de Condiloma acuminado segundo Paschoal et al. (1994)*¹²⁴

Ano	Idade	Gênero	Localização	Observação
1991	9 anos	Masculino	Glande	Relação sexual com meninos e meninas
1992	10 anos	Masculino	Perianal	Relata uso toalha de amigo
1992	4 anos	Masculino	Perianal	Pai com condiloma, há 1 ano e 2 meses
1993	2 anos	Feminino	Perianal, interglútea	Sem antecedentes familiares
1993	1 ano 1 mês	Masculino	Glande, prepúcio, corpo peniano	Pai com lesão semelhante
1993	11 meses	Feminino	Perianal, vulvar	Sem antecedentes familiares

Trajber (1996)¹⁵⁶ relatou um caso de Síndrome de Münchhausen por procuração; menina de 3 anos de idade que a mãe refere ter sido atropelada por motocicleta, há 40 dias. A criança esteve hospitalizada por 2 vezes, de onde teve alta pois os médicos (autores) não conseguiam detectar a causa de um sangramento repetido do ouvido direito. O sangramento do ouvido se repetiu periodicamente com elevada frequência (uma ou mais vezes ao dia e durante a noite). Como a causa do sangramento não foi identificada, foram levantadas hipóteses, como fratura condiliana do osso temporal, do ramo ascendente da mandíbula, da mastóide, sangramento da carótida via trompa de Eustáquio, além de coagulopatia. Todos exames resultaram normais. Efetuaram tamponamento do ouvido, com algodão – a criança sangrou pela narina direita; tamponaram-na e o algodão apareceu manchado de sangue apenas na sua face externa; ocorreu também sangramento pelo olho

direito. Levantaram a hipótese de fraude. Sob efeito pré-anestésico para exame de endoscopia, um dos pediatras perguntou “quem é que joga sangue no seu ouvido”. Bastante sonolenta, a menina responde: “a mamãe”. Observaram a criança durante toda a noite e esta não sangrou, o que ocorreu logo depois pela manhã. A mãe foi flagrada com um frasco contendo líquido parecido com sangue despejando no ouvido da criança. Realizada entrevista com psiquiatra, este observou indiferença afetiva em relação ao estado da filha que descreve como “gravíssimo”; auto-estima prejudicada e imaginação exaltada.

Pires & Molle (1999)¹³¹, descreveram dois casos de Síndrome de Münchhausen por procuração; No primeiro caso um paciente de 5 anos de idade do sexo masculino permaneceu internado no hospital durante 45 dias sob alegação da mãe que o mesmo apresentava convulsões freqüentes em casa. A criança fazia uso de medicação anticonvulsivante durante 1 ano, porém suspensa há seis meses quando da internação. A equipe médica nunca presenciou as crises, pois o paciente sempre chegava ao hospital em estado pós-convulsivo. Durante o período de internação, chamava atenção da equipe, a tranqüilidade da mãe. Nas internações, a dosagem sérica do fenobarbital era sempre analisada, e inicialmente encontraram valores acima do normal. A dose era reajustada, e ainda assim a criança retornava ao hospital com freqüência. Quando a dose encontrada foi maior que 150µg/ml, levantaram a hipótese de que a mãe estivesse administrando mais do que deveria. O fato foi relatado ao Comitê dos Direitos da Criança. Descobriram que a mãe intercalava as internações com outro hospital para que não levantassem suspeitas. Após exaustivas avaliações sociais, psiquiátricas e psicológicas, a mãe relatou sua compulsão por medicar seus filhos, visando ao bem-estar dos mesmos. Mãe hipertensa, fazendo uso de medicação, teve problemas emocionais quando criança, perdeu mãe aos 6 anos. A criança está sem crises convulsivas e sem uso de medicações há dois anos, fazendo acompanhamento psicológico. No

segundo caso uma paciente de 6 meses de idade do sexo feminino, permaneceu internada no hospital durante 75 dias, conduzida pela mãe, com queixa principal de parada respiratória e “cianose” desde o nascimento. Na história da doença atual o relato incluiu tosse, febre e cianose de repetição. No segundo dia de internação, apresentou a 1º crise convulsiva (não vista por médico ou enfermagem). No terceiro dia, o médico relata ter encontrado a mãe com um saco plástico na mão, e a criança cianótica, sem ter relacionado causa efeito. Sempre que a criança era transferida para a UTI, evoluía bem. Realizou-se radiografia de esôfago-estômago-duodeno (REED), que demonstrou um refluxo gastroesofágico amplo. Diagnosticaram dificuldades de interação mãe x bebê, embora o mesmo buscasse a figura materna constantemente. No 16º dia de internação, a criança apresentou vários episódios de vômitos. Nesse mesmo dia apresentou três episódios de apnéia, vistos somente pela mãe, e a criança estava sempre no colo da mesma. No 24º dia de internação, a paciente encontrava-se muito sonolenta e hipotônica, a dosagem de fenobarbital era 62 µg/ml, sendo que cinco dias antes era de 25,8µg/ml. A criança estava recebendo dose não atóxica, e a mãe foi vista pela enfermagem com um vidro de fenobarbital. No 31º dia de internação, apresentou episódios de engasgos. No dia seguinte, crise de apnéia vista pela mãe, e não pela enfermagem. No final de dia a mãe relata nova crise convulsiva não vista por enfermeiros. No 33º dia de internação, a criança apresenta episódios de vômitos pós-alimentares, e a mãe insiste que haveria algo no estômago da criança. Realizado REED que demonstrou uma imagem no estômago, sugestiva de corpo estranho. Na endoscopia digestiva alta foi encontrado um fragmento de cimento de parede, que segundo a mãe, foi oferecido pela irmã de 3 anos, porém a paciente não havia recebido visitas da mesma. O Comitê dos Direitos da Criança foi acionado e iniciou-se vigilância da mãe 24 horas por dia. A criança manteve-se assintomática até a alta no 75º dia de internação. A mãe tem uma história pregressa de ter vivido na FEBEM até os cinco anos de

idade, quando foi adotada por uma família na qual sentia-se rejeitada. Negou todas as alegações e recusou-se a fazer qualquer tipo de tratamento. O Conselho Tutelar foi acionado e os pais perderam o pátrio poder, sendo deferida a guarda da criança para a madrinha, a qual morava no terreno da casa dos pais. Dois meses após, a criança chegou em outro hospital já falecida, e segundo laudo do Médico Legista a *causa mortis* foi edema agudo de pulmão. Nos dois casos relatados os pacientes apresentaram inicialmente, doenças que posteriormente foram combinadas com a simulação materna. As duas mães mentiam a respeito de sintomas, que não eram vistos por ninguém da equipe médica.

Carvalho (2002)³¹ relatou em seu estudo um caso de maus-tratos, cedido por Alessandro Cavalcanti, envolvendo um menor de cinco anos, que costumava sofrer agressões em casa por parte dos pais. “O menino comparecia às consultas de agasalho e com camisas de manga longa, roupas incompatíveis com a estação climática, e não se mostrava muito receptivo e colaborador ao tratamento. Infelizmente, foram necessárias três sessões clínicas para percebermos que o paciente estava sendo vítima de violência. Essa situação demonstra, claramente, que a falta de informação e treinamento sobre a temática da violência infantil permitiu o prolongamento do sofrimento daquela criança, devido ao fato de não estarmos capacitados a executar um correto diagnóstico”, desabafa o odontopediatra.

PROPOSIÇÃO

PROPOSIÇÃO

A proposição do presente estudo é verificar o nível de conhecimento e conduta de médicos e cirurgiões – dentistas sobre maus - tratos e violência contra a criança e o adolescente.

METODOLOGIA

METODOLOGIA

Para a realização do presente estudo, inicialmente, foi elaborado um projeto que foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (Resolução nº 01 de 13/06/98 do Conselho Nacional de Saúde) da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP, para apreciação, sendo este aprovado (Protocolo 2001/01655).

O estudo foi realizado com médicos e cirurgiões-dentistas da cidade de Araçatuba/SP através de questionários (Quadro 1) com o intuito de verificar o conhecimento e a conduta destes com relação ao tema proposto.

Segundo a Associação Paulista de Medicina, Araçatuba conta com um total de duzentos e noventa e um médicos (todas as especialidades), porém fizeram parte do estudo, ginecologistas, pediatras, cirurgiões gerais, ortopedistas, oftalmologistas, otorrinolaringologistas, urologistas, radiologistas, neurocirurgiões, profissionais que exercem a clínica médica, dermatologistas, neurologistas e infectologistas, perfazendo um total de cento e setenta e quatro profissionais.

Com relação aos cirurgiões-dentistas, a Associação Paulista de Cirurgiões-Dentistas, Regional de Araçatuba conta com um total de duzentos e vinte profissionais (todas as especialidades) inscritos, porém fizeram parte do estudo, odontopediatras, cirurgiões-buco-maxilofaciais, clínicos gerais, ortodontistas, radiologistas, estomatologistas, profissionais que exercem a dentística operatória, odontologia preventiva e social e em saúde pública, num total de cento e trinta e dois profissionais.

Um questionário (Quadro 1) contendo quinze questões foi elaborado, sendo em seguida realizado duzentas (200) cópias para serem distribuídos a cem profissionais da área médica e cem da área odontológica. Todos os questionários foram entregues pessoalmente aos profissionais e/ou suas respectivas secretárias e após quinze dias, estes

foram recolhidos, armazenados e analisados pelo pesquisador (autor). Os dados foram coletados e registrados em fichas apropriadas (Quadro 2) e posteriormente, tabulados para confecção de gráficos.

Quadro – 1 *Questionário aplicado aos profissionais*

Área de Atuação - Odontologia – () Medicina – ()
Especialidade –
Ano Formatura –
Instituição Ensino –
Local Trabalho: Clínica Particular () Serviço Público () Ambos ()
1 – Tem conhecimento a respeito da violência contra a criança ? S () N ()
2 – Se considera apto a suspeitar no diagnóstico diferencial ou no sinal clínico de maus-tratos a criança? S () N ()
3 – Sabe como agir frente a um caso de violência infantil? S () N ()
4 – Já suspeitou de algum caso de violência infantil ? S () N ()
5 – Em caso afirmativo, o que fez ? Nada () Reportou À Justiça ()
6 – Não reportou algum caso de maus-tratos por não querer maiores envolvimento ? S () N ()
7 – Você reportaria um caso de violência infantil à justiça ? S () N ()
8 – Conhece algum órgão de proteção à criança ou a quem possa recorrer nos casos de maus-tratos ? S () N ()
09 – Em caso afirmativo cite.
10 – Conhece os sinais e sintomas mais comuns encontrados nos casos de violência contra a criança ? S () N ()
11 – Sabe como documentar tais acontecimentos ? S () N ()
12 – Recebeu informações sobre violência infantil / maus-tratos na sua formação acadêmica ? S () N ()
13 – Acha importante o conhecimento do tema ? S () N ()
14 – Gostaria de receber treinamento em relação ao assunto? S () N ()
15 – Conhece as características dos agentes agressores (perpetradores) de crianças? S () N ()

Quadro – 2 *Ficha de transferência de dados*

Área de Atuação:	Medicina ()	Odontologia ()	
Local Trabalho:	Clinica Particular ()	Serviço Público ()	Ambos ()
Questão 01	Sim ()	Não ()	Sem resposta ()
Questão 02	Sim ()	Não ()	Sem resposta ()
Questão 03	Sim ()	Não ()	Sem resposta ()
Questão 04	Sim ()	Não ()	Sem resposta ()
Questão 05	Nada ()	Justiça ()	Sem resposta () Mãe () Assistente Social ()
Questão 06	Sim ()	Não ()	Sem resposta ()
Questão 07	Sim ()	Não ()	Sem resposta ()
Questão 08	Sim ()	Não ()	Sem resposta ()
Questão 10	Sim ()	Não ()	Sem resposta ()
Questão 11	Sim ()	Não ()	Sem resposta ()
Questão 12	Sim ()	Não ()	Sem resposta ()
Questão 13	Sim ()	Não ()	Sem resposta ()
Questão 14	Sim ()	Não ()	Sem resposta ()
Questão 15	Sim ()	Não ()	Sem resposta ()

RESULTADO

RESULTADO

Os resultados estão apresentados através de uma análise descritiva e sob a forma de tabelas, gráficos e quadros para melhor compreensão e visualização.

Tabela 2- *Distribuição da população, em números absolutos, dos profissionais analisados*

Área de Atuação	Número de Profissionais	Devolução	Questionários Respondidos
Odontologia	100	80	73
Medicina	100	70	61
Total	200	150	134

Cirurgiões-Dentistas (80)

Questionários sem resposta: 7 (73)

Tabela 3 - *Proporção de cirurgiões-dentistas pesquisados em relação à especialidade*

Especialidade	Número de profissionais	%
Sem resposta	6	8,22
Odontopediatria	38	52,05
Cirurgia Buço-Maxilo-Facial	9	12,33
Clínico geral	7	9,59
Ortodontia	5	6,85
Dentística	3	4,11
Periodontia	1	1,37
Endodontia	1	1,37
Estomatologia	1	1,37
Odontologia em Saúde Pública	1	1,37
Odontologia Preventiva e Social	1	1,37
Total	73	100

Tabela 4 – *Distribuição percentual de acordo com o ano de formatura*

Ano de Formatura	Número absoluto	%
1961 – 1970	1	1,37
1971 – 1980	12	16,44
1981 – 1990	17	23,29
1991 – 2000	35	47,94
2001 – 2002	8	10,96
Total	73	100

Tabela 5 – *Número de profissionais distribuídos nos locais de trabalho*

Local de trabalho	Número de profissionais	%
Sem resposta	7	9,59
Clínica Particular	26	35,62
Serviço Público	19	26,03
Ambos	21	28,76
Total	73	100

Tabela 6 – *Distribuição dos profissionais de acordo com o local de graduação*

Instituição de Ensino	Número absoluto
Sem resposta	3
UNESP	1
ULBRA – RS	1
PUC – Campinas	1
Unip – Araçatuba	1
Fundação Educacional Barretos	1
Universidade Taubaté	1
Universidade São Paulo – Bauru	2
Universidade Federal Uberlândia	1
Faculdade de Odontologia Pelotas	2
Universidade Federal Minas Gerais	1
Universidade São Paulo – SP	1
Universidade Estadual Londrina	4
Faculdade Odontologia Campos	1
Univers.Federal Mato Grosso Sul	2
Faculdade Odontologia Lins	12
Faculdade Odontologia Marília	6
Univers. Sagrado Coração - Bauru	1
Faculd. Odontol. Araçatuba - UNESP	23
Fac. Odontol. Araraquara - UNESP	2
Fac. Odontol. S. J. Campos - UNESP	1
Fac. Odont. Ribeirão Preto -UNAERP	2
Fac. Odontol. Presidente Prudente	3
Total	73

Quadro – 3 Ficha de transferência de dados com respostas dos
Cirurgiões-dentistas

Questão 01	Sim (60)	Não (12)	Sem resposta (1)
Questão 02	Sim (45)	Não (28)	Sem resposta (-)
Questão 03	Sim (36)	Não (34)	Sem resposta (3)
Questão 04	Sim (27)	Não (45)	Sem resposta (1)
Questão 05	Nada (18)	Justiça (8)	Sem resposta (44) Mãe (2) Assistente Social (1)
Questão 06	Sim (3)	Não (61)	Sem resposta (9)
Questão 07	Sim (70)	Não (3)	Sem resposta (-)
Questão 08	Sim (50)	Não (22)	Sem resposta (1)
Questão 10	Sim (44)	Não (27)	Sem resposta (2)
Questão 11	Sim (10)	Não (57)	Sem resposta (6)
Questão 12	Sim (8)	Não (65)	Sem resposta (-)
Questão 13	Sim (73)	Não (-)	Sem resposta (-)
Questão 14	Sim (69)	Não (4)	Sem resposta (-)
Questão 15	Sim (40)	Não (33)	Sem resposta (-)

Questão nº 9 –

Tabela 7 – *Distribuição dos órgãos de proteção à criança citados por Cirurgiões-dentistas*

Sem resposta	27
Conselho tutelar	31
Juizado menores	16
Promotoria justiça	6
Polícia	6
Delegacia mulher	5
Vara infância e juventude	4
Secretaria da criança e adolescente	4
UNICEF	2
Delegacia proteção ao menor	2
Projeto Sentinela	1
Defensoria pública	1
Assistente social	1
COMDICA	1
CRAMI	1
Casa assistência à criança	1
Abrigo para crianças e adolescentes	1

Médicos (70)

Questionários sem resposta: 9 (61)

Tabela 8 - *Proporção de médicos pesquisados em relação à especialidade*

Especialidade	Número de profissionais	%
Sem resposta	2	3,28
Pediatria	19	31,14
Ortopedia	10	16,39
Radiologia	8	13,11
Oftalmologia	3	4,92
Otorrinolaringologia	3	4,92
Neurologia	2	3,28
Cardiologia	2	3,28
Dermatologia	2	3,28
Neurocirurgia	2	3,28
Clínica médica	2	3,28
Urologia	1	1,64
Infectologia	1	1,64
Cirurgia geral	1	1,64
Ginecologia e Obstetrícia	1	1,64
Emergências Médica e Resgate	1	1,64
Medicina de Trabalho	1	1,64
Total	61	100

Tabela 9 – *Distribuição percentual de acordo com o ano de formatura*

Ano de Formatura	Número absoluto	%
Sem resposta	3	4,92
1951 – 1960	2	3,28
1961 – 1970	5	8,20
1971 – 1980	19	31,14
1981 – 1990	20	32,79
1991 – 2000	12	19,67
Total	61	100

Tabela 10 – *Número de profissionais distribuídos nos locais de trabalho*

Local de trabalho	Número de profissionais	%
Sem resposta	2	3,28
Clínica Particular	24	39,34
Serviço Público	5	8,20
Ambos	30	49,18
Total	61	100

Tabela 11 – *Distribuição profissionais com relação ao local de graduação*

Instituição de Ensino	Número absoluto
Sem resposta	8
USP	2
FUNFARME	1
PUC – São Paulo	1
Universidade Alfenas	1
Universidade Gama Filho	1
Universidade São Francisco	2
Universidade Federal Goiás	1
Faculdade Medicina Itajubá	2
Escola Paulista Medicina – USP	2
Universidade Federal Pernambuco	1
Faculdade Medicina Vassouras	2
Faculdade Nacional Medicina – RJ	1
Faculdade Medicina Catanduva	2
Universidade São Paulo – Pinheiros	1
Faculdade Fluminense Medicina	1
Faculdade Medicina Campos – RJ	2
Universidade Estadual Londrina	2
Universidade Federal Juiz Fora – MG	1
Universidade Federal Rio Janeiro	1
Fac. Medicina Botucatu – UNESP	6
Faculdade Medicina Univers. Minas Gerais	3
Faculdade Medicina São José Rio Preto	3
Faculdade Medicina Marília – FAMEMA	4
Universidade Federal Rio Grande Norte	1
Faculdade Medicina Ribeirão Preto – USP	8
Faculdade Medicina Presidente Prudente	1
Total	61

Quadro – 4 Ficha de transferência de dados com respostas dos Médicos

Questão 01	Sim (57)	Não (4)	Sem resposta (-)
Questão 02	Sim (55)	Não (6)	Sem resposta (-)
Questão 03	Sim (51)	Não (10)	Sem resposta (-)
Questão 04	Sim (39)	Não (22)	Sem resposta (-)
Questão 05	Nada (6) Justiça (28)	Sem resposta (25)	Mãe (-) Assistente Social (-) Conselho Tutelar (2)
Questão 06	Sim (2)	Não (49)	Sem resposta (10)
Questão 07	Sim (57)	Não (3)	Sem resposta (1)
Questão 08	Sim (50)	Não (11)	Sem resposta (-)
Questão 10	Sim (50)	Não (9)	Sem resposta (2)
Questão 11	Sim (39)	Não (18)	Sem resposta (4)
Questão 12	Sim (21)	Não (40)	Sem resposta (-)
Questão 13	Sim (61)	Não (-)	Sem resposta (-)
Questão 14	Sim (48)	Não (11)	Sem resposta (2)
Questão 15	Sim (37)	Não (24)	Sem resposta (-)

Questão nº 9–

Tabela 12 – *Distribuição dos órgãos de proteção à criança citados por Médicos*

Sem resposta	17
Conselho tutelar	31
Juizado menores	17
Delegacia polícia	12
Promotoria pública	6
Conselho defesa direitos criança e adolescentes	5
Serviço social	4
CRAMI	2
COMDICA	2
Delegacia mulher	2
Justiça	2
Polícia civil	2
Ministério público	1
Ongs regionais	1
Delegacia do bem estar do menor	1
Centro estudo e prevenção da violência doméstica contra criança e adolescente	1

LEGENDA 1 – MÉDICOS

CIRURGIÕES-DENTISTAS

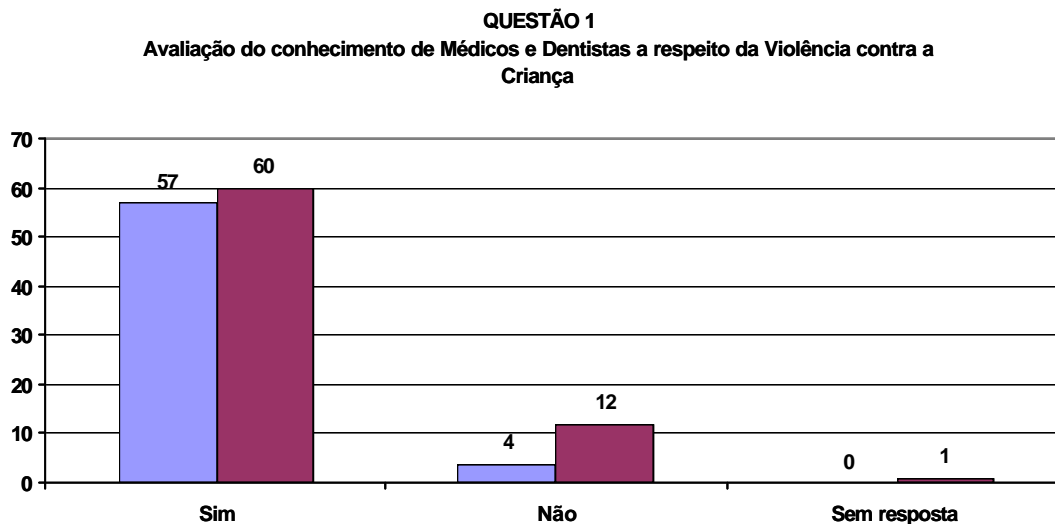


FIGURA 1 - Representação gráfica dos resultados provenientes da questão 1, que avalia quanto ao conhecimento de médicos e cirurgiões-dentistas a respeito da Violência contra a criança.

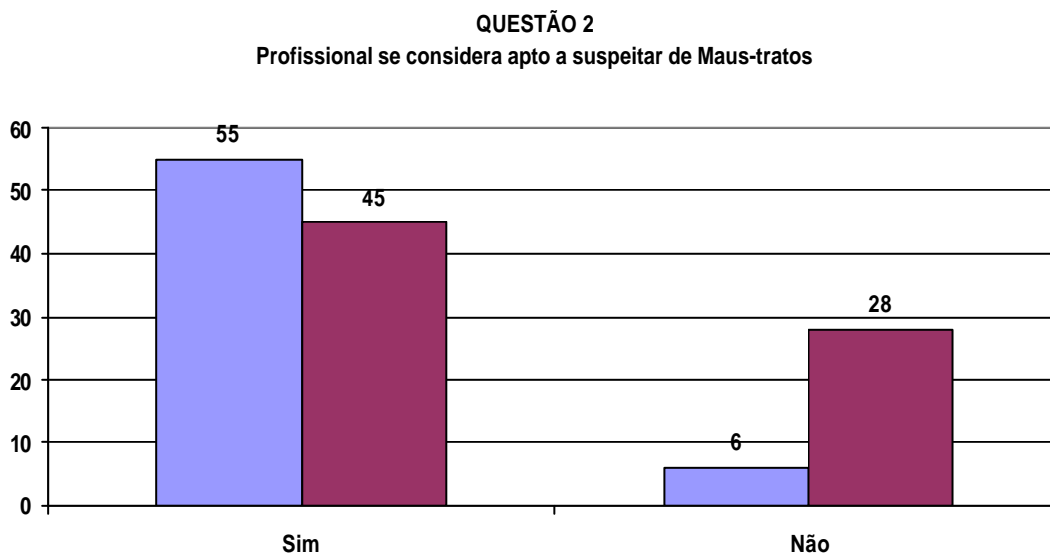


FIGURA 2 - Representação gráfica dos resultados provenientes da questão 2, que avalia aptidão dos profissionais em suspeitar do diagnóstico diferencial ou sinal clínico.

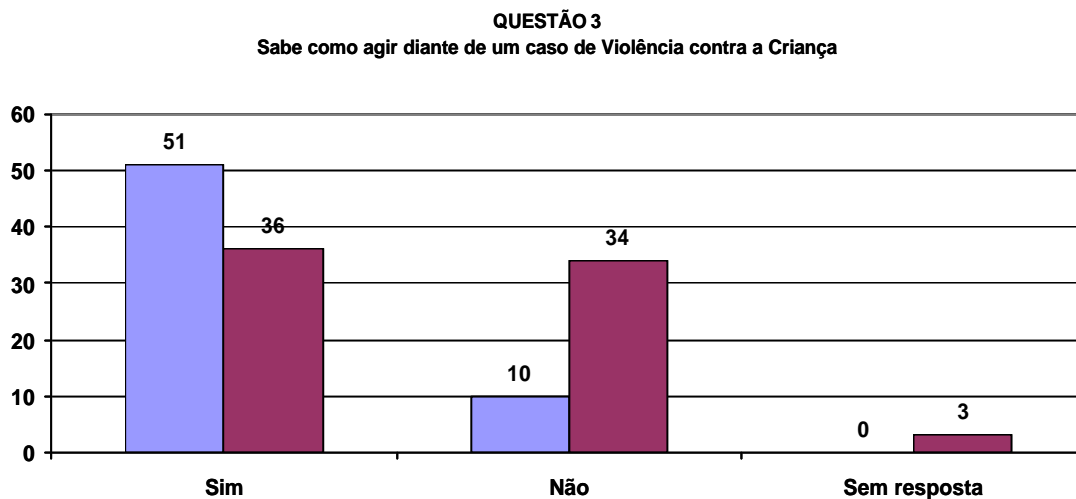


FIGURA 3 - Representação gráfica dos resultados provenientes da questão 3, que avalia a atitude do profissional após diagnóstico de Violência contra a criança.

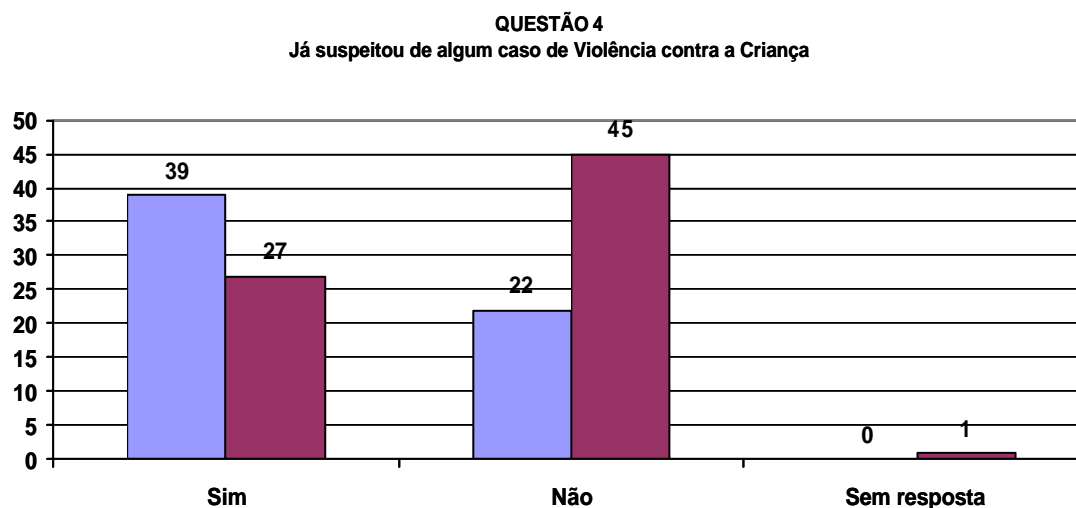


FIGURA 4 - Representação gráfica dos resultados provenientes da questão 4, que avalia a suspeita de Violência contra a Criança.

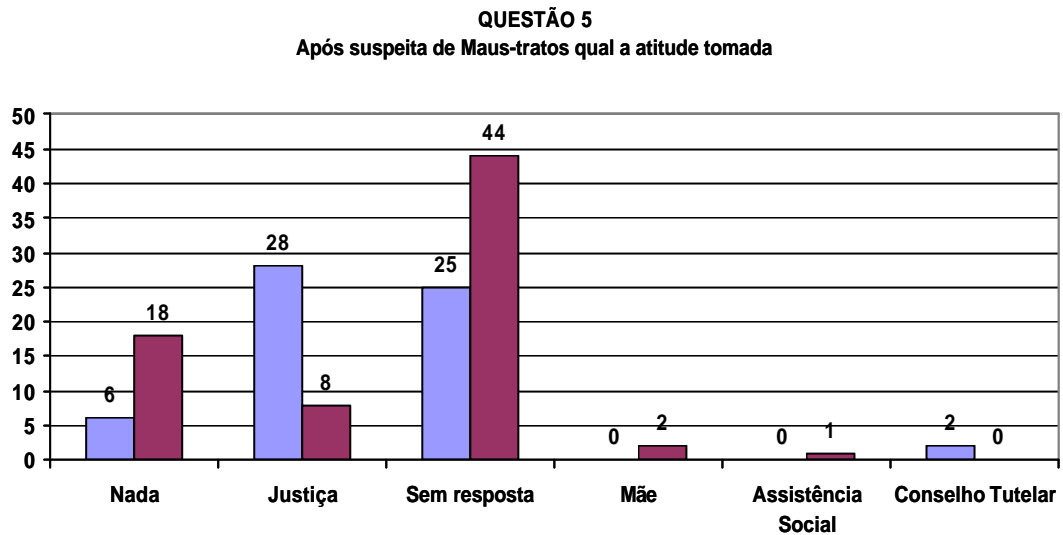


FIGURA 5 - Representação gráfica dos resultados provenientes da questão 5, que avalia a atitude tomada pelos profissionais após a suspeita de Maus – tratos.

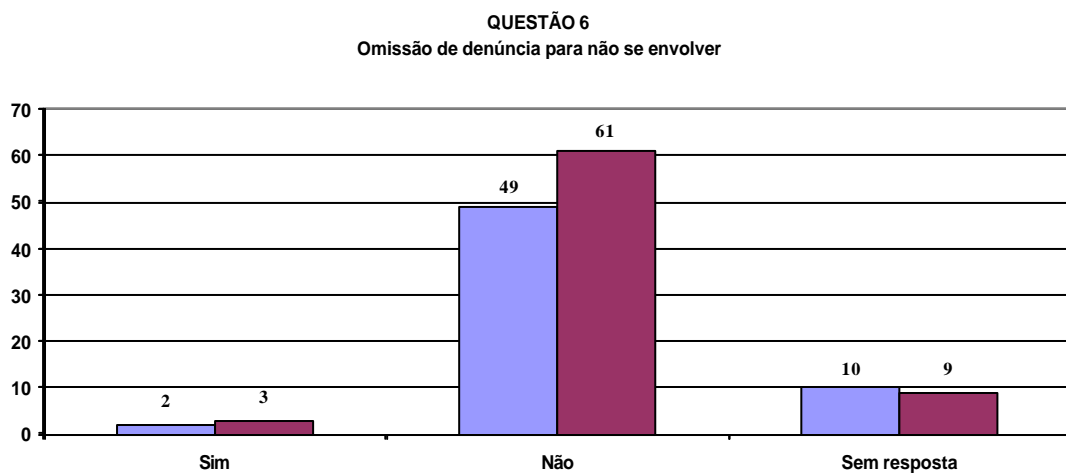


FIGURA 6 - Representação gráfica dos resultados provenientes da questão 6, que avalia o grau de omissão de denúncia para não se envolver.

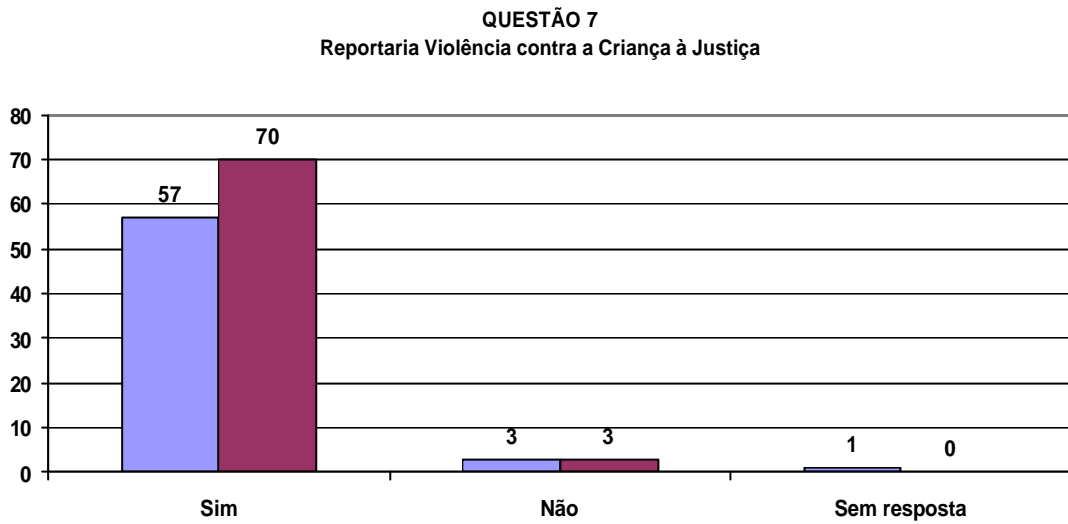


FIGURA 7 Representação gráfica dos resultados provenientes da questão 7, que avalia o grau de denúncia de Maus – tratos.

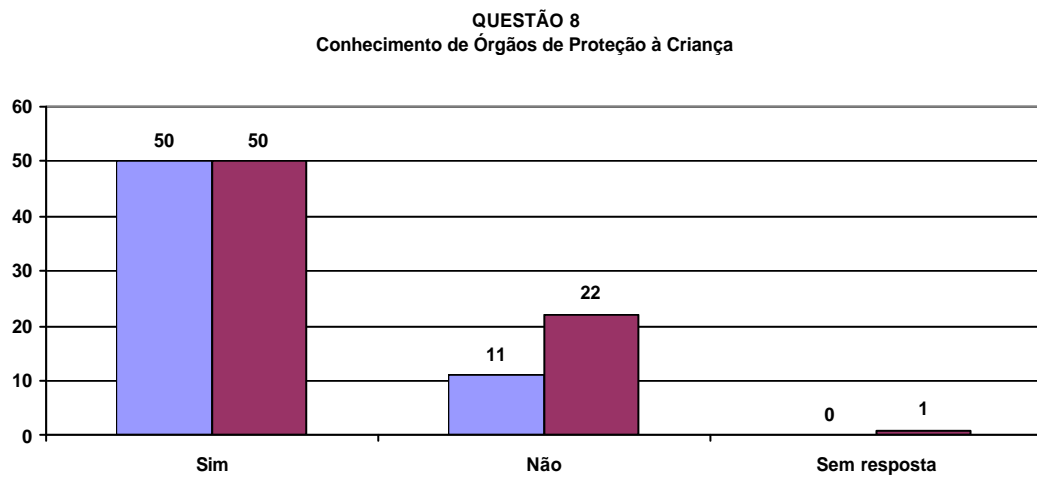


FIGURA 8 - Representação gráfica dos resultados provenientes da questão 8, que avalia o conhecimento de órgãos de proteção à criança para encaminhamento.

Tabela 13 - Órgãos de proteção à criança citados

Órgãos de proteção à criança	MÉDICOS	DENTISTAS
Sem Resposta	17	27
Conselho Tutelar	31	31
Juizado de Menores	17	16
Promotoria Justiça	8	6
Polícia	14	6
Delegacia da Mulher	2	5
Vara Infância Adolescência	5	8
UNICEF	-	2
Projeto Sentinela	-	1
CRAMI	2	1
COMDICA	2	1
Assistência Social	4	1
Ministério Público	4	1
Delegacia Proteção ao Menor	-	4

QUESTÃO 10

Conhece sinais e sintomas encontrados nos casos de Violência contra a Criança

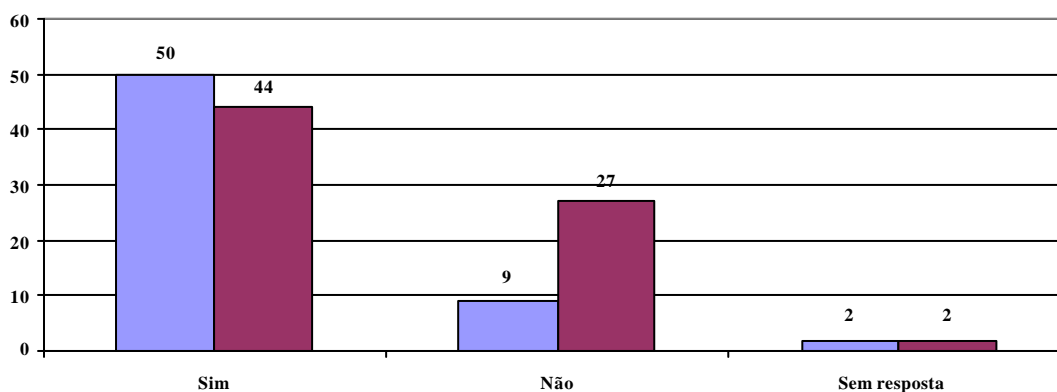


FIGURA 9 -

Representação gráfica dos resultados provenientes da questão 10, que avalia o conhecimento de Sinais e Sintomas característicos de Maus – Tratos na criança.

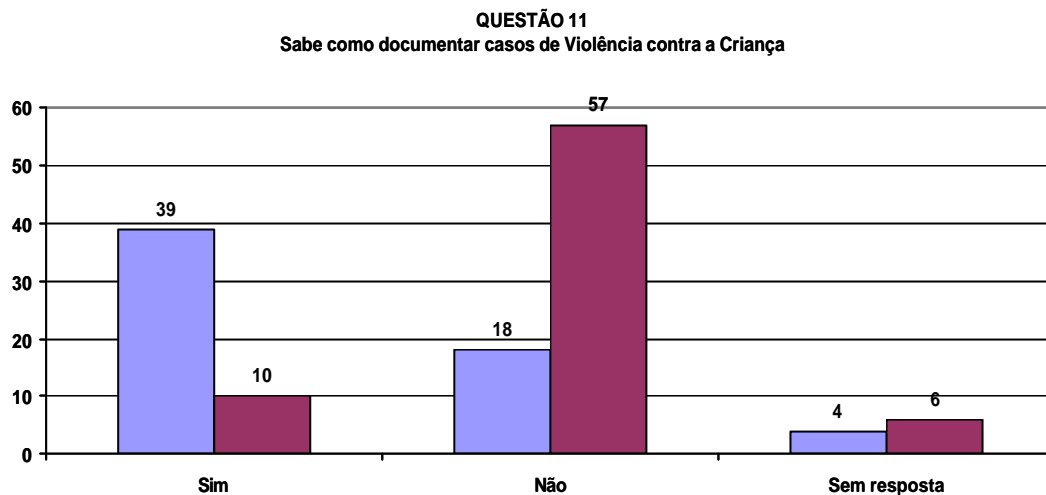


FIGURA 10 - Representação gráfica dos resultados provenientes da questão 11, que avalia se os profissionais sabem como documentar sinais de Maus-tratos.

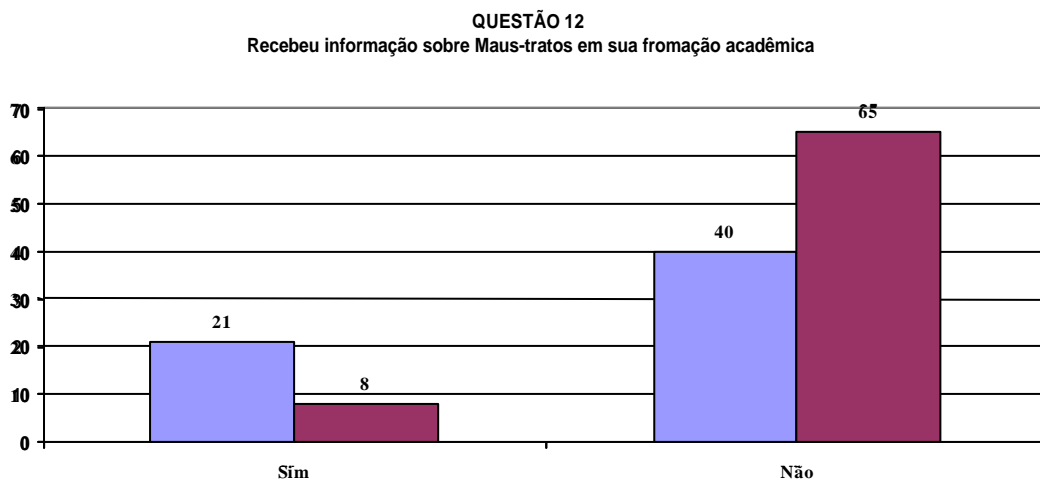


FIGURA 11 - Representação gráfica dos resultados provenientes da questão 12, que avalia se os profissionais receberam informação sobre Maus - Tratos em sua formação Acadêmica.

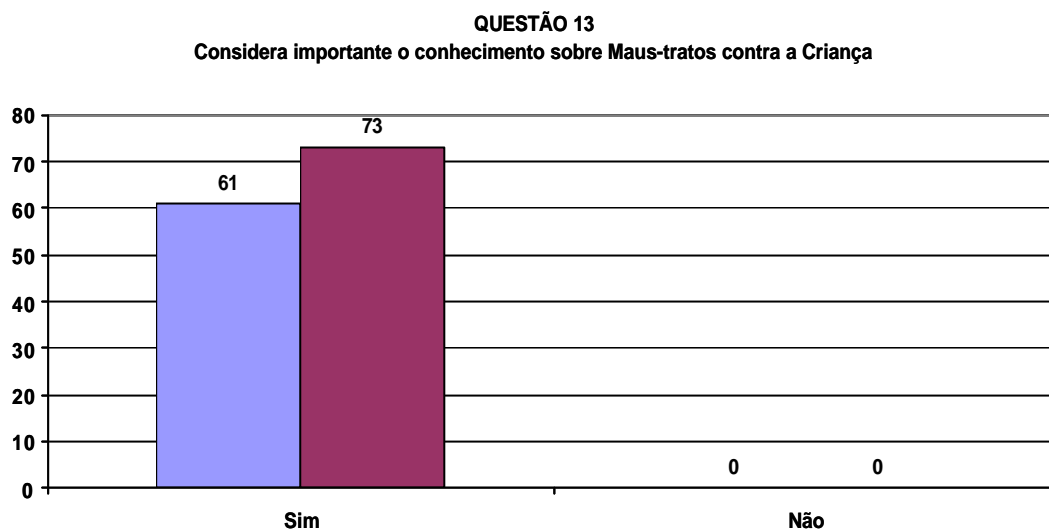


FIGURA 12 - Representação gráfica dos resultados provenientes da questão 13, que avalia se os profissionais consideram importante o conhecimento sobre Violência contra a criança.

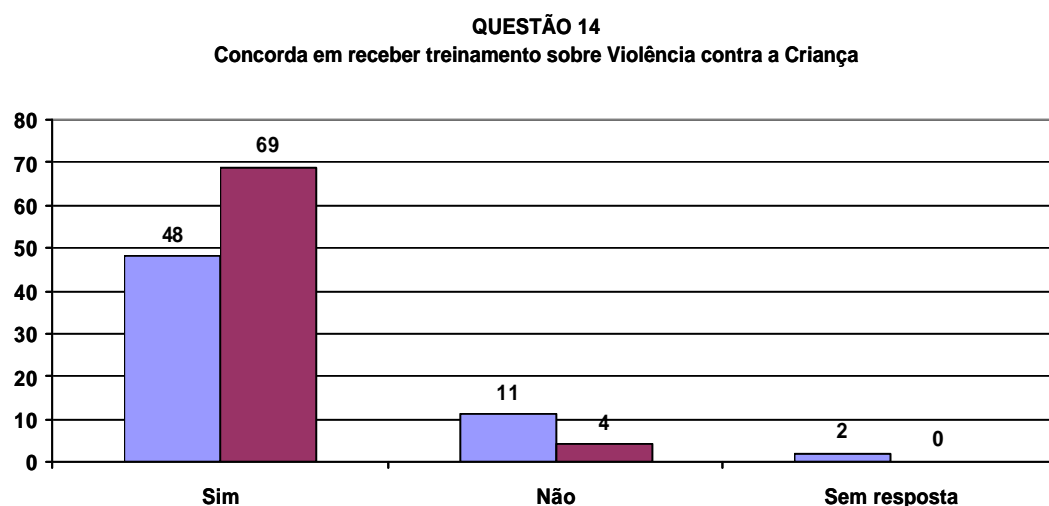


FIGURA 13 - Representação gráfica dos resultados provenientes da questão 14, que avalia se os profissionais de saúde gostariam de receber treinamento sobre o assunto.

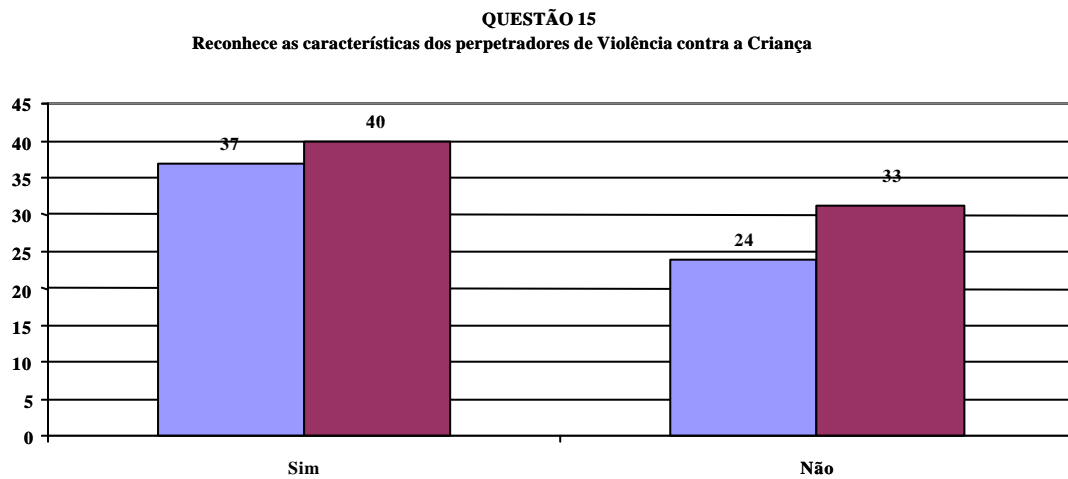


FIGURA 14 - Representação gráfica dos resultados provenientes da questão 15, que avalia se os profissionais têm conhecimento a respeito das características dos perpetradores.

DISCUSSÃO

DISCUSSÃO

Neste estudo procurou-se verificar o nível de conhecimento e a conduta de médicos e cirurgiões – dentistas, com relação aos maus – tratos e violência contra a criança e o adolescente, que são assistidas em consultórios particulares e postos de atendimento à saúde, da cidade de Araçatuba.

Deve-se ressaltar que neste trabalho não houve a intenção de se realizar um estudo comparativo entre os conhecimentos e as condutas de médicos e cirurgiões – dentistas em relação ao tema proposto, pois se sabe que as grades curriculares, de cada curso, são distintas e estas apresentam peculiaridades específicas de cada área.

O número de profissionais utilizados neste estudo, ou seja, cem (100) médicos e cem (100) cirurgiões – dentistas, foi estabelecido por ser considerado representativo quanto ao número total destes profissionais residentes e atuantes na cidade de Araçatuba.

Como se pode observar à literatura consultada, a maior parte dos trabalhos existentes que abordam casos de maus-tratos contra crianças, são mais especificamente relacionados à área médica. Poucos são os que envolvem a área odontológica e brasileira, e raros os que avaliam o nível de conhecimento e conduta entre ambas.

No Brasil, a violência é a primeira causa de morte na faixa etária de 5 a 19 anos, e a segunda em crianças de 1 a 4 anos de idade. O perfil dos agressores evidencia que 60% deles são do gênero feminino, sendo que destas 50% são as próprias mães, que ficam mais tempo com as crianças em casa. Os pais são responsáveis por 25% das agressões, sendo o restante praticado por padrastos e parentes. Com relação aos agredidos, 50% pertencem ao gênero masculino e 50% ao feminino; 35% deles têm menos de 5 anos de idade e 30% têm de 6 a 10 anos de idade. Geralmente, as crianças pequenas são as mais agredidas, por terem dificuldades para fugir e, na maioria das vezes, estas são agredidas na região de cabeça e pescoço, pois fica na altura da mão do adulto.⁶⁵

Segundo Meneghel (1995)¹¹⁰, nos últimos anos vem ocorrendo um aumento inquietante dos fenômenos violentos na sociedade, principalmente contra a criança.

Em decorrência, desse elevado índice de maus-tratos e violência contra a criança e o adolescente, resolveu-se realizar uma pesquisa, para avaliar o conhecimento e atitudes assumidas por médicos e cirurgiões – dentistas quanto ao referido assunto.

O levantamento, feito por meio de questionário, tem suas limitações em razão de não haver uma padronização entre médicos e cirurgiões-dentistas quanto aos sinais e sintomas observados em crianças durante o atendimento, porém no que se diz respeito ao conhecimento da patologia; dos órgãos de proteção e denúncia e quais as atitudes tomadas pelos profissionais, são fidedignos, pois os mesmos tiveram tempo suficiente para respondê-lo e não se sentiram “compelidos” ao fazê-lo, o que poderia ocorrer caso a metodologia empregada fosse através de entrevistas.

Os questionários entregues aos profissionais, são idênticos, variando apenas a área de atuação (Quadro 1). Com relação às especialidades pesquisadas (Tabelas 3, 8), tomou-se o cuidado de inquirir os profissionais que entram em contato direto com a criança, assim como aqueles que por atuam em postos de atendimento, salas de emergência, e pronto socorro (Tabelas 5, 10). Com relação às Tabelas 5 e 10, que avaliaram a distribuição dos profissionais segundo seu local de trabalho, observou-se que não há discrepância entre os dados obtidos em clínica particular e serviço público, já que 35% destes trabalham em ambos os locais. Tsang & Sweet¹⁵⁷ em 1999 relataram que alguns estudos estimavam que 50% de todos os danos envolvem a cabeça e região de pescoço o que coloca os dentistas em posição privilegiada quanto a descoberta de abuso. Este assunto foi incorporado ao currículo da maioria das escolas de odontologia canadenses, em 1985, Carlin & Polk, apud

Tsang & Sweet (1999)¹⁵⁷, informaram uma média de 1,45 horas de tempo de classe dedicada ao assunto.

Com relação ao conhecimento de órgãos de proteção à criança (Questões 8, 9), percebe-se que há consenso entre os profissionais (Figura 8, Tabelas 7,12,13). Segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente^{20,22} o Conselho Tutelar é o órgão mais apropriado para tal relato, em caso de cidades onde não há conselho tutelar, o juizado de menores deve ser procurado. Em casos de urgência para que se realize o flagrante ou presença de peritos com o intuito de documentação, a polícia (telefone 190) deve ser acionada. O que os profissionais e a população como um todo deve saber é que não há necessidade de provas para denunciar, apenas a suspeita é passível de denúncia e investigação.

O motivo da não devolução ou não resposta dos questionários, por parte de alguns dos profissionais relacionados para este estudo, reflete o descaso e o despreparo com relação ao assunto Violência contra a criança e o adolescente. (Tabela 2)

Porém, pode ocorrer, também, que muitos desses profissionais preferem simplesmente se omitir, não tecendo comentários sobre esse assunto. Por outro lado, muito pouco ou quase nada, sobre esse tema é introduzido na grade curricular dos cursos de medicina e odontologia, (Questão 12, Figura 11), motivo pelo qual estes profissionais sentem-se inseguros para suspeitar e diagnosticar um caso de violência contra a criança e o adolescente.^{61,92,121,139} A questão não tem sido tratada na maioria dos currículos de graduação (Almeida (1998) apud Gonçalves & Ferreira (2002))⁶¹ logo, muitos profissionais não dispõem de informações básicas que permitam diagnosticá-la com um mínimo de acurácia. Ultrapassada a dificuldade inicial em reconhecer os casos, uma outra dúvida tem atravessado a consciência dos profissionais de saúde: o ato de notificar representa uma quebra do sigilo profissional? A notificação é um instrumento duplamente importante no combate à violência: ela produz benefícios para os casos singulares e é instrumento

de controle epidemiológico da violência. O profissional de saúde é legalmente obrigado a notificar casos confirmados ou apenas suspeitos de violência e desempenha papel vital nessa área. No entanto, o ato de notificar tem sido objeto de questionamentos por parte desses profissionais.⁶¹

Os profissionais devem estar atentos ao tipo de roupa utilizada pela criança, quando esta se apresenta em seu consultório, uma vez que não estando apropriado às condições climáticas pode sugerir caso de negligência, ou tentativa de esconder sinais físicos de abuso conforme relataram Kittle et al. (1981)⁸⁷; Jessee (1993)⁷³. Segundo de Saxe & McCourt (1991)¹³⁶, é de suma importância que os profissionais estejam inteirados quanto à possibilidade da existência do abuso, e preparado para conduzir a situação da melhor maneira possível, tendo conhecimento a respeito dos aspectos legais e sociais das crianças vítimas de maus-tratos. Segundo o Estatuto da criança e do adolescente - Ministério da Saúde (1991)²², no Brasil, os profissionais de saúde, como cidadãos e como responsáveis pela promoção de saúde, prestando atendimento a crianças e adolescentes, tem por obrigação legal, denunciar qualquer caso, envolvendo suspeita ou confirmação de maus-tratos, sob risco de responder legalmente ao não cumprimento deste.

Existe unanimidade entre os autores em relação ao reconhecimento físico de crianças negligenciadas. Estes relataram que características como pobre higiene pessoal, desnutrição, alta incidência de cárie, dor, infecções e trauma orofaciais não tratados, aliados à alta incidência de injúrias provocadas devido à falta de cuidados dos responsáveis, são encontrados freqüentemente em crianças vítimas de negligência.^{43,73}

Com relação às especialidades (Tabelas 3, 8), selecionou-se aqueles profissionais que atuam com maior freqüência assistindo crianças que apresentam trauma físico, sendo estes relacionados ao diagnóstico e tratamento destes casos, cita-se Cameron (1966)²⁸ que

relatou os aspectos radiográficos mais comuns e característicos da Síndrome da Criança Espancada, são: fraturas ósseas com diferentes fases de consolidação, deslocamento ósseo na região do cotovelo, joelho e tornozelo, separações de epífises e perióstio devido a puxões brutos e agudos, assim como de metáfises, hemorragias de perióstio e fraturas múltiplas. Como aspectos patológicos, citou: contusões na cabeça, na face, no pescoço, na região de bochechas, ao redor dos olhos, ao longo da linha da mandíbula, dilaceração da mucosa do lábio próximo ao freio. Dano severo com fratura craniana são compatíveis com severos impactos contra objetos duros, como mobília. Nos braços e pernas as contusões se agrupam, comumente, ao redor dos cotovelos ou joelhos e, freqüentemente, são observadas como marcas circulares circunscritas. Injúrias ósseas em costelas, ossos longos e crânio. Schwartz et al. (1977)¹³⁹ descreveram que está se tornando cada vez mais importante para dentistas, especialmente odontopediatras, reconhecerem as manifestações de abuso físico da criança e devem estar cientes dos procedimentos para relatar casos suspeitos. Sanger (1984)¹³⁴ relatou que a identificação de traumatismos faciais apresenta pequena dificuldade para um cirurgião-dentista experiente. Contudo, a incidência de denúncias é muito pequena, quando se leva em consideração as proporções do problema. Descreveu, ainda, que no complexo orofacial, podem ser encontradas contusões na face, nas mucosas e nos freios labial e lingual; queimaduras na face ou mucosas resultado do uso de instrumentos, substâncias químicas tóxicas e líquidos ferventes; traumas nos olhos, orelhas, perfurações da membrana do tímpano, fraturas nos ossos da face e, injúrias dentárias.

A diversidade nos anos de formatura e origem da formação acadêmica (Tabelas 4,6,9,11) reforça a validade do método, estando estes intimamente ligados ao resultado o qual depende do ano e da Faculdade para saber se os profissionais estão recebendo informação sobre o assunto. Jessee & Martin (1998)⁷⁸, realizaram um estudo com 221

estudantes de odontologia, do primeiro ao quarto ano, da Universidade de Odontologia do Texas, Houston e mostraram o reconhecimento, por muitos dos estudantes que tinham sido apresentados ao assunto “maus-tratos a criança” que há uma necessidade definida por melhoria na qualidade e quantidade deste assunto na grade curricular das Universidades. Embora haja diferença entre a classificação individual de conhecimento quanto aos vários aspectos de crianças abusadas e negligenciadas, no geral, nenhuma das quatro classes recebeu informação suficiente. Os métodos pedagógicos diferentes empregados para a instrução deste assunto parecem ser basicamente ineficazes. O motivo pelo qual algumas instituições de ensino não estão ministrando este conhecimento (Questão 12, Figura 11), é uma dúvida. De acordo com os resultados obtidos acredita-se que como o corpo discente não recebe a informação, muito provavelmente o corpo docente responsável e formador de opinião, também não recebeu. Cria-se, assim, um círculo vicioso que deve ser quebrado através de denúncias, atuação de órgãos de classe e fiscalização das autoridades competentes.

Quando o profissional é questionado quanto ao conhecimento a respeito de determinado assunto, o que se deseja como resposta é que o mesmo informe se já entrou em contato com o tema, através de experiência clínica, periódicos e notícias da imprensa falada ou escrita. Na questão 1, 60 cirurgiões-dentistas de um total de 73 (82,19%) e 57 médicos de um total de 61 (93,44%)(Figura 1), relatam ter conhecimento a respeito da violência contra a criança e o adolescente. Isto nos leva a pensar que pelo menos, em algum momento de sua vida acadêmica ou profissional, o assunto chegou ao seu conhecimento. E aqueles que não têm conhecimento a respeito do tema (24,37%) (Figura 1), evidencia a necessidade iminente da realização de novos estudos e inclusão obrigatória do tema na grade curricular (Figura 11, Questão 12).

Esta questão vem de encontro às questões 12, 13, 14 (Quadro 1) onde respectivamente, é questionado se os profissionais

receberam informações sobre violência contra a criança em sua formação acadêmica; considera-se importante o conhecimento do tema e, se gostaria de receber mais informações sobre o assunto. Com relação à informação obtida no curso de graduação (Questão 12, Figura 11), 89,04% (65 de 73) dos dentistas e 65,57% (40 de 61) dos médicos responderam que não receberam informações sobre maus-tratos em sua formação. Considerando-se que no início do questionário os profissionais foram inquiridos com relação ao ano de formatura (Tabela 4, 9) e instituição de ensino (Tabela 6, 11), temos uma amostra considerável de gerações e localidades (regiões) distintas muito significativas. Torna-se claro que há necessidade urgente das instituições, e principalmente dos responsáveis por estas, que façam uma reavaliação sobre o conteúdo dos assuntos ministrados aos alunos, de tal forma que incluam este tema para que o diagnóstico de maus-tratos seja realizado mais precocemente e as crianças deixem de ser agredidas. A questão 13 vem de encontro a essa necessidade de instrução, pois 100% dos médicos (61) e dentistas (73) (Figura 12) consideram importante o conhecimento do tema. Quando questionados (Questão 14) sobre o interesse em receber informações sobre Maus-tratos, 78,69% dos médicos (48 de 61) e 94,52% dos dentistas (69 de 73) assinalaram que gostariam de recebê-la (Figura 13), este fato deixa claro que os profissionais da área de saúde pesquisados não receberam informações suficientes sobre o assunto “Violência contra a Criança e o Adolescente” e estão cientes a ponto de “pedirem” por mais informação a respeito.

Diante dos resultados provenientes da questão 2 (Figura 2), observa-se que 55 médicos de um total de 61 (90,16%) e 45 cirurgiões-dentistas de um total de 73 (61,64%) se consideram aptos a suspeitar e diagnosticar casos de Violência contra a criança. Porém, observa-se que os cirurgiões-dentistas não se sentem seguros para realizar o diagnóstico desta patologia, muito provavelmente da não participação de atendimentos em unidades de emergências, pois tal

procedimento não faz parte da grade curricular de algumas faculdades de odontologia.

As questões 3, 8, 9 e 11 (respectivamente Figura 3, Figura 8, Tabela 13, Figura 10) apresentam uma inter-relação entre si, estando dispostas em ordem estratégica, pois uma resposta pode contradizer outra. Cita-se como exemplo a seqüência organizada com as questões onde os profissionais são inquiridos sobre como agir frente a um caso de violência contra a criança (Questão 3, Figura 3), nesta 49,31% (36 de 73) dos dentistas e 83,61% (51 de 61) dos médicos respondem que SIM, levando-se a crer que conhecem os órgãos de proteção à criança (Questão 8, Figura 8; Questão 9, Tabela 13) e como documentar (Questão 11, Figura 10) possíveis sinais e sintomas, estando a vítima protegida e o relator com respaldo legal após a denúncia. No entanto, apenas diagnosticar o caso de maus-tratos não é suficiente, há necessidade de se realizar um protocolo de atendimento para estas crianças, encaminhá-las aos órgãos de proteção (Tabela 13), relatar o fato às autoridades competentes, e não remover simplesmente a criança do seio familiar, pois com o passar do tempo, estas serão reintegradas às famílias e segundo Welbury (1994)¹⁷², nos anos 70 foi calculado que no E.U.A. 5% das crianças abusadas que foram devolvidas ao ambiente familiar sem alguma forma de intervenção preventiva, morreram devido a trauma adicional e 35-50% sofreram contínua re-injúria. Já, em 1986 foi reconhecido que provavelmente 50% de crianças severamente abusadas, que seriam reintegradas ao abusador, morreriam de abuso recorrente e não foram devolvidas, sem que medidas terapêuticas formais fossem tomadas¹⁷². A documentação do caso é tão importante como o reconhecimento, pois todo o trâmite legal do caso está relacionado a fatos substanciais. Quando questionados sobre o conhecimento de algum órgão de proteção à criança ou alguém a quem recorrer (Questão 8, Figura 8), 68,49% (50 de 73) dos dentistas e 81,97% (50 de 61) dos médicos, relatam que conhecem tais órgãos (Figura 8; Tabela 13). Porém

no que diz respeito à ação do profissional diante do fato, apenas 13,70% (10 de 73) dos dentistas e 63,93% (39 de 61) dos médicos sabe como documentar (Questão 11; Figura 10), fato que contradiz a resposta da questão 3 (Figura 3). Este fato está de acordo com os relatos de Bayer¹⁴, 1995, onde 60% dos dentistas entrevistados não sabiam como agir frente a um caso de Abuso Infantil, sugerindo que mesmo que soubessem diagnosticar não saberiam o que fazer, expondo a criança a uma recidiva que poderia ser fatal, a um desenvolvimento deletério ou favorecendo a se tornarem futuros pais abusivos^{14,93}.

Com relação a suspeita de casos de violência contra a criança (Questão 4, Figura 4), 61,64% (45 de 73) dos dentistas relatam que nunca suspeitaram enquanto 63,94% (39 de 61) dos médicos já suspeitaram do fato. Segundo Bayer¹⁴, 1995, 64% dos profissionais entrevistados nunca suspeitaram de um caso de abuso, o que exhibe um grande desconhecimento de causa, pois estatísticas de outros países como Estados Unidos^{93,138} mostram incidências alarmantes. Os resultados são contrários, “paira a dúvida no ar” que médicos são mais atentos, ou melhor, preparados. Segundo a bibliografia, os cirurgiões-dentistas não participam de equipes multiprofissionais para o diagnóstico desta patologia, porém os pais ou responsáveis podem procurar o dentista antes do médico, e neste caso, parece existir descaso e omissão destes profissionais. Kassebaum et al. (1991)⁸², relataram que 65% dos casos de abuso físico resulta em dano orofacial, porém, foi sugerido que dentistas, freqüentemente, não obedecem as responsabilidades profissionais quanto ao assunto, apesar de respaldados pelo legislativo e mandatos éticos, e são os que menos reportam. Em uma pesquisa de âmbito nacional, contando com um total de 246 odontopediatras, apenas 9% alguma vez tinha arquivado um relatório de criança abusada.⁸² Croll et al. (1981)⁴¹, Monte Alto et al. (1996)¹¹², demonstraram que o cirurgião-dentista, uma vez capaz de identificar a criança maltratada, pode ser o primeiro profissional a denunciar essa situação. Todavia, Becker et al.

(1978)¹⁵ evidenciaram, em uma investigação com cirurgiões-dentistas que prestam atendimento a crianças, que estes não conhecem adequadamente os aspectos relacionados ao abuso infantil. Portanto, segundo Viera et al. (1998)¹⁶², para que o Odontopediatra ou o cirurgião-dentista, que também atende crianças, tenha capacidade de identificar casos suspeitos de abuso infantil, é necessário que estes estejam informados sobre o assunto. Algumas experiências destes autores com cirurgiões-dentistas brasileiros, através de apresentação de cursos e conferências, mostraram que no Brasil, de um modo geral, o profissional que presta atendimento a crianças não é capaz de identificar casos que sugerem a ocorrência de abuso infantil.¹⁶²

Silva (1998)¹⁴⁷ relatou que a quebra do pacto do silêncio por parte dos profissionais que lidam com crianças foi um dos grandes passos da legislação brasileira, no sentido do efetivo combate à violência doméstica dentro do lar. A ética profissional acontece à medida em que o profissional se compromete como defensor da integridade física e mental da criança e do adolescente. Excluir a responsabilidade da denúncia ou manter o pacto de silêncio é permitir que a violência se perpetue, se a família não consegue prover os seus membros de cuidados, cabe, então, à sociedade protegê-la de si mesma.¹⁴⁷

Becker et al. (1978)¹⁵, notaram que a maioria dos dentistas que responderam a uma pesquisa em Massachusetts não estavam atentos às suas obrigações legais de informar casos com sinais suspeitos. Tais obrigações, e implicações legais de um profissional de saúde que não informa sobre criança suspeita de abuso, foi revisado em recente literatura.^{43,102,153} Dentistas são aparentemente relutantes em informar casos suspeitados de criança abusadas por várias razões¹⁵, inclusive, ignorância da magnitude do problema de crianças abusadas, falta de conhecimento sobre como informar o abuso, histórias inadequadas em arquivos de paciente, efeitos potenciais negativos imaginados como resultado de informar um caso de abuso, e medo de

confronto com os pais. A identificação positiva de crianças abusadas e vítimas, as vezes pode ser difícil e pode causar aos profissionais envolvimento em casos suspeito, mas incertos. Além disso, há relatórios de condições que perfeitamente sugerem abuso físico, mas prova ser o resultado de outras causas.⁴¹

No entanto, quando inquiridos sobre o relato de casos de violência contra a criança (Questão 7, Figura 7) 95,90% (70 de 73) dos dentistas e 93,44% (57 de 61) dos médicos relatam que realizariam este procedimento e, (Questão 6, Figura 6) 83,56% (61 de 73) dos dentistas e 80,33% (49 de 61) dos médicos relatariam o fato às autoridades mesmo que isto implicasse em maior envolvimento legal, o que está de acordo com Bayer¹⁴ e Becker¹⁵. No entanto, quando questionados sobre o que fizeram diante da suspeita de maus-tratos, questão 5 (Figura 5) intimamente relacionada à questão 4 (Figura 4), 84,93% (62 de 73) dos cirurgiões-dentistas e 50,82% (31 de 61) dos médicos não fizeram nada ou entregaram o questionário sem resposta, levando-se a crer em nítidos casos de omissão.

O não relato às autoridades competentes, por dentistas, Tsang & Sweet (1999)¹⁵⁷ citaram que há uma variedade de razões pelas quais os dentistas não informam sobre criança abusada. Em uma pesquisa realizada em 1986, observou-se que a ignorância do problema e a falta de consciência são as barreiras principais. Outras razões incluem medo de lidar com pais bravos ou de se envolver e recusa em acreditar que pais são negligentes. Dentistas, que foram educados para reconhecer sinais de abuso e negligência, estão cinco vezes mais preparados para fazer um relatório.¹⁵⁷

Com relação aos sinais e sintomas das vítimas de violência (Questão 10), 60,27% (44 de 73) dos dentistas e 81,97% (50 de 61) dos médicos responderam que os conhecem e são capazes de identificá-los (Figura 9). Sinais e sintomas característicos, dificilmente passarão despercebidos por um profissional atento ao exame físico e

oroscopia. A Síndrome do Bebê Espancado (“SIBE”) retrata o espancamento intencional do bebê pelos pais (em geral a mãe), o qual costuma ser reiterado e muitas vezes intenso, podendo levar ao óbito. O eminente radiologista infantil norte-americano Caffey (1946)²⁵ foi quem pela primeira vez, relatou a estranha associação entre fraturas de ossos longos e hematoma subdural em seis bebês, nos quais constatou 23 fraturas e equimoses que as mães atribuíam a traumas menores. Silverman (1953)¹⁴⁸, Wooley & Evans (1955)¹⁷⁷, Caffey (1957)²⁶, Griffiths & Moynihan (1963)⁶³, Parker (1965)¹²³, identificaram a etiologia da síndrome em traumatismos repetidos, produzidos no ambiente do lar, em geral pela mãe. Em 1962, Kempe et al.⁸³ chocaram a opinião pública nos E.U.A. com a expressão pela qual denominaram a estranha síndrome traumática: *the battered baby syndrome*, chamando de maneira notável a atenção dos médicos e do público sobre o incrível quadro traumático infantil, até então praticamente desconhecido. Kittle et al. (1981)⁸⁷ com relação aos sinais e sintomas que os profissionais da área odontológica podem observar, citaram que os olhos das crianças estão constantemente em alerta para o perigo, enquanto ao mesmo tempo as faces estão imóveis; não há sorriso espontâneo e quase nenhum contato de olhos, é como se elas pensassem que não olhando alguém no olho, se fazem invisíveis e estão protegidas do ataque. O dentista e a equipe auxiliar devem observar, mais atentamente, a criança com falta de limpeza, de estatura baixa com relação a idade e para evidência de desnutrição, sinais típicos de desnutrição incluem uma postura de fadiga com ombros arqueados, tórax plano, abdômen protuberante, ausência de cabelo, e a face pálida. Deve-se observar se a criança está vestida de modo apropriado para as condições climáticas, o fracasso para prover roupa adequada para proteção de chuva, frio, ou neve podem constituir negligência, também, deve ser notado se há exagero nos trajes das crianças; pois estas podem usar mangas longas e camisas de gola alta ou blusas de frio durante os meses de verão, para cobrir os sinais de abuso

físico. Deve-se, observar também, o caminhar da criança para determinar como ela se leva e se caminha de modo correto e avaliar várias áreas do corpo antes de fazer um exame oral. Exame da face, boca e garganta para contusões, cicatrizes, abrasões, dilaceração, equimoses, marcas de queimaduras e marcas de mãos. O dentista deve notar se as contusões estão em várias fases de resolução, pois indicam trauma em ocasiões diferentes, contusões recentes terão uma cor pronunciada mais vívida (vermelho-azulado), enquanto que as mais “velhas”, freqüentemente, aparecem enfraquecidas (marrom-verde-amarelo).¹⁷⁴ Conferir as superfícies de pele expostas a contusões, marcas de cinto, impressões de dedos, marcas de fios de aço, fios elétricos e pontos de queimaduras. Contusões que levam a forma de um objeto reconhecível não são normalmente acidentais. Seguindo estas observações, orienta-se a criança para a cadeira odontológica, e enquanto ela está na posição supina, observar se o movimento de levantamento resulta em dor, pode haver trauma nas costelas ou clavícula. Danos orofaciais, particularmente incluem fraturas, perdas, deslocamento, ou descoloração dentária; cicatrizes dos lábios e mucosa; marcas de bofetão; lesão na comissura labial de freio labial e sublingual ou língua cicatrizada são danos que podem ser resultado da tentativa do responsável em silenciar a criança com uma mordaca, bofetão de mão, ou soco. Marcas de lesão nas comissuras causadas por uma mordaca amarrada durante muitas horas podem ser observadas, uma colher ou garfo aplicados com força ou determinação pode resultar em dentes fraturados ou um freio lacerado, as únicas áreas que não podem ser observadas e julgadas pelo dentista são a genitália e nádegas. Existe consenso entre os autores quanto à elevada incidência de injúrias intra-orais em crianças vítimas de abuso físico, como lacerações, escoriações, abrasões e traumatismos dentários.^{8, 14,15,25,26,31,32,35,52,75,76,87,121,133,151} Segundo Hamilton (1990)⁶⁵; Fonseca et al. (1992)⁵⁴; Hibbard & Sanders (1995)⁷¹; Von Burg & Hibbard (1995)¹⁶⁵, a cabeça e a face são afetadas com maior freqüência, em torno de 70%,

pois representam o “eu” da criança e os ferimentos nestas regiões constituem-se na principal causa de morte em crianças que sofrem abuso. Segundo Heitzler et al. (1994)^{67,68} a cavidade oral é um local ocasional de abuso sexual em crianças, a presença de lesões orais, particularmente do palato poderia ser indicações de abuso sexual.

Jessee (1995)⁷⁵ enumera uma série de manifestações físicas facilmente reconhecíveis pelos dentistas, tais como marcas de estrangulamento no pescoço, hemorragias na retina, calvície irregular devido a puxões de cabelo, abrasões ou feridas nas comissuras labiais, contusões ou fraturas de nariz, fraturas de côndilo causadas por excessivas pancadas na face, fraturas dentárias, trauma nos freios linguais ou labiais, lacerações na língua causadas pelas pancadas forçando a oclusão, marcas de mordidas, queimaduras de ferro e cigarro, queimaduras por substâncias cáusticas ou venenos, entre outras.

Marcas de mordidas são citadas por diversos autores como sendo lesões freqüentemente encontradas em crianças abusadas, tanto física quanto sexualmente, diferenciando entre si apenas em relação à natureza e localização das lesões^{41,52,75}(Skinner & Castle (1969); Levine (1977) apud Needleman (1986)¹¹⁸).

Lesões bucais têm sido pouco relatadas em qualquer tipo de abuso segundo Becker et al. (1978)¹⁵; Fonseca et al. (1992)⁵⁴, mas podem apresentar-se como traumatismo dental, queimaduras químicas ou físicas inexplicadas, contusões labiais, lacerações de freios labial e lingual provocadas por alimentação forçada, escoriação em comissura labial, fratura, lesão sífilítica e gonorréia (condiloma acuminado), petéquias e eritema em palato sugestivas de sexo oral.^{11,15,32,40,49,50,68,105,136}

Sinais de queimaduras foram identificados em aproximadamente 10% dos casos de abuso infantil, as provocadas por cigarro ocorrem com maior freqüência, seguidas das provocadas por objetos quentes (ferro elétrico) e por arremesso de líquidos ferventes nas vítimas.^{52,54,102,153}

Em relação aos traumatismos faciais, observou-se uma incidência de aproximadamente 50% em casos de crianças vítimas de abuso físico. Existe uma grande concordância em relação aos tipos de injúrias faciais mais comumente encontradas, entre elas fraturas maxilomandibulares, abrasões, lacerações, contusões, equimoses, queimaduras e mordidas (Skinner & Castle (1969) apud Needleman (1986)¹¹⁸; Ten Benseel & King (1975)¹⁵³).

Os traumatismos ocorridos na cabeça, na maioria das vezes, podem ser facilmente perceptíveis pelos cirurgiões-dentistas. Fraturas, hematomas, abrasões, lacerações, contusões e equimoses nesta região são achados comuns em crianças vítimas de espancamento. Um tipo peculiar de injúria que acomete a cabeça, mais especificamente o couro cabeludo, conhecida como alopecia traumática, foi observado por Saxe & Mccourt (1991)¹³⁶; Fonseca et al. (1992)⁵⁴; Moura et al. (2000)¹¹⁶. Além disso, fraturas de crânio, danos para a cabeça incluindo-se alopecia traumática e cefalohematomas por puxão de cabelo, muitas vezes são escondidos através de tranças. Todos estes danos podem ser descobertos facilmente se os dentistas correrem os dedos pelo cabelo, apalpar ossos cranianos e faciais, inquirir sobre qualquer ferida visível e conferir pele exposta.

Cameron et al. (1966)²⁸, Schwartz et al. (1977)¹³⁹ e Kittle et al. (1981)⁸⁷ consideram marcas de cicatrização no lábio, presença de coágulos de sangue ou um desvio de septo nasal achados importantes. O pescoço pode apresentar contusões, equimoses, abrasões, eritemas e arranhões, entre outros danos, estes danos sempre deveriam ser vistos como suspeita. Schmitt (1986)^{137,138} informou que entre casos não fatais de crianças no primeiro ano de vida, 95% tiveram dano intracraniano sério devido ao chacoalhar (sacudir / tremer) vigoroso em uma tentativa para fazer os bebês deixarem de chorar. Kittle et al. (1981)⁸⁷ em seu estudo, pediram para que as crianças levantassem as mãos; pois se foram feridas nas costelas e clavícula, o movimento causaria dor, neste estudo, os

membros superiores foram feridos 293 vezes. É muito importante examinar as mãos, porque as crianças as usam para proteger outras partes do corpo de abuso. Há informações de um caso no qual o pai queimou o dedo polegar da criança para que parasse de chupar.⁸⁷ O'Neill Júnior et al. (1973)¹²¹ relataram que a identificação desses danos no consultório prevenirá mais adiante, danos mais sérios. Crianças com inaptidão mental e física serão mais abusadas que as sem inaptidão.¹³³

Segundo Schwartz et al. (1977)¹³⁹, o dentista não tem que determinar abuso, ele somente deve informar ao estado os fatos e a suspeita. A determinação final recai sobre o estado. Tato e delicadeza são necessários nestas situações para manter um nível de profissionalismo, como também, restringir as suspeitas dos pais. Manifestações clínicas gerais de criança violentada e abusada são: Contusões, dilaceração, queimaduras, cortes, cicatrizes, áreas de grande equimose e olhos pretos sugestionam abuso físico. Estas lesões são produzidas freqüentemente na face, boca e cabeça, além de outras áreas do corpo. Braços e pernas são freqüentemente traumatizados com contusões severas, como também fraturas ocasionais de ossos longos. Trauma na cabeça, além de fraturas de crânio, pode produzir hematoma extenso com inchaço, danos oculares severos não são incomuns e podem incluir hemorragias de subconjuntiva e retina deslocada, mordidas podem ser encontradas na superfície da pele. Manifestações orais: a boca é freqüentemente traumatizada em casos de criança violentada e abusada, particularmente por causa de seu significado psicológico, já que as crianças chorarão ou falarão, então a violência é usada contra a boca para silenciar a criança. Cicatrizes nos lábios sempre devem alertar os profissionais para episódios prévios de trauma, além disso sempre deve-se investigar fraturas dos maxilares, dentes perdidos sem explicação óbvia, anormalidade na seqüência de desenvolvimento e erupção, através de radiografia intra oral. Criança agredida com socos na face, resulta em avulsão de dente em lugar de fratura, mas são observadas fraturas de

coroas, as fraturas de raízes, podem ser observadas através de radiografias e múltiplas fraturas de raiz sugerem trauma por abuso, dentes deslocados e maloclusão incomum, também, podem sugestionar áreas traumáticas prévias. A descoloração dentária é sugestiva de trauma prévio com dano para a polpa dental.

Sibbald & Friedman (1993)¹⁴³ relataram que há uma variedade de indicadores que podem auxiliar os profissionais a identificar a possibilidade de abuso contra a criança. Abuso físico pode incluir contusões, marcas de mordida de adulto, dilaceração, abrasões, fraturas, escaldaduras ou queimadura para qual a explicação é obscura, incompatível ou inexplicada. Danos podem estar na forma de um instrumento, consistente com imersão em água quente, ou em várias fases de cura. Indicadores que podem ser mais notável ao profissional da área odontológica incluem trauma para os dentes, como também danos para lábios, língua, ou bochechas que não são consistentes com um acidente. Marcas de mordidas de adultos também podem indicar abuso, pois segundo os autores, se a distância entre os caninos é maior que três centímetros, a mordida provavelmente veio de alguém com os dentes permanentes. Uma criança que foi abusada fisicamente pode estar impossibilitada ou pouco disposta a recordar como os danos aconteceram, ou pode oferecer uma explicação que é incompatível com o tipo de dano. Nas interações sociais tais crianças podem ser excessivamente agressivas ou extremamente retraídas, o abuso sexual pode ser suspeito por coceira excessiva ou incomum ou sintomatologia dolorosa na região genital ou anal, roupa íntima rasgada, manchada ou sangrenta, dor ou incômodo ao sentar ou caminhar, dificuldade de micção, corrimento, úlceras anais, doença venérea e gravidez precoce. Indicadores que, podem ser mais observados pelo dentista incluem lesões orais, irritação, inchaço ou contusão ao redor da área bucal, contusão no palato, petéquias palatal, garganta dolorida, desgaste do esmalte devido à acidez (esperma retido na cavidade bucal por longo período de tempo

pode resultar em erosão do esmalte cervical) e higiene oral precária. Crianças sexualmente abusadas podem exibir os mesmos comportamentos da criança fisicamente abusada, como também um pouco de comportamentos mais associado com ações sexuais. Estes podem incluir precocidade em atos sexuais; promiscuidade e "comportamento sedutor", características mais generalizadas incluem ansiedade geral, depressão, baixa estima, e comportamento auto-destrutivo como tentativas de suicídio e abuso de álcool e drogas. Indicadores comportamentais que podem ser evidentes ao profissional de saúde dental incluem medo de ser tocado, e medo da autoridade representada pelo dentista. Negligência pode ser caracterizada por baixo peso, higiene precária, fadiga crônica e necessidades médicas desacompanhadas (como anemia crônica, erupções cutâneas na pele, piolho).

Na maioria das vezes a negligência pode ser confundida com a pobreza e a ignorância. Portanto, antes de estabelecer um diagnóstico de negligência, o profissional deve levar em consideração os aspectos financeiros, intelectuais e sociais dos pais.^{43,137,138}

O padrão comportamental característico de crianças negligenciadas abrange falta de auto-estima, passividade, timidez, carência afetiva, incompreensão, hiperatividade e sonolência.^{73,133,155}

As características dos perpetradores (Questão 15) podem ser identificadas por 54,79% (40 de 73) dos dentistas e 60,66% (37 de 61) dos médicos (Figura 14). Chiocca (1998)³⁸ relatou que as causas dos maus-tratos são variadas e complexas. Muitos sociólogos concordam que a aceitabilidade da violência pela sociedade (castigo físico) como meio de disciplinar é um fator. Televisão, filmes, e até jogos de vídeo estão repletos de imagens violentas que contribuem para o aumento de incidência da violência na sociedade, outros fatores são a pobreza, uso de drogas e gravidez precoce.

Para Viera (1998)¹⁶¹, as mães são as principais responsáveis pelos maus-tratos contra crianças, isso quer dizer que a maioria absoluta das situações de abuso infantil ocorre dentro de casa e é perpetrada por uma pessoa de confiança da criança. Essa atmosfera complexa é suficiente para garantir danos psicológicos, muitas vezes, de caráter duradouro nas crianças, e não é incomum que os agressores sejam pessoas passíveis de nossa convivência, ou seja, capazes de discernir o certo do errado e, portanto, legalmente competentes. Segundo Silva (1998)¹⁴⁷ o lar tem mostrado ser um lugar perigoso para viver. É impossível criar um estereótipo do agressor e a violência não é um fenômeno natural, mas construída e transmitida às novas gerações. Se a violência doméstica é construída histórica, psicológica e socialmente, é impossível apontar uma única causa, há necessidade de se observar as características tanto pessoais como circunstanciais dos membros familiares envolvidos, as condições ambientais em que ocorre o fenômeno, questões psicológicas de interação, o contexto social, as implicações sócio-econômicas, a submissão do mais fraco pelo mais forte, se traduz em maus-tratos físicos, em abuso sexual, negligência e abandono. Crianças e adolescentes, que precisam ser cuidados por se encontrarem em fase especial de desenvolvimento, são surrados, queimados, ameaçados, menosprezados, abusados sexualmente, entre outras barbáries, pais, padrastos, parentes responsáveis por crianças e adolescentes têm utilizado diferentes formas de violência física, justificando-as como forma de bem educar e/ou com desculpa de que “é de cedo que se torce o pepino” ou, ainda, “para o seu próprio bem”. Amor, sexo, carinho, humilhação são maneiras ambíguas de relacionamento entre a criança e o agressor, e justamente o adulto que deveria ter o papel de protetor. Diante da desigualdade de poder e, conseqüentemente, da pedagogia do horror e da erotização da infância e da adolescência, o grande perdedor é a própria sociedade. Os reflexos podem ser observados tanto no presente quanto no futuro, as vítimas acabam

assimilando valores desfigurados de respeito humano, a sua vulnerabilidade e fraqueza são temporárias, vindo a criança, na maioria dos casos, a transformar-se em um adulto agressivo, pouco cuidadoso com o outro. É a violência dentro da família gerando a violência social.

Os pais naturais foram os responsáveis pela maior parte dos episódios de maus-tratos às crianças, e isto também está de acordo com a literatura.^{1,153}

Welbury (1994)¹⁷² relata que a etiologia das injúrias não traumáticas está baseada na interação entre as características de personalidade dos pais ou do adulto abusador, características da criança e as condições ambientais. Devido à variação de características comportamentais, traço de personalidade e sintomas psiquiátricos entre os adultos abusadores, não existe uma personalidade específica para o perpetrador. Porém, certas características podem ser reconhecidas, pois ocorrem periodicamente, está presente em todas as classes sociais; mas mais casos foram identificados maior número de casos nos grupos sócio econômico mais pobres. Muitos casos de injúria não traumática estão relacionados aos pais ou a pessoas conhecidas da criança. Pais jovens, freqüentemente de baixa inteligência, são os mais prováveis abusadores, especialmente se eles foram expostos a tal comportamento durante a própria infância, o abuso é vinte vezes mais provável se um dos pais foi abusado quando criança. Uma proporção significativa dos perpetradores tem algum tipo de antecedente penal; e embora eles normalmente não tenham uma enfermidade mental identificada, podem exibir características de personalidade que predispõem ao comportamento violento. Fatores que contribuem para o abuso dos adultos envolvem álcool ou droga, pobreza, desemprego e problemas matrimoniais. A criança pode ser resultado de uma gravidez não desejada ou não atinge as expectativas dos pais, estes fatores podem provocar frustração nos pais, mas em associação a outras tensões, podem conduzir a negligência ou dano físico. Vários fatores podem desencadear os maus-tratos para com a

criança, sejam eles relacionados aos pais (imaturidade, depressão, uso de drogas, alcoolismo, história pregressa de abuso quando pequenos), às crianças vitimadas (anomalias congênitas, deficiência física/mental, rejeição, gravidez indesejada, prematuridade ou subnutrição) ou à situação sócio-econômica e cultural familiar (gestações freqüentes, fome, desemprego, pobreza, problemas conjugais, antecedentes militar, radicalismo religioso). No entanto, não se pode afirmar que a violência ocorra somente em classes sociais menos favorecidas, pois todos os grupos culturais, ocupacionais, sócio-econômicos e éticos têm representantes da síndrome.^{74,105,146} Existem indicadores para ajudar os dentistas quando estes examinam os pacientes com suspeita de criança abusada e negligenciada (SCAN). Estes indicadores podem ser usados como critério ajudando os dentistas a determinar se o dano é intencional ou acidental. Leonardi et al. (apud Rupp (2000)¹³³) listaram o critério a ser considerado diferenciando queimaduras acidentais de não acidentais; critérios considerados e que se aplicam a outros tipos de suspeita de criança abusada e negligenciada (SCAN). Os dentistas deveriam estar atentos aos seguintes indicadores: relato de acidentes prévios - registros médicos e odontológicos deveriam refletir uma anotação cuidadosa de cada incidente observado. Radiografias de injúrias suspeitas e fotografias deveriam ser realizadas, pois são importantes e úteis; demora na busca de ajuda médica por mais de 24 horas – sinal importante que caracteriza culpa. Freqüentemente, o pai ou responsável demoram em realizar tratamento por medo de serem pegos; adulto que normalmente busca ajuda para a criança ferida não é o perpetrador e, conseqüentemente, não tem medo de ser acusado pelo ato de criança abusada e negligenciada (CAN); o abuso é atribuído ao acaso - as crianças lutam entre elas e, freqüentemente, isto é uma desculpa para cobrir o fato; controvérsia na história da injúria - a história dada pela criança não é a mesma relatada pelos responsáveis; os pais ou responsáveis mostram falta de interesse pela criança - não olham, não se interessam pelo dano e não percebem a

gravidade. A literatura apóia o uso de outros indicadores a ser considerado, enquanto tenta-se determinar se o trauma é acidental ou não. Outros fatores a considerar como suspeita incluem: tensão familiar, o cônjuge abusa, déficit de assistência social são predisposições para repetição de maus-tratos à criança. A incidência de relatórios de maus-tratos é mais alta em casas onde as mães estão deprimidas, com sintomas psicossomáticos, não tem formação escolar secundária, consumo de álcool, participam de programas de apoio de renda, apresenta preocupação com mais crianças dependentes; tensão financeira, separação familiar, enfermidade, desemprego e casa com superlotação.¹³³

Segundo Assis & Souza (1995)⁷ o agente agressor é alguém mais velho, mais forte ou poderoso que a vítima, este pode se impor pela força, ameaça ou indução da vontade da vítima.

Silverman (1953)¹⁴⁸ opina que os pais e todas as pessoas adultas que maltratam crianças são imaturas, impulsivas, egocêntricas, hipersensíveis, dispostas a reagir com uma agressividade incontrolada frente a uma situação de frustração. Na maioria dos casos, os pais que perpetuam maus-tratos a seus filhos, foram vítimas quando crianças. Identifica-se com sua infância e crêem que o mais natural é atuar da mesma maneira que seus pais atuaram. Segundo o editorial da Lancet 1971, a maioria dos pais que maltratam são emocionalmente inadaptados, 5% deles são psicóticos e outros 5% psicopatas agressivos com descargas inadequadas nos momentos de tensão. (apud Sierra et al. (1979)¹⁴⁵).

Portanto, baseando-se nos resultados obtidos neste estudo e nas citações bibliográficas, que abordaram eficazmente o assunto, ressalta-se a importância da realização de novos estudos como este para que tanto os profissionais quanto a população, em geral, tomem conhecimento sobre os fatos, e quando suspeitarem de abuso e violência contra a criança e o adolescente, estes denunciem às autoridades

competentes, na tentativa de coibir tais atrocidades, além de protege-las e salva-las de tanta violência e sofrimento. Estudos como este devem ser estimulados para que os profissionais tomem conhecimento dos fatos, mas principalmente da sua obrigação em denunciar às autoridades competentes a violência contra a criança e o adolescente, pois os fatores de risco têm a sua influência, porém em última análise toda criança é uma vítima em potencial.

CONCLUSÃO

CONCLUSÃO

Em decorrência dos resultados obtidos no presente estudo, concluímos que:

- ✓ os profissionais de saúde apresentam conhecimento suficiente para diagnosticar casos de abuso e maus-tratos contra a criança e o adolescente, a maioria conhece os órgãos responsáveis para proteção destas, porém, são omissos, não tomando as atitudes necessárias com relação à denúncia dos casos suspeitos e confirmados.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA MULTIPROFISSIONAL DE PROTEÇÃO À INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA.(ABRAPIA) *Dados Informativos*, 1996. 20p.
- 2 ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA MULTIPROFISSIONAL DE PROTEÇÃO À INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA.(ABRAPIA) *Maus-tratos contra crianças e adolescentes: proteção e prevenção. Guia de orientação para profissionais da saúde.* 2.ed. Rio de Janeiro: Petrópolis, 1997. 40p.
- 3 ABREU, F. V. G., VALENÇA, A. M. G. Prevalence of children and adolescent maltreatments. *J. Dent. Res.*, v.78, n.5, p.993, 1999. (Abstrac n.A-257)
- 4 APPELBAUM, A. S. Developmental retardation in infants as a concomitant of physical child abuse. *J. Abnorm. Child. Psychol.*, v.5, n.4, p.417-23, Dec. 1977.
- 5 ASHER, R. Müncahusen's syndrome. *Lancet*, v.1, p.339-41, 1951.
- 6 ASSIS, S. G. Crianças e adolescentes violentados: passado, presente e perspectivas para o futuro. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.10 (supl. 1), p.126-34, 1994.
- 7 ASSIS, S. G., SOUZA, E. R. Morbidade por violência em crianças e adolescentes do município do Rio de Janeiro. *J. Pediatr.* Rio de Janeiro, v.71, n.6, p.303-12, 1995.
- 8 ATWAL, G. S., RUTTY, G. N., CARTER, N., GREEN, M. A. Bruising in non-accidental head injured children: a retrospective study of the prevalence, distribution and pathological associations in 24 cases. *Forensic Sci. Int.*, v.96,

- n.2-3, p.215-30, 1998.
- 9 AYOUB, C., PFEIFER, D. Burns as a manifestation of child abuse and neglect. *Am. J. Dis. Child.*, v.133, n.9, p.910-4, 1979.
 - 10 AZEVEDO, M. A., GUERRA, V. N. A. (Orgs). *Infância e violência doméstica: fronteiras do conhecimento*. São Paulo: Cortez, 1993. 334p.
 - 11 BADGER, G. R. Caries incidence in child abuse and neglect. *Pediatr. Dent.*, v.8, n.1 sp. iss., p.101-2, 1986.
 - 12 BARTLETT, E. E. Long-term neuroendocrine effects of childhood maltreatment. *J. Am. Med. Assoc.*, v.284, n.18, p.2321, 2000.
 - 13 BATH, H. I., HAAPALA, D. A. Intensive family preservation services with abused and neglected children: an examination of group differences. *Child. Abuse Negl.*, v.17, n.2, 213-25, 1993.
 - 14 BAYER, J.H.B. *Estudo preliminar sobre a participação do profissional da odontologia no diagnóstico e nas condutas frente ao abuso infantil*. 1995. 64p. Porto Alegre (Dissertação) - Faculdade de Odontologia, Pontifícia Universidade Católica Rio Grande do Sul.
 - 15 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, p.24-8, 1978.
 - 16 BERTOCCI, G. E., PIERCE, M. C., DEEMER, E., AGUEL, F. Computer simulation of stair falls to investigate scenarios in child abuse. *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.*, v.155, n.9, p.1008-14, 2001.
 - 17 BÍBLIA SAGRADA, São Paulo: Paulinas, 1989. 1357p.
 - 18 BRAND, E. F., KING, C. A., OLSON, E., GHAZIUDDIN, N., NAYLOR, M. Depressed adolescents with a history of sexual abuse: diagnostic comorbidity and suicidality. *J. Am. Acad.*

- Child. Adolesc. Psychiatry*, v.35, n.1, p.34-41, 1996.
- 19 BRASIL, Constituição, (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado, 1988. 292 p.
- 20 BRASIL, Leis, Decretos, etc. *Estatuto da criança e do adolescente*. Brasília: Ministério da Ação Social, 1990. 56p.
- 21 BRASIL, Leis, Decretos, etc. *Código Penal Brasileiro*. São Paulo: Rideel, 1991. 237p.
- 22 BRASIL. Ministério da saúde. *Estatuto da criança e do adolescente*. Brasília: Imprensa Nacional, 1991. 110p.
- 23 BRICARELLO, S. Infância espancada. *Pediatr. Mod.*, v.35, n.11, p.5, 1999.
- 24 BROSS, D.C. Pediatric dentists and the law of child abuse. *Pediatr. Dent.*, v.8, n.1 sp. iss., p.116-9, 1986.
- 25 CAFFEY, J. Multiple fractures in the long bones of infants suffering from chronic subdural hematoma. *Am. J. Roentg.*, v.56, n.2, p.163-73, 1946.
- 26 CAFFEY, J. Some traumatic lesions in growing bones other than fractures and dislocations: clinical and radiological fractures. *Br. J. Radiol.*, v.30, p.225, 1957.
- 27 CAFFEY, J. *Pediatric X – ray diagnosis*. 7.ed. Chicago, Year Book Medical, 1978. 2v.
- 28 CAMERON, J. M., JOHNSON, H. R. M., CAMPS, F. E. The battered child syndrome. *Med. Sci. Law*, v.6, n.1, p.2-21, 1966.
- 29 CARIOLA, T. C. A posição da criança vítima de maus-tratos na constelação familiar. *Pediatr. Mod.*, v.31, n.2, p.158-62, 1995.
- 30 CARVALHO, A. C. R., GARRIDO, L. C., BARROS, S. G., ALVES, A. C. Abuso e negligência: estudo na delegacia de repressão aos crimes contra a criança e o adolescente. *J. Bras. Odontoped. Odontol. Bebe*, v.4, n.18, p.117-23, 2001.
- 31 CARVALHO, C. Diagnóstico: abuso infantil. *Rev. Bras. Odontol.*,

- v.59, n.3, p.180-3, mai./jun, 2002.
- 32 CASAMASSIMO, P. S. Oral facial lesions in sexual abuse. In: 24- SANGER, R.G., BROSS, D.C. *Clinical management of child abuse and neglect: a guide for the dental professional*. Chicago: Quintessence, 1984. p.43-51.
- 33 CASAMASSIMO, P. S. Child sexual abuse and the pediatric dentist. *Pediatr. Dent.*, v.8, n.1 sp. iss., p.102-5, 1986.
- 34 CASTRO NETO, A. Abuso sexual em crianças mitos e verdades. *Pediatria Atual*, v.1, n.4, p.35-6, 1988.
- 35 CAVALCANTI, A. L., VALENÇA, A. M. G., DUARTE, R. C. O odontopediatra diante de maus-tratos infantis – diagnóstico e conduta. *J. Bras. Odontoped. Odontol. Bebe*, v.3, n.16, p.451-455, nov./dez., 2000.
- 36 CAVALCANTI, A., L. Abuso infantil: protocolo de atendimento odontológico. *Rev. Bras. Odontol.*, v.58, n.6, p.378-80, nov./dez., 2001.
- 37 CHAIM, L. A. F. Odontologia versus criança maltratada. *Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.*, v.49, n.2, p.142-4, 1995.
- 38 CHIOCCA, E. Child abuse and neglect: (Part I) a status report. *J. Pediatr. Nus.*, v.13, n.2, p.128-30, 1998
- 39 COURY, D. L. Recognition of child abuse: notes from the field. *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.*, v.154, n.1, p.9-10, 2000.
- 40 COSTA, L. R. R. S., SUCASAS, P. S. C., PIRES, C. C. C., PRADO, N. L. Maus-tratos infantis: manifestações bucofaciais e aspecto de interesse odontológico. *Rev. Fac. Odontol. Univ. Fed. Goiás*, v.1, n.1, p.49-53, 1997.
- 41 CROLL, T. P., MENNA, V. J., EVANS, C. A. Primary identification of an abused child in dental office: a case report. *Pediatr. Dent.*, v.3, n.4, p.339-41, 1981.
- 42 CUNHA, J. M. *Atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica: impasses e desafios*. Rio de Janeiro

1998. 127p. (Dissertação) - Fundação Instituto Oswaldo Cruz, Instituto Fernandes Figueras.
- 43 DAVIS, G. R., DOMOTO, P. K., LEVY, R. L. The dentist's role in child abuse and neglect: issues, identification, and management. *J. Dent. Child.*, v.46, n.3, p.185-92, 1979.
- 44 DAVOLI, A., PALHARES, F. A. B., CORRÊA FILHO, H. R., DIAS, A. L. V., ANTUNES, A. B., SERPA, J. F., SCHINCARIOL, P. Prevalência de violência física relatada contra crianças em uma população de ambulatório pediátrico. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.10, n.1, p.92-8, jan-mar, 1994.
- 45 DESLANDES, S. F. *Maus-tratos na infância: um desafio para o sistema público de saúde. análise da atuação CRAMI-Campinas*. Rio de Janeiro, 1993. 213p. (Dissertação) - Fundação Instituto Oswaldo Cruz, Instituto Fernandes Figueras.
- 46 DESLANDES, S. F. Atenção a crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica: análise de um serviço. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.10, supl. 1, p.177-87, 1994.
- 47 DREZETT, J., CABALLERO, M., JULIANO, Y., PRIETO, E. T., MARQUES, J. A., FERNANDES, C. E. Estudo de mecanismos e fatores relacionados com o abuso sexual em crianças e adolescentes do sexo feminino. *J. Pediatr.*, v.77, n.5, p.413-9, 2001.
- 48 DUBOWITZ, H., NEWBERGER, E. Sequelae of reporting child abuse. *Pediatr. Dent.*, v.8, n.1 sp. iss., p.88-92, 1986.
- 49 DYM, H. The abused patient. *Dent. Clin. North Am.*, v.39, n.3, p.621-35, 1995.
- 50 EISENSTEIN, E. Temas de infectologia pediátrica: doenças sexualmente transmissíveis em crianças e adolescentes. *Pediatr. Atual*, v.6, n.2, p.24-37, 1993.

- 51 ERTEM, I. O., LEVENTHAL, J. M., DOBBS, S. Intergenerational continuity of child physical abuse: how good is the evidence? *Lancet*, v.356, n. 9232, p. 814-9, 2000.
- 52 ELLERSTEIN, N. S. The cutaneous manifestations of child abuse and neglect. *Am. J. Dis. Child.*, v.133, n.2, p.906-14, 1979.
- 53 FERNANDES, Y. B., MACIEL JÚNIOR, J. A., GUEDES, C. M., DAVIOLI, A., FACURE, N. O. Shaken baby syndrome: report of a case. *Arq. Neuropsiquiatr.*, v.53, n.3B, p.649-53, 1995.
- 54 FONSECA, M. A., FEIGAL, R. J., BENSEL, R. W. Dental aspects of 1248 cases of child maltreatment on file at a major county hospital. *Pediatr. Dent.*, v.14, n.3, p.152-7, 1992.
- 55 GAUDERER, E. C. Abuso sexual de crianças e adolescentes. *Pediatr. Atual*, v.4, n.3 p.38-58, 1991.
- 56 GAUDERER, E. C. Abuso sexual em crianças. *Pediatr. Atual*, v.4, n.4 p.7-19, 1991.
- 57 GOMES, R. A violência enquanto agravo à saúde de meninas que vivem nas ruas. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.10, supl. 1, p.156-167, 1994.
- 58 GOMES, R. Da denúncia à impunidade: um estudo sobre morbimortalidade de crianças vítimas de violência. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.14, n.2, p.301-11, abr./jun, 1998.
- 59 GOMES, R., DESLANDES, S. F., VEIGA, M. M., BHERING, C., SANTOS, J. F. C. Por que as crianças são maltratadas? Explicações para a prática de maus-tratos infantis na literatura. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.18, n.3, p.707-14, mai./jun, 2002.
- 60 GONÇALVES, H. S., FERREIRA, A. L., MARQUES, M. J. V. Avaliação de serviços de atenção a crianças vítimas de violência Doméstica. *Rev. Saúde Pública*, v.33, n.6, p.547-53, 1999.

- 61 GONÇALVES, H. S., FERREIRA, A. L. A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.18, n.1, p.315-9, jan./fev. 2002.
- 62 GREENE, P. E., CHISICK, M. C., AARON, G. R. A comparison of oral health status and need for dental care between abuse/neglected children and nonabused/non-neglected children. *Pediatr. Dent.*, v.16, n.1, p.41-5, 1994.
- 63 GRIFFITHS, D. L., MOYNIHAN, F. J. Multiple epiphiseal injuries in babies. *Br. Med. J.*, v.2, p. 1558, 1963.
- 64 GUEDES, G. L. Violência doméstica: prevalência e fatores associados em famílias atendidas num serviço de emergência pediátrica. *Arq. Bras. Pediat.*, v.4, n.2, p.56, 1997.
- 65 HAMILTON, J. Child abuse: the dentist's responsibility. *CDS Rev.*, v.83, n.9, p.18-23, 1990.
- 66 HEIM, C., NEWPORT, D. J., MILLER, A. H., NEMEROFF, C. B. Long-term neuroendocrine effects of childhood maltreatment. *J. Am. Med. Assoc.*, v.284, n.18, p.2321-2, 2000.
- 67 HEITZLER, G. D., CRANIN, A. N., GALLO, L. Sexual abuse of the oral cavity in children. *N. Y. State Dent. J.*, v.60, n.2, p.31-3, 1994.
- 68 HEITZLER, G. D., CRANIN, A. N., GALLO, L. Sexual abuse of the oral cavity in children. *J. Mich. Dent. Assoc.*, v.76, n.6, p.28-30, 1994.
- 69 HELFER, R. M. The etiology of child abuse. *Pediatrics*, v.51, n.4 suppl., p.777-9, 1973.
- 70 HERRERA-BASTO, E. Indicadores para la detección de maltrato en niños. *Salud Publica Méx.*, v.41, n.5, p.420-5, 1999.

- 71 HIBBARD, R. A., SANDERS, B. J. Negligência e abuso da criança. In: McDONALD, R. E., AVERY, D. R. *Odontopediatria*, 6.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995. p.17-22.
- 72 HOLMES-JOHNSON, E., GEBOY, M., GETKA, E. J. Behavioral considerations. *Dent. Clin. North Am.*, v.30, n.3, p.391-8, 1986.
- 73 JESSEE, S. A. The neglect of our youth: a dental perspective. *J. Dent. Child.*, v.60, n.4, p.361-4, 1993.
- 74 JESSEE, S. A. Detecting and reporting child maltreatment: dentist's obligations. *Gen. Dent.*, v.42, n.3, p.218-221, 1994.
- 75 JESSEE, S. A. Physical manifestations of child abuse to the head, face and mouth: a hospital survey. *J. Dent. Child.*, v.62, n.4, p.245-9, 1995.
- 76 JESSEE, S. A., RIEGER, M. A study of age-related variables among physically abused children. *J. Dent. Child.*, v.63, n.4, p.275-80, 1996.
- 77 JESSEE, S. A. Risk factors as determinants of dental neglect in children. *J. Dent. Child.*, v.65, n.1, p.17-20, 1998.
- 78 JESSEE, S. A., MARTIN, R. E. Child abuse and neglect: assessment of dental students' attitudes and knowledge. *J. Dent. Child.*, v.65, n.1, p.21-4, 1998.
- 79 JESSEE, S. A. Behavioral indicators of child maltreatment. *J. Dent. Child.*, v.66, n.1, p.17-22, 1999.
- 80 JESSEE, S. A. Child abuse and neglect: implications for the dental profession. *Tex. Dent. J.*, v.116, n.2, p.40-6, Feb., 1999.
- 81 JOHN, V., MESSER, L. B., ARORA, R., FUNG, S., HATZIS, E., NGUYEN, T., SAN, A., THOMAS, K. Child abuse and dentistry: a study of knowledge and attitudes among dentists in Victoria, Australia. *Aust Dent. J.*, v.44, n.4, p.259-67, 1999.

- 82 KASSEBAUM, D. K., DOVE, S. B., COTTONE, J. A. Recognition and reporting of child abuse: a survey of dentists. *Gen. Dent.*, v.39, n.3, p.159-62, 1991.
- 83 KEMPE, C. H., SILVERMAN, F. N., STEELE, B. F., DROEGEMULLER, W., SILVER, H. K. The battered-child syndrome. *J. Am. Med. Assoc.*, v.181, n.7, p.17-24, 1962.
- 84 KENNEY, J. W., REINHOLTZ, C., ANGELINI, P. J. Sexual abuse, Sex before age 16, and high-risk behaviors of young females with sexually transmitted diseases. *J. Obstet. Gynecol. Neonatal Nurs.* v.27, n.1, p.54-63, Jan./Feb., 1998.
- 85 KILPATRICK, N. M., SCOTT, J., ROBINSON, S. Child protection: a survey of experience and knowledge within the dental profession of New South Wales, Australia. *Int. J. Paediatr. Dent.*, v.9, n.3, p.153-9, 1999.
- 86 KING, J., DIEFENDORF, D., APHORP, J., NEGRETE, V. F., CARLSON, M. Analysis of 429 fractures in 189 battered children. *J. Pediatr. Orthop.*, v.8, n.5, p.585-9, 1988.
- 87 KITTLE, P. E., RICHARDSON, D. S., PARKER, J. W. Two child abuse/child neglect examinations for the dentist. *J. Dent. Child.*, v.48, n.3, p.175-80, 1981.
- 88 KITTLE, P. E., RICHARDSON, D. S., PARKER, J. W. Examining for child abuse and child neglect. *Pediatr. Dent.*, v.8, n.1 sp. iss., p.80-2, 1986.
- 89 KOTCH, J. B., BROWNE, D. C., RINGWALT, C. L., STEWART, P. W.; RUINA, E., HOLT, K., LOWMAN, B., JUNG, J. W. Risk of child abuse or neglect in a cohort of low-income children. *Child. Abuse Negl.*, v.19, n.9, p.1115-30, 1995.
- 90 KVAAL, S. I. Oral injuries in cases of child abuse. *Rev. Belge Med. Dent.* v.48, n.1, p.49-53, 1993.
- 91 LACEY, S. R., COOPER, C., RUNYAN, D. K., AZIZKHAN, R. G. Münchausen syndrome by proxy: patterns of presentation to

- pediatric surgeons. *J. Pediatr. Surg.*, v.28, n.6, p.827-32, 1993.
- 92 LASKIN, D. M. Editorial: The battered-child syndrome. *J. Oral Surg.*, v.31, n.12, p.903, 1973.
- 93 LASKIN, D. M. The recognition of child abuse. *J. Oral Surg.*, v.36, n.5, p.349, 1978.
- 94 LEGISLATION, litigation. Child Abuse A Community Responsibility. *J. Am. Dent. Assoc.*, v.75, n.5, p.1081-2, 1967.
- 95 LEGISLATION, litigation. Illinois study. *J. Am. Dent. Assoc.*, v.75, n.5, p.1081-2, 1967.
- 96 LEVINE, L. J. Bite mark evidence. *Dent. Clin. North Am.*, v.21, n.1, p.145-58, 1977.
- 97 LOOCHTAN, R. M., BROSS, D. C., DOMOTO, P. K. Dental neglect in children: definition, legal aspects, and challenges. *Pediatr. Dent.*, v.8, n.1 sp. iss., p.113-9, 1986.
- 98 LOOS, P. J. Reporting child abuse and neglect: the dentist's responsibility. *J. Mich. Dent. Assoc.*, v.73, n.3, p.27-9, 1991.
- 99 LOPES, M. V. G., TAVARES JÚNIOR, P. A. Maus-tratos: responsabilidade também do pediatra. *Pediatr. Atual*, v.13, n.10, p.10-6, 2000.
- 100 LOPES, M. V. G., TAVARES JÚNIOR, P. A. Maus-tratos: 57 observações em enfermagem. *Pediatr. Moderna*, v.36, n.10, p.684-8, 2000.
- 101 LOUZADO, M., ARAÚJO, C. H., SCARLOT, F., DORNELLES, M. S. O., PRADO, D. Manifestações orais em crianças abusadas sexualmente. *Rev. Brás. Odontol.*, v.58, n.1, p.33-4, 2001.
- 102 MALECZ, R. E. Child abuse, its relationship to pedodontics: a survey. *J. Dent. Child.*, v.46, n.3, p.193-4, 1979.
- 103 MARCUS, A., AMMERMANN, C., KLEIN, M., SCHMIDT, M. H.

- Münchhausen syndrome by proxy and factitious illness: symptomatology, parent-child interaction, and psychopathology of the parents. *Eur. Child. Adolesc. Psychiatry*, v.4, n.4, p.229-36, 1995.
- 104 MARMO, D. B., OGIDO, R. Violência doméstica contra a criança. *J. Pediatr.*, Rio de Janeiro, v.71, n.6, p.313-6, 1995.
- 105 MATHEWSON, R. J. Child abuse and neglect: the dental profession's responsibility. *Compend. Contin. Educ. Dent.*, v.14, n.5, p.656-62, 1993.
- 106 MEADOW, R. Münchhausen syndrome by proxy: the hinterland of child abuse. *Lancet*, v.13, n.2, p.343-5, 1977.
- 107 MEADOW, R. Münchhausen syndrome by proxy. *Arch. Dis. Child.*, v.57, n.2, p.92-8, 1982.
- 108 MEADOW, D., LINDNER, G., NEEDLEMAN, H. Oral trauma in children. *Pediatr. Dent.*, v.6, n.4, p.248-51, 1984.
- 109 MEHL, A. L., COBLE, L., JOHNSON, S. Münchhausen syndrome by proxy: a family affair. *Child Abuse Negl.*, v.14, n.4, p.577-85, 1990.
- 110 MENEGHEL, S. N. Violência na infância e na adolescência. *J. Pediatr.*, v.71, n.6, nov./dez., 1995. (Editorial)
- 111 MONACO, J. E., BROOKS, W. G. The critical care aspects of child abuse. *Pediatr. Clin. North. Am.*, v.41, n.6, p.1259-68, 1994.
- 112 MONTE ALTO, L. A., MODESTO, A., MASSAO, J. M., SOVIERO, V., RAMOS, M. E. B. Criança maltratada o que pode ser feito? *Rev. Bras. Odontol.*, v.53, n.3, p.22-6, maio/jun., 1996.
- 113 MONTEIRO, M. C. N., CABRAL, M. A. A., MORGADO, A. F. Violências contra crianças e adolescentes: uma revisão bibliográfica. *Arq. Bras. Pediatr.*, v.2, n.6, p.153-6, 1995.
- 114 MOUDEN, L. D. Child abuse and dentistry: what you should

- know. *J. Mich. Dent. Assoc.*, v.76, n.5, p.20-7, 1994.
- 115 MOUDEN, L. D., BROSS, D. C. Legal issues affecting dentistry's role in preventing child abuse and neglect. *J. Am. Dent. Assoc.*, v.126, n.8, p.1173-1180, 1995.
- 116 MOURA, D. P. S., TOLEDO, O. A., BEZERRA, A. C. B. Reconhecimento de crianças vítimas de maus tratos – responsabilidade do odontopediatra. *J. Bras. Odontoped. Odontol. Bebe*, v.3, n.14, p.318-22, jul./ago., 2000.
- 117 MUZA, G. M. A criança abusada e negligenciada. *J. Pediatr.*, v.70, n.1, p.56-60, 1994.
- 118 NEEDLEMAN, H. L. Orafacial trauma in child abuse: types, prevalence, management, and the dental profession's involvement. *Pediatr. Dent.*, v.8, n.1 sp. iss., p.71-80, 1986.
- 119 NEEDLEMAN, H. L. A criança maltratada e abandonada. In: MCDONALD, R. E., AVERY, D. R. *Odontopediatria*. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1987. cap. 2, p.16–23.
- 120 ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE *Child abuse and neglect*. Fact Sheet N150, Março de 1997.
- 121 O'NEILL JÚNIOR, J. A., MEACHAM, W. F., GRIFFIN, J. P., SAWYERS, J. L. Patterns of injury in the battered child syndrome. *J. Trauma*, v.13, n.4, p.332-9, 1973.
- 122 PALUSCI, V. J., HICKS, R. A., VANDERVORT, F. E. "You are hereby commanded to appear": pediatrician subpoena and court appearance in child maltreatment. *Pediatrics*, v.107, n.6, p.1427-30, 2001.
- 123 PARKER, G. E. The battered child syndrome. *Med. Sci. Law*, v.5, n.3, p.160-3, Jul. 1965.
- 124 PASCHOAL, F. M., PINTO, A. C., GOZI, A., TIRONE, A. P., PAULIS, M., ANSELMO, P. C., TAMANAKA, P. H. Condiloma acuminado em crianças. *Pediatr. Mod.*, v.30, n.6, p.993-5, 1994.

- 125 PASCOLAT, G., SANTOS, C. F. L., CAMPOS, E. C. R., VALDEZ, L. C. O., BUSATO, D., MARINHO, D. H. Abuso físico: o perfil do agressor e da criança vitimizada. *J. Pediatr.*, v.77, n.1, p.35-40, 2001.
- 126 PEREIRA, G. A. S., CAVALCANTI, A. L., NETO, J. M. S., VALENÇA, A. M. G. Indicadores para o reconhecimento de abuso infantil orientação aos profissionais de saúde. *Rev. CROMG*, v.7, n.1, p.43-6, 2001.
- 127 PEREZ, C. L., MELERO, G. N., MOYA, H. S. Síndrome del niño golpeado. aspectos traumatológicos. *Rev. Chilena de Pediatría*, v.46, n.4, p.363-5, 1975.
- 128 PERSAUD, D. I., SQUIRES, J. Abuse detection in the dental environment. *Quintessence Int.*, v.29, n.7, p.459-68, 1998.
- 129 PHEBO, L. B. Maus-tratos: prevenção é a solução. *J. ABRAPIA*, v.2, n.6, p.6, 1992.
- 130 PINKHAM, J. R. *Odontopediatria da infância à adolescência*. 2.ed. Artes Médicas: São Paulo, 1996. cap. 1, p.9-11.
- 131 PIRES, J. M. A., MOLLE, L. D. Síndrome de Münchausen por procuração: relato de dois casos. *J. Pediatr.*, v.75, n.4, p.281-6, 1999.
- 132 ROSENBERG, D. A. Web of deceit: a literature review of Münchausen syndrome by proxy. *Child Abuse Negl.*, v.11, n.4, p.547-63, 1987.
- 133 RUPP, R. P. The dentist's role in reporting suspected child abuse and neglect. *Gen. Dent.*, v.48, n.3, p.340-2, 2000.
- 134 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*. Chicago: Quintessence, 1984. p.37-41.
- 135 SARMAZ, L. Inocência roubada. *Super Interessante*, São Paulo, n.176, p.38-46, maio, 2002.

- 136 SAXE, M. D., McCOURT, J. W. Child abuse: a survey of ASDC members and a diagnostic-data-assessment for dentists. *J. Dent. Child.*, v.58, n.5, p.361-6, 1991.
- 137 SCHMITT, B. D. Types of child abuse and neglect: an overview for dentists. *Pediatr. Dent.*, v.8, n.1 spec. iss., p.67-71, 1986.
- 138 SCHMITT, B. D. Physical abuse: specifics of clinical diagnosis. *Pediatr. Dent.*, v.8, n.1 sp. iss., p.83-7, 1986.
- 139 SCHWARTZ, S., WOOLRIDGE, E., STEGE, D. Oral manifestations and legal aspects of child abuse. *J. Am. Dent. Assoc.*, v.95, n.3, p.586-91, 1977.
- 140 SEABRA, A. S., NASCIMENTO, H. M. Abuso sexual na infância. *Arq. Bras. Pediatr.*, v.4, n.3, p.72-82, 1997.
- 141 SENN, D. R.; MCDOWELL, J. D.; ALDER, M. E. Dentistry's role in the recognition and reporting of domestic violence, abuse, and neglect. *Dent. Clin. North. Am.*, v.45, n.2, p.343-63, 2001.
- 142 SFIKAS, P. M. Reporting abuse and neglect. *J. Am. Dent. Assoc.*, v.130, n.12, p.1797-9, 1999.
- 143 SIBBALD, P., FRIEDMAN, C. S. Child abuse: implications for the dental health professional. *J. Can. Dent. Assoc.*, v.59, n.11, p.909-12, 1993.
- 144 SICOLI, R. A., LOSEK, J. D., HUDLETT, J. M., SMITH, D. Indications for Neisseria gonorrhoeae cultures in children with suspected sexual abuse. *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.* v.149, n.1, p.86-9, Jan. 1995.
- 145 SIERRA, L., MONTESINOS, J., PUIG, M., VILLA-ELÍZAGA, I. Síndrome del niño maltratado. *Rev. Med. Univ. Navarra*, v.23, n.3, p.27-33, 1979.
- 146 SILVA, C. G. Síndrome da criança espancada. In: Marcondes, E., *Pediatria básica*, 8. ed. São Paulo: Sarvier, 1991. v.1,

- p.829-31.
- 147 SILVA, M. A. S. Violência contra crianças – quebrando o pacto de silêncio. *Pediat. Mod.*, v.34, n.11, p.794-7, 1998.
- 148 SILVERMAN, F. N. The Roentgen manifestations of unrecognized skeletal trauma in infants. *Am. J. Roentg.*, v.69, n.3, p.413-27, 1953.
- 149 SJÖBERG, R. L. Long-trem neuroendocrine effects of childhood maltreatment. *J. Am. Med. Assoc.*, v.284, n.18, p.2321-2, 2000.
- 150 SMITH, C. The battered child. *N. Eng. J. Med.*, v.299, p.322, 1973.
- 151 SOBEL, R. S. Child abuse: case report. *Pediatr. Dent.*, v.8, n.1 sp. iss., p.93-96, 1986.
- 152 TEIXEIRA, W. R. G., MORI, S. S., MORRONE JÚNIOR, Z., QUEIROZ, S. M., TEIXEIRA, C. M. P. Síndrome do bebê espancado. *Rev. Paul. Med.*, v.102, n.6, p.237-43, 1984.
- 153 TEN BENSEL, R.W., KING, K. J. Neglect and abuse of children: historical aspects, identification, and management. *J. Dent. Child.*, v.42, n.5, p.348-58, 1975.
- 154 TEUSCHER, G. W. It is our problem too. *J. Dent. Child.*, v.46, n.3, p.184, 1979.
- 155 TOTH, S. L., CICCHETTI, D., MACFIE, J., EMDE, R. N. Representations of self and other in the narratives of neglected, physically abused, and sexually abused preschoolers. *Dev. Psychopathol.*, v.9, n.4, p.781-96, 1997.
- 156 TRAJBER, Z., MURAHOVSKI, J., CANDIO, S., CURY, R., GOMIDE, C., KLEIN, E., TOFOLO, V. Síndrome de Münchausen por procuração: o caso da menina que sangrava pelo ouvido. *J. Pediatr.*, v.72, n.1, p.35-9, 1996.
- 157 TSANG, A., SWEET, D. Detecting child abuse and neglect :

- are dentists doing enough? *J. Can. Dent. Assoc.*, v.65, n.7, p.387-91, July/Aug., 1999.
- 158 UCHÔA, M. Violência doméstica atinge 750 menores por hora. *O Estado de São Paulo*, São Paulo, 20 de fev. 1994, p.A28.
- 159 UCHÔA, M. Pais espancam filhos em nome da educação. *O Estado de São Paulo*, São Paulo, 21 de fev. 1994, p.A10.
- 160 VALENÇA, A. M. G., ABREU, F. V. Prevalence and characteristics of child and adolescent abuse. *J. Dent. Res.*, v.78, n.5, p.993, 1999.
- 161 VIEIRA, A. R. Abuso infantil. *J. Bras. Odontoped. Odontol. Bebe*, v.11, n.2, p.57-61, 1998.
- 162 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. *Pediatr. Atual.*, v. 11, n. 1/2, p. 21-32, 1998.
- 163 VON BURG, M. M. V., HAZELRIGG, C. O., SHOEMAKER, J. A., HIBBARD, R. A. A statewide survey of dentists' knowledge of abuse. *J. Dent. Child.*, v.60, n.4-5, p.321-4, 1993.
- 164 VON BURG, M. M. V., HAZELRIGG, C. O. Awareness of child abuse: a dental responsibility. *J. Ind. Dent. Assoc.*, v.72, n.2, p.10-3, 1994.
- 165 VON BURG, M. M. V., HIBBARD, R. A. Child abuse education: do not overlook dental professionals. *J. Dent. Child.*, v.62, n.1, p.57-63, 1995.
- 166 WAGNER, G. N. Bitemark identification in child abuse cases. *Pediatr. Dent.*, v.8, n.1 spec. iss., p.96-100, 1986.
- 167 WALDMAN, H. B. Your next pediatric dental patient may have been physically or sexually abused. *J. Dent. Child.*, v.60, n.4-5, p.325-9, 1993.

- 168 WALDMAN, H. B. Child abusers, the abused, and the murdered: in our nation and your state. *J. Dent. Child.*, v.64, n.3, p.169-75, 1997.
- 169 WALDMAN, H. B., SWERDLOFF, M., PERLMAN, S. P. A "dirty secret": the abuse of children with disabilities. *J. Dent. Child.*, v.66, n.3, p.197-202, 1999.
- 170 WECHT, C. H., LARKIN, G. M. The battered child syndrome: a forensic pathologist's viewpoint. In: WECHT, C. H. *Legal medicine*. Philadelphia: Saunders, 1980. p.31-55.
- 171 WEINTRAUB, D, M. Missing children. *Pediatr. Dent.*, v.8, n.1 sp. iss., p.106-9, 1986.
- 172 WELBURY, R. B. Child physical abuse. In: ANDREASEN, J. O., ANDREASEN, F. M. *Text book and color atlas of traumatic injuries to the teeth*. 3. ed. St. Luis: Mosby, 1994. cap.4, p.181-93.
- 173 WELBURY, R. B., MURPHY, J. M. The dental practitioner's role in protecting children from abuse. 2. The orofacial signs of abuse. *Br. Dent. J.*, v.184, n.2, p.61-5, 1998.
- 174 WESCHE, J. C. Dentists and mandated reporting of child abuse and neglect. *N. Y. State Dent. J.*, v.65, n.2, p. 40-5, 1999.
- 175 WHITE, S. T., LODA, F. A., INGRAM, D. L., PEARSON, A. Sexually transmitted diseases in sexually abused children. *Pediatrics*, v.72, n.1, p.16-21, 1983.
- 176 WOLFE, D.A., SCOTT, K., WEKERLE, C., PITTMAN, A. L. Child maltreatment: risk of adjustment problems and dating violence in adolescence. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, v.40, n.3, p.282-9. 2001.
- 177 WOOLLEY JUNIOR, P. V., EVANS JUNIOR, W. A. Significance of skeletal lesions in infants resembling those of traumatic origin. *J. Am. Med. Assoc.*, v.158, n.6, p.539-

- 43, 1955.
- 178 WRIGHT, J. T., THORNTON, J. B. Osteogenesis imperfecta with dentinogenesis imperfecta: a mistaken case of child abuse. *Pediatr. Dent.*, v.5, n.3, p.207-9, 1983.
- 179 ZAPPA, A. A., JUKEMURA, R., FISBERG, M., MEDEIROS, E. H. G. R. Estatísticas e epidemiologia da violência estatuto da criança e do adolescente. *Pediatr. Mod.*, v.36, n.11, p.736-42, 2000.
- 180 ZAVRAS, A. L., PAI, L. H. Child abuse: attitudes and perceptions of health profession students : a pilot study. *J. Clin. Pediatr. Dent.*, v.21, n.1, p.23-7, 1997.

RESUMO

RESUMO

SOUZA, E. A. *Avaliação do conhecimento e conduta de Médicos e Cirurgiões-Dentistas sobre Maus-tratos e Violência contra a criança*. Araçatuba, 2002. 235p. Dissertação (Mestrado em Odontopediatria) – Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista.

A Violência contra a criança vem se alastrando por todo o mundo, não respeitando raça, idade, classe social, gênero ou cor. Oculta pelo baixo nível da sociedade em conhecimento sobre o tema, pela falta de denúncias, estatísticas e o silêncio da população, a violência que se manifesta pelos maus-tratos passando pela negligência e o abuso sexual, podendo levar à morte, atinge um patamar de descaso pelos profissionais da área de saúde que este estudo ressalta. Ao avaliar o conhecimento de médicos e cirurgiões-dentistas, através de questionários, sobre maus-tratos o autor conclui que estes apresentam conhecimentos a respeito do tema, reconhecem os sinais e sintomas característicos da criança maltratada e do perpetrador assim como os órgãos de proteção à criança, porém não sabem como documentar as evidências e quando suspeitam do fato não denunciam, simplesmente se omitem. Salienta ainda que os cursos de graduação não estão dando o devido valor ao assunto.

Palavras chave: Maus-tratos infantis, Violência doméstica, Condutas na prática dos dentistas, condutas na prática dos médicos.

ABSTRACT

ABSTRACT

SOUZA, E. A. *Study of physicians and dentists' knowledge and procedures about violence and mistreatment against children* – Araçatuba 2002 – 235p. Dissertation (Odontopediatric Master Thesis)- Dental School of Araçatuba - Paulista State University - UNESP.

The violence against children is spreading all over the world, regardless of race, age, social class, gender or color. Hidden by society's low level of knowledge, by the lack of denounces, statistics and the silence of the population, the violence that is shown by mistreatment passing by neglect and sexual abuse, that might kill, reaches a level of no concern by the health area professionals that is highlighted by this study. On evaluating the knowledge of physicians' and dentists', by questionnaires, about mistreatment the author concludes that these people show knowledge about the theme, recognize the characteristics signals and symptoms of the abused child and of the person who caused it, such as the child protection organizations, however they don't know how to document the evidences and when they have a suspect of the fact, they don't make denounces, they just don't care. The author also emphasizes that the under-graduate courses are not covering the subject.

Key words: child mistreatment, domestic violence, dentists' practice, physicians practice.