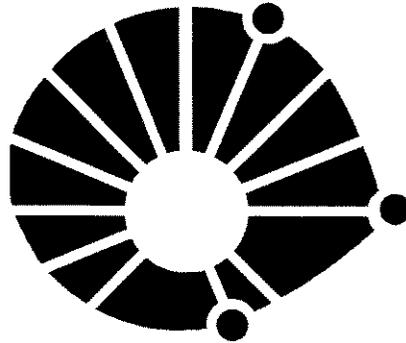


FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA



**UNICAMP**

Luís Antônio de Filippi Chaim

**A Responsabilidade Ética e Legal do  
Cirurgião-Dentista em Relação à Criança Maltratada.**

Tese apresentada à Faculdade de  
Odontologia de Piracicaba da  
Universidade Estadual de Campinas  
para obtenção do título de Doutor em  
Odontologia Legal e Deontologia.

PIRACICABA

- 2001 -

UNICAMP

**UNICAMP**  
BIBLIOTECA CENTRAL  
SEÇÃO CIRCULANTE

**FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA  
- UNICAMP-**

Luís Antônio de Filippi Chaim

**A Responsabilidade Ética e Legal do Cirurgião-Dentista  
em relação à Criança Maltratada.**

Tese apresentada à Faculdade de Odontologia de Piracicaba da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do título de Doutor em Odontologia Legal e Deontologia.

**Orientador: Prof. Dr. Roberto José Gonçalves**

**Banca Examinadora:**

Prof. Dr. Roberto José Gonçalves  
Prof. Dr. Eduardo Daruge  
Prof. Dr. Miguel Morano Júnior  
Prof. Dr. Luiz Francesquini Júnior  
Prof. Dr. Max Reichhardt

**Suplentes:**

Prof. Dr. Eduardo Daruge Júnior  
Profa. Dra. Cláudia Maria de Almeida Sampaio

Este exemplar foi devidamente corrigido,  
de acordo com a Resolução CCPG-036/83

CPG, 08/02/2002

Assinatura do Orientador

**PIRACICABA  
- 2001 -**

UNIDADE	RP
Nº CHAMADA	UNICAMP
	C 348r
V	FR
TOMES	48241
PBC	16.837/02
PRE	29.11.00
DATA	16/04/02
Nº CPD	

CM00166259-5

BIB ID 236329

### Ficha Catalográfica

C348r	<p>Chaim, Luís Antônio de Filippi.</p> <p>A responsabilidade ética e legal do cirurgião-dentista em relação à criança maltratada. / Luís Antônio de Filippi Chaim. – Piracicaba, SP : [s.n.], 2001.</p> <p>xx, 125p. : il.</p> <p>Orientador : Prof. Dr. Roberto José Gonçalves.</p> <p>Tese (Doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba.</p> <p>1. Odontologia legal. 2. Deontologia. 3. Crime contra a criança. 4. Prevenção. 5. Violência (Direito). I. Gonçalves, Roberto José. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Odontologia de Piracicaba. III. Título.</p>
-------	---

Ficha catalográfica elaborada pela Bibliotecária Marilene Girello CRB/8-6159, da Biblioteca da Faculdade de Odontologia de Piracicaba - UNICAMP.



FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA  
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS



A Comissão Julgadora dos trabalhos de Defesa de Tese de DOUTORADO, em sessão pública realizada em 21 de Novembro de 2001, considerou o candidato LUÍS ANTONIO DE FILIPPI CHAIM aprovado.

1. Prof. Dr. ROBERTO JOSÉ GONÇALVES \_\_\_\_\_

2. Prof. Dr. LUIZ FRANCESQUINI JÚNIOR \_\_\_\_\_

3. Prof. Dr. MAX REICHHARDT \_\_\_\_\_

4. Prof. Dr. EDUARDO DARUGE \_\_\_\_\_

5. Prof. Dr. MIGUEL MORANO JUNIOR \_\_\_\_\_

7651200

*“frente a esta realidade assustadora que através de todo o tempo humano deve ter parecido uma utopia, nós, inventores de fábulas que acreditamos em tudo, nos sentimos com o direito de crer que ainda não é demasiado tarde para empreender a criação da utopia da vida, onde ninguém possa decidir pelos outros até mesmo a forma de morrer, onde o amor seja de verdade seguro e a felicidade possível e onde as estirpes condenadas a cem anos de solidão tenham enfim e para sempre uma segunda oportunidade sobre a terra.”*

Gabriel Garcia Márquez.

**Dedico este trabalho à minha querida esposa Marcia e minhas amadas filhas, Carolina e Mariana, que com ternura, atenção e carinho, conduzem nossas vidas; toda minha gratidão, emoção e amor.**

**Aos meus devotados pais Walter e Maria Nilza, meu carinho, amor e respeito.**

## **Agradeço especialmente**

O **Prof. Dr. Roberto José Gonçalves**, homem de virtudes inigualáveis, pela orientação segura e adequada, pelo apoio nos difíceis momentos da jornada e pela gentileza e amizade demonstrada.

O **Prof. Dr. Eduardo Daruge**, exemplo a ser seguido, pela confiança, atenção, apoio, amizade e carinho sempre expresso e concretizado.

O **Prof. Dr. Miguel Morano Júnior**, pela sua presença, carinho e disponibilidade

O **Prof. Dr. Luiz Francesquini Júnior**, pela sua disponibilidade, atenção e inestimável colaboração em todos os momentos e em particular neste trabalho.

O **Prof. Dr. Max Reichhardt**, companheiro de lutas e ideais, amigo sempre amigo, pelo seu carinho e atenção constantes.

O **Prof. Dr. Eduardo Daruge Júnior**, exemplo que continua, pela sua amizade, atenção e carinho.

A **Profa. Dra. Cláudia Maria de Almeida Sampaio**, pela sua disponibilidade e atenção.

O **Prof. Marcelo Chiarelli**, amigo de todos os momentos, pela sua inestimável colaboração, presença carinhosa e solicitude plena.

O **Prof. Dr. Mario Roberto Vizioli**, dedicado professor, pela sua imensa colaboração, atenção e solidariedade.

Os Professores e amigos **Luciano Luiz Milanello, Marcos Rogério Rosa Pina, Luciane Miranda Guerra, Juliana Maria P. Leme Giordano**, pela amizade, atenção e auxílio prestado.

A **Faculdade de Odontologia de Piracicaba da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP**, pela possibilidade ofertada de continuar os estudos e aumentar os conhecimentos científicos.

O Diretor da FOP/UNICAMP, **Prof. Dr. Antonio Wilson Sallum**.

O Vice-Diretor da FOP/UNICAMP, **Prof. Dr. Frab Norberto Boscolo**.

A Coordenadora dos Cursos de Pós Graduação em Odontologia da FOP/UNICAMP, **Profa. Dra. Altair Antoninha Del Bel Cury**.

Todos os **Professores do Departamento de Odontologia Social** da FOP/UNICAMP, pela dedicação e atenção.

Todos os **Professores do Curso de Pós-Graduação em Odontologia Legal e Deontologia** da FOP/UNICAMP, que contribuíram diretamente para nossa formação científica.

As Sras. **Célia Regina Manesco e Dinoly Albuquerque Lima**, pelo carinho e inestimável ajuda.

Todos os **funcionários** da FOP/UNICAMP, sem exceção.

Os **amigos e colegas diletos formados durante os Curso de Pós-Graduação em Odontologia Legal e Deontologia** da FOP/UNICAMP.

O **Centro Universitário Hermínio Ometto, Faculdade de Odontologia de Araras – UNIARARAS**, berço de nossas atividades docentes, pelo apoio e incentivo dispensados.

Todos os **professores e amigos** do Centro Universitário Hermínio Ometto, Faculdade de Odontologia de Araras, UNIARARAS, pela nossa convivência constante, solidariedade e carinho recebido.

Todos os **profissionais de Odontologia** que anonimamente participaram deste estudo, pela sua fundamental colaboração.

E todos aqueles que citados ou não nominalmente, participam ativamente de nossa jornada nesta vida, os mais sinceros agradecimentos.

***“Não somos seres humanos vivendo uma experiência espiritual, somos seres espirituais vivenciando uma experiência humana”.***

**Autor desconhecido.**

## SUMÁRIO

RESUMO	1
ABSTRACT	3
1. INTRODUÇÃO	5
2. REVISÃO DE LITERATURA	13
3. PROPOSIÇÃO	47
4. MATERIAL E MÉTODOS	49
5. RESULTADOS	51
6. DISCUSSÃO	71
7. CONCLUSÕES	95
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	97
ANEXOS	111

## RESUMO

Vivemos em uma sociedade onde, a cada dia, a violência se expressa de forma inequívoca e às vezes de maneira cruel e covarde. Uma de suas expressões mais agressivas se caracteriza pelo abuso contra o ser indefeso. Crianças têm sido vítimas de maus tratos em toda a história da humanidade. Diversos autores têm afirmado a importância do cirurgião-dentista na suspeição ou confirmação de casos de abuso infantil, já que uma grande parte dos traumas físicos cometidos contra crianças ou adolescentes (cerca de 2/3 das lesões sofridas), encontram-se nas regiões da cabeça, face, boca e pescoço, e, ainda, pelo seu compromisso ético de *“zelar pela saúde e dignidade do paciente”*, havendo também, a obrigatoriedade de relatar os casos de maus tratos detectados, pelos *“responsáveis por estabelecimentos de atenção à saúde”*, no caso, os cirurgiões-dentistas, aos órgãos competentes. O presente estudo teve por objetivo avaliar, como os cirurgiões-dentistas brasileiros têm lidado com as situações de maus tratos na infância ou adolescência. Foram distribuídos 470 questionários aos cirurgiões-dentistas em atividade em 5 municípios (Espírito Santo do Pinhal, Mogi-Guaçu, Araras, Amparo e Leme) do interior do Estado de São Paulo (Brasil), sendo avaliados 127, ao final do estudo. Os resultados mostraram, que a maioria dos cirurgiões-dentistas, atualmente parecem não apresentar condições adequadas para perceber ou diagnosticar casos de maus

tratos em crianças ou adolescentes; do ponto de vista legal, o cirurgião-dentista carece de maiores informações sobre qual a conduta a ser tomada nos casos de suspeita ou confirmação de maus tratos infantis, desconhecendo, inclusive, as penalidades que lhe são cabíveis, no caso de não reportar o fato ao Conselho Tutelar ou, na sua ausência, ao Juizado da Infância e da Juventude; quando oferecida orientação sobre maus tratos, em cursos de graduação ou pós-graduação em Odontologia, a mesma não tem sido suficiente em quantidade e qualidade, para que o mesmo, possa utilizá-la como método rotineiro de diagnóstico, havendo, portanto, uma inadequada formação profissional neste sentido; há necessidade que os Conselhos Federal e Regionais de Odontologia, as Associações de Classe Odontológicas e as Faculdades de Odontologia, sejam estimuladas a discutir, mais profundamente, o assunto, criando, a partir disso, um artigo específico sobre o tema, nos códigos que regulamentam o exercício profissional e verificando-se também a necessidade que as Faculdades de Odontologia sejam estimuladas a incluir, nos seus programas educacionais, cursos regulares sobre a responsabilidade ética e legal do cirurgião-dentista em relação à criança maltratada.

## ABSTRACT

We live in a society where every day, the violence was explicit and sometimes, of coward and cruel way. One of the most aggressive form, was characterized by abuse against defenseless. Childrens have being abused victims in all human history. Many authors have been affirmed the importance of the dentist in a suspicion or confirmation about child abuse cases. A great part of the physical lesions in abused child (about 2/3 lesions), are find in the head, face, mouth and neck, and, still ethical compromise to *"take care of health and patient's dignity"*, there's too, a compulsion to relate the abuse child meets for *"responsible persons to health care institutions"*, in this case, the dentists, to department in charge to accept the denunciation. The present study had for objective to evaluate, how the brasilian dentists have to work in child abuse situations. Was distributed 470 questionnaires in 5 cities from São Paulo State (Brazil), had been evaluated 127, in final study. The results showed that the most dentists in actually haven't adequate conditions to detect ou to diagnose child abuse cases; in the legal point of view, the dentist want more informations about your conduct in child abuse; ignoring also about your legal punishment when the abuse child wasn't related to departament in charge to accept the denunciation (Tutelar Council or Infancy and Adolescence Judgeship); the orientation about child abuse wasn't offered in quality or quantity in graduate or pos-graduate courses of Dentistry, this way is necessary

that the Federal and Regional Councils in Dentistry, the Dental Associations and Dental Schools, must to stimulate the debate of the theme, creating by this, a specific article in the codes, that control the professional exercise and, finally, is necessary that Dental Schools, must to stimulate the include in yours educacional programs, regular courses, of ethical and legal responsibility to dentist, in relation to abuse child.

## 1. INTRODUÇÃO

Quando o grupo brasileiro de rock “Legião Urbana”, em sua canção, “baader-meinhof blues”, nos diz que: “*A violência é tão fascinante...*”, devemos considerar a intenção do autor em descrever um sentimento próximo da realidade.

Ao analisarmos a conduta das pessoas no mundo moderno, sem querer aqui estabelecer parâmetros sociológicos ou antropológicos para o momento atual, sabemos que a violência tem feito parte de nosso cotidiano, principalmente através das múltiplas formas de comunicação. Temos esbarrado com a violência, nos noticiários de televisão ou rádio, em jornais ou revistas, mas fundamentalmente, na convivência com as pessoas. Em muitas circunstâncias, ela se apresenta de forma explícita; em outras, de modo subliminar; nublando nossas vistas para enxergá-la ou mesmo até compreendê-la.

A violência passa pela nossa vida diariamente e mesmo não nos impondo sofrimento direto, mas, indiretamente, pode afetar as pessoas que conosco vivem em nossos lares, nas escolas e mesmo no trabalho. A violência não escolhe dia, horário, classe social, raça, credo ou idade; todos nós podemos nos envolver com ela, quer sofrendo suas conseqüências, quer gerando-as. Assim, muitas pessoas que não se encontram em condições de se proteger ou tomar atitudes para controlá-la, como as crianças, ficam à sua mercê, sem qualquer possibilidade de defesa.

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

É no ambiente familiar, que muitas vezes, a violência tem se manifestado. Dentre as múltiplas causas da violência, a pobreza é apontada como uma delas. Segundo DIMENSTEIN (1994), a pobreza é uma *"infecção que desintegra a família"*.

O fenômeno da violência torna-se complicado em função da multiplicidade de fatores que o envolve e, embora a pobreza não seja a única fonte estimuladora, é, sem dúvida, uma delas. DAMATTA (1987) e PINHEIRO (1996), acrescentam o meio ambiente, a casa, o bairro, a rua e até mesmo a cidade onde se mora, como mecanismos geradores de violência, associados a fatores econômicos e sociais, como o desemprego, problemas de moradia, políticas públicas inadequadas, narcotráfico, má distribuição de renda, frustrações, entre outros.

Dentre as múltiplas situações apontadas como geradoras de violência contra crianças, o alcoolismo também tem se destacado, associado ou não a problemas de desajustes sociais ou estresse, exacerbando os efeitos dos abusos. (HARTER & TAYLOR, 2000).

A violência se apresenta em nossos dias, como conseqüência da abertura política e de informação ocorrida após os anos de ditadura militar em nosso país quando, segundo OLIVEN (1982), esta questão foi elevada à *"problema nacional"*, como forma de mascarar as frustrações de uma classe média

brasileira que estava perdendo, parcialmente, o “*status*” adquirido durante os chamados “*anos do milagre econômico*”. Neste momento, a figura do pobre passou a ser associada à violência utilizada como bode expiatório e sua vinculação gerou uma ligação inevitável com a pobreza.

Devido à complexidade dos fatores desencadeantes da violência, avaliá-los, isoladamente do contexto social global, seria um grave erro, porém, o abuso de autoridade, na forma mais básica de autoritarismo, merece destaque, especialmente quando o mesmo é praticado no ambiente familiar. O homem figura como agente transgressor principal, impondo sua autoridade de modo às vezes veemente e, em outras circunstâncias, indivíduos que não são os responsáveis pelas crianças acabam por estabelecer uma relação de autoritarismo sobre as mesmas, invadindo o recinto do lar, contaminando-o com as toxinas da violência.

As manifestações do poder configuram, então, uma forma de manipulação extremamente danosa, nas relações entre as crianças e adolescentes com os adultos, chegando em alguns casos, quando a autoridade não consegue prevalecer através da atitude mandatária, ao uso e abuso da força como meio de coerção, sendo fator gerador de danos físicos e ou psíquicos às crianças e adolescentes. (DAMATTA, 1993).

Aparentemente, a sociedade, quando o assunto é violência contra crianças, não tem se empenhado tanto em sua discussão; embora notícias e instituições tenham sido criadas para fazê-lo, a verdade é que de maneira muito primária, e algumas vezes de modo sensacionalista, mas pouco profundo, este

problema social tem sido divulgado. Considerando-se que o mesmo gera constrangimentos os mais variados, entre os quais, segundo GUERRA (1985), “o estudo das relações violentas entre pais e filhos, desvela uma face que a família tem interesse que permaneça oculta, preservando sua imagem de santuário...”, podemos perceber que um assunto tão importante, porém delicado, toma formas descabidas e dificuldades imensas são interpostas, para a obtenção de dados referentes à realidade, tanto brasileira, quanto em qualquer sociedade civilizada, em função do enorme pudor existente nos indivíduos quando o assunto aflora ao debate.

Assim, não devemos nos assustar, se num debate sobre violência contra crianças, ficar subentendido a pergunta: O que tenho com isso?

A violência contra crianças parece estar muito distante de nossos lares ou ambientes de trabalho e, assim considerando, pensamos não ter responsabilidade quanto aos fatos acontecidos, próximos ou até mesmo sob nossas vistas.

A violência contra crianças ou adolescentes, só é da conta de quem a pratica. Será esta uma realidade ou um meio de nos esquivarmos da triste realidade do cotidiano brasileiro?

Em 1997, VASCONCELLOS, demonstrou que a violência contra crianças no Brasil, atinge todas as camadas sociais, quer sejam ricas ou pobres, embora receba maior destaque e seja mais visível nas classes mais pobres, por apresentar um controle maior da polícia e pelo fato desta classe procurar com

maior freqüência as delegacias, a fim de relatar os casos de violência ocorridos, oferecendo à imprensa a oportunidade para ter as suas vidas expostas publicamente.

A Odontologia, como profissão de saúde, deveria se questionar sobre o que fazer e como ajudar a diminuir essa forma de violência, bem como, qual é a responsabilidade do profissional de odontologia em relação a esse tipo de violência.

Um profissional que, participando ativamente da sociedade e tendo acesso muitas vezes a crianças que podem estar sofrendo agressões físicas, deve agir de que modo?

A Odontologia, tendo como princípio a promoção da saúde, não pode se furtar a este compromisso; contudo, presos à conceitos individualistas, o de atuar como verdadeiro profissional que, de acordo com o Código de Ética Odontológica, no seu Cap. III, Art. 4º, Inciso III, deve “zelar pela saúde e dignidade do paciente”. (CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA – CFO, 1999).

Desde 1993, a FEDERATION DENTAIRE INTERNATIONALE (FDI, 1996), vem estimulando cirurgiões-dentistas do mundo todo a entender: *“Qual a função destes, ao examinar uma criança com dentes fraturados, freio labial ulcerado, olhos com hematomas, contusões e cortes diversos pelo corpo?”*.

Estimou-se que em 1992, nos Estados Unidos da América (EUA), 2.694.000 casos de crianças maltratadas, que sofreram algum tipo de abuso ou negligência, foram reportados aos serviços de proteção à infância, sendo 7300

casos relatados todos os dias. (NATIONAL CENTER ON CHILD ABUSE PREVENTION RESEARCH - NCCAPR, 1992; LARKIN, 1992).

McCLAIN et al. (1993), indicaram que entre 1000 a 2000 crianças morrem em decorrência de maus tratos físicos a cada ano nos EUA, sendo 80% delas com idade inferior a cinco anos e 40% no primeiro ano de vida.

Em 1995, o número de casos relatados nos EUA, passou para 3.100.000, sendo que 65% das injúrias resultantes dos maus tratos envolviam a cabeça, face e boca, onde o cirurgião-dentista aparecia numa excelente posição como observador e diagnosticador de sinais de abuso ou negligência. (SFIKAS, 1996; COLLINS & NICHOLS, 1999).

Uma estimativa feita pelo NATIONAL CENTER ON CHILD ABUSE AND NEGLECT (NCCAN) em 1998, nos EUA, indicou que 1.400.000 crianças norte-americanas, ou 2 a 3% da população com idade inferior a 18 anos, sofreram algum tipo de maltrato a cada ano. Cerca de 160.000 destas crianças sofreram lesões sérias ou permanentes.

SCHIMITT (1986), avaliando 652.000 casos relatados oficialmente nos EUA, em 1980, demonstrou que os de maior incidência são: o maltrato físico (31,8%), a negligência com a educação (27,8%) e o abuso psíquico (26,3%), sendo estes e todos os outros encontrados lesivos ao desenvolvimento físico e emocional da criança.

Em 1973, HELFER relatou que entre 30% a 60% dos pais que praticam algum tipo de maltrato infantil, também foram crianças que sofreram abusos.

EKWO et al. (1995) destacaram que crianças que foram geradas por mães que usaram drogas durante o processo gestacional apresentavam um risco muito maior de sofrerem abusos, quando comparadas à crianças da população em geral.

Num estudo longitudinal, com a duração de 20 meses, de PAÚL & DOMENECH (2000), mostraram que mães adolescentes, que já haviam sofrido qualquer tipo de abuso durante a infância, eram potencialmente mais capazes de praticar abusos contra seus filhos, que mães adultas, constituindo assim um grupo de alto risco para a produção de maus tratos contra crianças.

Num estudo realizado no Hospital Municipal Souza Aguiar, no Rio de Janeiro, entre 1989 e 1995, e avaliados por VIEIRA et al. (1998), foram relatados 188 casos de abuso infantil; destes, 6,9% resultaram em óbito da criança maltratada.

GLASER (2000), observou que em crianças que sofreram de maus tratos ou negligência, podem apresentar uma redução no volume do cérebro e algumas respostas bioquímicas, funcionais, alterações hipotalâmicas, parasimpáticas ou estruturais do cérebro, podem ocorrer em consequência do estresse presente nestas crianças; afirmou ainda, que é importante intervir num ambiente onde pressões emocionais freqüentes estão manifestas, pois as mesmas podem causar danos neurobiológicos permanentes em crianças maltratadas, devido principalmente à sua vulnerabilidade emocional.

Desde 1994, a AMERICAN DENTAL ASSOCIATION - ADA (1999a) vem encorajando Faculdades de Odontologia e Associações de Classe dos EUA a desenvolver programas educacionais voltados para o treinamento de dentistas na detecção de sinais de abuso infantil e a reportá-los às entidades governamentais apropriadas. Tem estimulado, também, todos os cirurgiões-dentistas dos EUA, sobre a necessidade de relatarem suspeitas de abuso infantil.

MOUDEN & BROSS (1995), demonstraram que o cirurgião-dentista pode ajudar a proteger a criança de maus tratos, diagnosticando e relatando às autoridades competentes e serviços de proteção à infância, os casos suspeitos de abuso infantil.

JESSEE (1995b), afirmou que metade das crianças que sofrem de abuso sexual, apresentam algum tipo de lesão orofacial; deste modo, os cirurgiões-dentistas, deveriam dedicar uma atenção especial à crianças com suspeitas de abuso ou maus tratos.

Deste modo, ao avaliarmos essas considerações, cabe-nos questionar sobre as responsabilidades éticas e legais do cirurgião-dentista brasileiro, em relação à criança maltratada, sua percepção da situação e mecanismos de atuação e conduta.

## 2. REVISÃO DA LITERATURA

A violência contra crianças, de acordo com GUERRA (1985), já foi demonstrada em alguns textos bíblicos, como na perseguição e matança de crianças após o nascimento de Moisés, ou em Belém, ordenado por Heródes, na procura por um *novo rei*, que viria destroná-lo.

Violência – *violentia*, segundo ZACHARIAS (1991), derivado do latim que tem como significado o ato de força, arrebatamento, sanha e ferocidade, pode ocorrer em todas as camadas sociais e se apresenta com uma multiplicidade de aspectos que seria impossível classificá-la como sendo identificada somente por uma determinada classe ou grupamento social.

A violência entendida como um fenômeno em constante transformação, e, que não pode ser determinada a partir de simples conjecturas, apresentando-se de forma contraditória e indefinida em sua essência, conhecida desde a antigüidade, sempre esteve presente no cotidiano da humanidade.

Embora abominável, tem o homem convivido com esta agressão, as vezes marcada pela força bruta desde tempos imemoráveis.

Em 1955, WOOLLEY Jr. & EVANS Jr., fizeram a sugestão de que os pais seriam os principais causadores destas agressões; infelizmente, esta consideração tornou-se realidade, confirmada por vários autores, sendo que os

espancamentos sofridos pelas crianças podem ser executados por apenas um dos pais ou por ambos, ou ainda por padrastos ou madrastas.

Uma das primeiras menções acerca de maus tratos infantis apareceu na literatura norte americana, por volta de 1874, com o chamado caso “Mary Ellen”. Uma menina havia sofrido espancamento e foi subjugada pela fome por parte de seus pais adotivos. Um membro de uma Igreja, que fazia visitas regulares aos lares de muitas famílias, encontrando-a num estado lastimável, propôs a sua remoção daquele lar; contudo, o serviço social daquela época disse que não poderia fazer nada para a sua remoção. Assim, os membros daquela Igreja procuraram mudanças nas leis para a proteção das crianças que se encontravam naquela situação. Imediatamente, os esforços para ajudar “Mary Ellen” geraram a criação, em Nova Iorque, de uma Sociedade para a Prevenção de Crueldades contra Crianças. (ten BENSEL & KING, 1975).

De acordo com GUERRA (1985), a primeira abordagem sobre uma criança seviciada e estudos na área da violência entre pais e filhos foi do professor *Tardieu*, na França, em 1879, que também foi um dos primeiros a definir o conceito de criança maltratada. Neste trabalho, o professor descreveu as lesões sofridas pelas crianças, desde fraturas diversas, queimaduras, hematomas, equimoses entre outras.

A atitude da sociedade, em relação à proteção da criança tem se modificado drasticamente através dos séculos.

MORRIS (1991), citou que os antigos gregos, persas e egípcios consideravam todas as crianças responsabilidade do Estado. Muito tempo mais tarde, os romanos também determinaram a mesma coisa através de lei; o poder da vida e da morte da criança, era dado ao pai. Entre estes dois extremos, muito tempo depois, na Inglaterra, uma lei estabeleceu um equilíbrio, dizendo que: “o poder paternal deverá se consistir de amabilidade e nunca de crueldade”.

DIMENSTEIN (1994), citou que 30% das mortes de crianças e adolescentes ocorridas em São Paulo em 1991, foram provocadas por pessoas da família e em 75% dos casos de abuso sexual, o culpado é um parente, geralmente o pai ou o padrasto. Podem ser encontrados abusos contra crianças em qualquer sociedade, seja ela do primeiro mundo ou não, sendo que em todas, este parece ser um segredo guardado “a sete chaves”.

Nos casos de maus tratos, considerando as quatro situações: negligência, violência física, emocional e ainda abuso sexual, crianças e adolescentes podem ser vitimadas. (MOUDEN & BROSS, 1995).

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

RODRIGUES (1996), num estudo no Distrito Federal, analisando violência contra crianças, observou que entre os denunciante, das 309 denúncias

feitas, somente 8 (2,6%) foram realizadas por órgãos de saúde. Cerca de 70% das denúncias foram feitas por vizinhos das vítimas ou pelos familiares e citou que no Brasil, de acordo com o Centro Brasileiro de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente, de cada uma situação de violência contra criança registrada, pelo menos outras vinte ficam no anonimato. Portanto, a violência contra a criança e o adolescente é sem dúvida muito maior do que os números expressados.

A violência dentro da família, traz implícita determinadas características que ultrapassam as simples noções sociais e culturais de relacionamento, seguindo um padrão de comportamento associado à noções de proteção à infância, do castigo como um instrumento pedagógico, hierarquia familiar e de dominação do mais forte. (VASCONCELLOS, 1997).

A ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS) em 1997, estimou que uma, entre 5000 a 10000 crianças abaixo de 5 anos de idade morre a cada ano, vítima de violência física, contudo estes dados (oficiais) normalmente são muito menores e que uma entre 1000 ou mesmo até uma entre 180 crianças em muitos países, necessitam de cuidados de saúde em consequência de maus tratos a cada ano. De entrevistas realizadas com crianças e jovens da Finlândia, Coréia e EUA, observou-se que entre 5 a 10% destas crianças já haviam sofrido experiências de violência durante a infância e ainda nos EUA, 4 em cada 5 mortes, num estudo com 173 crianças menores de 3 anos de idade, poderiam ter sido prevenidas caso os médicos tivessem relatado a violência às autoridades competentes.

Na Colômbia, os maus tratos sofridos pelas crianças, dentro do próprio lar, ocorreram em função do pouco valor dado a elas, em razão dos hábitos culturais e sociais do país. Dados governamentais colombianos de 1995, determinaram que em 38,8% do lares, quase dois em cinco lares, ocorreu algum tipo de violência em crianças. (COLOMBIA, 1998a).

A história colombiana demonstrou que no país vem sendo transmitido através de gerações, casos de maus tratos infantis, sem se tenha tomado conhecimento de ações, que possam mudar o quadro de violência. Os maus tratos infantis, como qualquer tipo de violência intrafamiliar mostrou que as pessoas envolvidas em geral, sentem-se muito mal, tanto o agressor, quanto a vítima. Uma criança maltratada é uma voz de alarme sobre a família, onde ocorreram fatos de abuso. Para se acabar com os maus tratos infantis deve-se ter em conta que o país é pluricultural e que o único modo de se modificar o pensamento e gerar transformações no ambiente familiar, é através do conhecimento de sua cultura e padrões de atitude em relação às crianças. As crianças maltratadas requerem atenção, proteção e conhecimento sobre seus direitos. Quando os maus tratos são permanentes ou crônicos e não se vislumbra nenhuma modificação, deve-se recorrer na maioria dos casos, a ações judiciais e a proteção dos menores deve ser garantida. (COLOMBIA, 1998b).

VIEIRA (1998), relatou que as mães são as principais responsáveis pelos maus tratos contra crianças, estabelecendo assim uma relação entre o abuso infantil, o lar e pessoas de confiança da criança. O ambiente gerado desse

complexo conflito psicológico pode ser suficiente para causar danos psíquicos, muitas vezes duradouros, nas crianças envolvidas.

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

RUPP (1999), explicitou os diversos tipos de maus tratos: físicos, psicológicos, negligência e abuso sexual; determinando que para se caracterizar abuso sexual, devem ser considerados: o ato sexual ou a exposição indecente da criança, toques impróprios (palpação em locais inadequados), exposição inadequada de crianças em situações onde há sexo explícito, prostituição, incesto, pornografia e estupro. Para as situações de maus tratos físicos, são consideradas todas as lesões sofridas pela criança a partir do uso excessivo da força física. Quanto ao abuso psíquico ou emocional, a coerção, a depreciação em atos ou

palavras que possam influir no desenvolvimento de uma personalidade sadia pela criança. Negligência pode ser avaliada como toda falta ou falha no suprimento das necessidades básicas de uma criança, como a alimentação, o vestuário, a moradia ou abrigo, além dos cuidados médicos e odontológicos básicos.

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

BOWEN em 2000, em um estudo com famílias de crianças tidas como abusadas sexualmente, demonstrou que 54% das ocorrências foram no próprio ambiente familiar, 28% das mães acusadas de serem as agressoras foram também abusadas fisicamente na infância e outras 42% delas foram vitimadas pelo abuso sexual. A violência doméstica pode ocorrer, com maior frequência, em ambientes onde a mãe já apresentou algum tipo de experiência em sua infância com algum tipo de abuso físico.

Muitos traumas em consequência da violência podem ocorrer na região da cabeça, face e pescoço. Assim, muitos casos de abuso infantil ou mesmo suspeita poderiam ser percebidos e diagnosticados pelo cirurgião-dentista.

Quanto ao diagnóstico das lesões causadas pelos maus tratos, em 1946, CAFFEY, um radiologista e pediatra norte-americano, estudando lesões em 6 crianças, descreveu uma síndrome, que tinha como característica, fraturas múltiplas e hematomas subdurais. Porém não foi capaz de identificar a causa das lesões, que acabou sendo descoberta e descrita por SILVERMAN, em 1953.

KEMPE et al. (1962), estudando mais detalhadamente aquela condição patológica, descreveu uma síndrome a qual denominou "*Battered-Child Syndrome*" (síndrome da criança espancada) que hoje é conhecida também como "*síndrome de Caffey-Kempe*"; esta síndrome é caracterizada por "*um quadro de fraturas múltiplas, com equimoses e hematomas generalizados, lesões cerebromeningeas, paralisias, hemorragias oculares, fontanelas tensas, convulsões, deformações ósseas (dos dedos, das vértebras lombares) com freqüentes repercussões sobre o estado geral da criança e que constituem uma causa freqüente de invalidez permanente e de morte*". Os mesmos autores deixaram clara uma mensagem aos seus colegas de medicina, determinando que a síndrome da criança espancada deveria ser considerada como fator de diagnóstico diferencial em crianças apresentando injúrias físicas. São suas as palavras: "*o abuso deverá ser considerado em qualquer criança exibindo evidências de fratura em qualquer osso, hematoma subdural, problema de desenvolvimento, inchações em tecidos moles ou ferimentos, contusões ou equimoses na pele*".

Em 1975, KEMPE aumentou a lista de sintomas de uma criança maltratada incluindo então as hemorragias oculares, ferimentos, contusões ou

equimoses nas mãos, marcas de mordida humana, lesões genitais, hematomas e lacerações na boca.

BECKER et al. (1978), citou em seu estudo com crianças hospitalizadas por maus tratos, que 65% delas apresentavam lesões orofaciais e na cabeça.

Algumas sugestões e características devem ser observadas nos casos de suspeita de maus tratos em crianças e adolescentes: a sujeira presente na criança, queimaduras por ponta de cigarro ou outras, marcas de mordidas, já então alertadas anteriormente por Kempe, como marcas de agarrões, chicotadas ou cintadas, abrasões e lacerações em locais incomuns, marcas de estrangulamento, orelhas traumatizadas por beliscões, puxões ou torções, lesões incomuns na pele e com diagnóstico duvidoso pelo dermatologista, também foram ressaltadas por DAVIS et al. (1979) e SOGNAES & BLAIN (1979).

SANGER (1984), SCHIMITT (1986) e NEEDLEMAN (1986), descreveram as lesões que podem ser encontradas na região da face, cabeça e pescoço. Além de diversas contusões na face e pescoço, como marcas de estrangulamento, nas regiões intrabucais, do palato, lábios, assoalho da boca, mucosas e freios labial e lingual, também podem ser observadas lacerações e ou queimaduras provocadas por instrumentos diversos (como colheres), substâncias químicas e ou líquidos ferventes. Traumas nos olhos, orelhas (queimaduras por ponta de cigarro) e ouvido (perfuração timpânica), fraturas nos ossos da face, fraturas dentárias, perdas de dentes e ainda lesões traumáticas levando à necrose pulpar.

DIRANI et al. (1989), estudando 122 casos de crianças vítimas de maus tratos, observaram que a grande maioria apresentavam-se com menos de 3 anos de idade, sendo que sua história clínica era difícil de ser obtida, onde o causador dos maus tratos, na maior parte das vezes, era desconhecido. Os problemas apresentados variaram desde contusões e fraturas, até queimaduras ou abuso sexual, tendo sido verificados casos de lesões ósseas únicas ou múltiplas e em um caso em particular a presença de 14 fraturas.

ZACHARIAS (1991), citou que três situações particulares podem conferir características fundamentais à síndrome da criança espancada: 1- ocorre em geral em crianças até 3 anos de idade; 2- apresenta múltiplas e diferentes lesões, considerando a localização, órgãos atingidos, natureza e gravidade; 3- está associada com lesões antigas, já cicatrizadas ou não, demonstrando a repetição nas agressões.

FONSECA et al., em 1992, encontraram em seu estudo a presença de lesões na cabeça, face, boca e pescoço, em 75,5% dos casos diagnosticados de abuso físico exclusivo, sem qualquer ligação com abuso sexual ou negligência.

Outros sinais podem ainda determinar a possibilidade de maus tratos, como a presença de dentes fraturados ou perdidos, dentes anteriores desvitalizados ou escurecidos, traumas nos lábios, freios labiais, lesões na língua e mesmo até fraturas na maxila ou mandíbula. (WELBURY, 1994).

Estimou-se que em 50% ou mais dos casos de crianças maltratadas, as lesões envolveram, de algum modo, a região orofacial. (JESSEE, 1995b).

RIVERA & FURMAN (1998), incluíram num estudo sobre maus tratos infantis, situações como a avaliação do índice de biofilme dental, considerando-o maior que 50%, a presença de cáries rampantes ou múltiplas lesões cariosas, em mais de cinco dentes na cavidade bucal, afecções periodontais como fístulas ou abscessos, além das lesões físicas evidentes.

VIEIRA et al. em 1998, encontraram nos registros de 188 crianças que sofreram maus tratos, uma significativa quantidade de ocorrências (50,2%) na região da cabeça, face e pescoço. A possibilidade de que muitas lesões intrabuciais não tenham sido devidamente diagnosticadas ou encontradas, foi colocada pelos autores, já que na equipe de profissionais de saúde que atenderam as crianças, não havia a presença de um cirurgião-dentista.

RUPP (1998), listou 25 situações ou achados radiológicos, relatados na literatura, parecidos com fraturas intencionais de ossos em crianças; em 20 deles, ainda ocorreram a presença de contusões, machucaduras e equimoses e ainda em 17 deles estavam associadas queimaduras intencionais.

SILVA (1999), assinalou que nas crianças portadoras desta síndrome, além das lesões ósseas evidenciadas pelos exames radiológicos, ainda aparecem lesões buconasais e oculares.

Em crianças muito pequenas, JENNY (1999), comentou que outras características deveriam ser observadas, como a presença de febre, irritabilidade ou letargia, vômito e todos os outros sintomas de doenças comuns vistos em

crianças. Contudo, normalmente os pacientes ou familiares destes, mentem sobre as causas das injúrias, dificultando ainda mais o diagnóstico preciso do problema.

Em 1999, RUPP acrescentou como fatores ainda a ser considerados nos casos de diagnóstico diferencial de maus tratos infantis, a presença de cáries rampantes e má-oclusão severa.

KOCHER & KASSER (2000), relataram que as fraturas ósseas são a segunda forma mais comum de detecção de abuso físico em crianças, podendo inclusive ser observada por um ortopedista, porém não deve ser confundida com outras causas de fraturas, como: fraturas realmente acidentais, osteogênese imperfeita e doenças metabólicas ósseas.

Num estudo realizado na África do Sul em 2000, em 300 casos avaliados de crianças maltratadas, em 67% deles a cabeça, face, pescoço e boca foram lesadas, sendo a face mais freqüentemente agredida (41%), principalmente a região das bochechas. Além destas, outras agressões orofaciais foram detectadas: fraturas cranianas, hematomas subdurais, hemorragias oculares, queimaduras, escoriações e lacerações. Na boca, especificamente foram registradas: fraturas em dentes, dentes avulsionados, lacerações labiais, nos freios, língua, além de fraturas mandibulares. Em nenhum dos casos avaliados, um cirurgião-dentista estava presente. (NAIDOO, 2000).

Quanto ao diagnóstico de lesões ocorridas em crianças ou adolescentes vitimadas por abuso sexual, CASAMASSIMO em 1984, descreveu que o abuso sexual em crianças pode apresentar como resultado várias infecções

na região orofacial, como a gonorréia, o condiloma cuminado, a sífilis, a monilíase, herpes tipo II, “trichomonas vaginalis”, além de petéquias hemorrágicas e eritema na superfície palatal, devido à realização do sexo oral (felação).

KVAAL (1993), estabeleceu como sinais mais comuns de abuso sexual em crianças, fraturas em dentes, ossos da face, como a mandíbula ou a maxila, lacerações nos lábios, freio lingual, mordidas na face, nuca, contusões, sendo que, aquelas que estão expostas a atividades sexuais orais por longos períodos, podem desenvolver erosões no palato e altas taxas de cáries dentais.

Mesmo sendo uma lesão induzida por uma infecção viral, localizada preferencialmente nas membranas da região anogenital, o condiloma cuminado também pode aparecer na mucosa bucal; é o que afirma HEITZLER (1994), como uma formação de múltiplos nódulos róseos crescentes e se coalizando, ao final, embora possa ser extensa e autolimitada.

JESSEE (1995b), descreveu lesões típicas na região orofacial, que são características fortes de abuso sexual, como as lesões eritematosas, ulcerativas, vesiculopustulares, pseudomembranosas e, principalmente, as condilomatosas, quando presentes nos lábios, palato, língua, face ou faringe.

VIEIRA (1998), afirmou que em relação ao abuso sexual infantil, o cirurgião-dentista deverá ter mais dificuldades em detectar, em função da situação ser muito complexa. Contudo, alguns fatores podem sugerir ao profissional a necessidade de uma investigação mais adequada, como a história de um ataque sexual relatado pela própria criança, alguns achados clínicos de doenças

transmissíveis sexualmente, gravidez precoce, presença de pelos pubianos e esperma na cavidade bucal, petéquias na junção do palato duro e mole e sinais de maus tratos físicos.

LOUZADO et al. (2001), consideraram que os profissionais de saúde, especialmente os cirurgiões-dentistas deveriam ser capazes de, ao menos, suspeitar de um quadro de violência sexual em crianças, quando houver lesões sugestivas.

Quanto à importância do cirurgião-dentista no diagnóstico de maus tratos infantis, verifica-se que CROLL et al., em 1981, relataram um caso de abuso infantil detectado primariamente por um cirurgião-dentista.

WRIGHT & THORNTON (1983), demonstraram a importância do cirurgião-dentista em uma equipe multidisciplinar, que atendeu uma criança que apresentava sinais de abuso; neste caso em particular, a criança era portadora de osteogênese imperfeita e estava sendo incorretamente diagnosticada como vítima de abuso, devido às repetidas fraturas ocorridas em ossos longos, caracterizando a *Síndrome da Criança Espancada*. Após um exame intrabucal ficou constatada a existência de um quadro de dentinogênese imperfeita, o que descartou a hipótese de maus tratos.

HEITZLER (1994), comentou que todos os cirurgiões-dentistas deveriam comunicar casos suspeitos de abuso ou negligência contra crianças, como no Estado de Nova Iorque, nos EUA, onde os profissionais de Odontologia,

são obrigados por lei a relatarem casos suspeitos a uma agência de proteção infantil local.

MOUDEN (1996) e SFIKAS (1996), afirmaram que os cirurgiões-dentistas se encontram em uma ótima situação para detectar sinais de maus tratos em crianças, já que em torno de 65% de todos os traumas físicos associados ao abuso, ocorrem nas áreas da face, cabeça e pescoço.

A OMS (1997), propôs a criação e utilização de um protocolo, padronizado mundialmente, para a identificação de crianças que requisitassem serviços de saúde e que fossem suspeitas de terem sido vítimas de abuso infantil. Isto poderia facilitar a compilação de dados e informações, a monitoração do problema e a tomada de medidas, num plano de ação conjunta entre todos os 188 países membros da ONU (Organização das Nações Unidas).

DHAR & TANDON, em 1998, descreveram uma técnica efetiva e simples, utilizada pela equipe de Odontopediatria e Prevenção, da Faculdade de Odontologia de Manipal, na Índia, para a detecção de marcas de mordidas em crianças maltratadas.

Numa pesquisa realizada em 1994, com 2224 dentistas norte-americanos, 47,5% deles disseram já ter tido treinamento durante a graduação ou em cursos de extensão universitária para o reconhecimento de sinais de abuso infantil durante uma consulta odontológica. Dos cirurgiões-dentistas de clínica privada nos EUA, que já haviam sido treinados para reconhecer sinais de abuso infantil, 20,4% disseram já ter percebido estes sinais, enquanto que dentistas que

nunca foram treinados, somente em 11% dos casos indicaram haver percebido alguns sinais. (ADA, 1999a).

Em 1994, a ADA (1999b), passou uma resolução, encorajando Faculdades de Odontologia e Associações de Classe dos EUA, a desenvolver programas educacionais voltados para o treinamento de dentistas na detecção de sinais de abuso infantil e reportá-los às entidades governamentais apropriadas.

Em 2000, a CALIFORNIA DENTAL ASSOCIATION (CDA), estabeleceu um programa educacional para profissionais da área odontológica, com o objetivo de ensiná-los no reconhecimento e relato de casos suspeitos de crianças maltratadas ou negligenciadas; promovendo, desta forma, mecanismos de prevenção ao abuso infantil. Este programa, denominado de PANDA (Prevent Abuse and Neglect through Dental Awareness), prevenção do abuso infantil e negligência através da percepção odontológica, pode relatar uma série de informações que deveriam ser observadas (ANEXO 1), quando pretende-se avaliar casos de suspeita ou de abuso infantil.

Uma série de entidades, entre órgãos governamentais de diversos países, Organizações não governamentais, Jornais, Periódicos e Literatura científica correspondente tem tido a oportunidade de se ocupar com este delicado assunto, na tentativa de solucioná-lo.

As evidências clínicas de maus tratos em crianças começaram a ser relatadas acerca de 40 anos atrás (KEMPE et al., 1962), contudo, somente nos

anos mais recentes é que a verdadeira magnitude do problema passou a ser compreendida.

DESLANDES (1993), considerou um enorme desafio, a questão dos maus tratos para o sistema público de saúde, especialmente, no que diz respeito, à implementação de medidas efetivas. Assim, aponta a importância da atuação de entidades como o CRAMI-Campinas, uma organização pioneira no atendimento de crianças e adolescentes (e familiares) vítimas de violência doméstica.

A AMERICAN DENTAL ASSOCIATION COUNCIL ON DENTAL PRACTICE em 1994, determinou que fosse incluído no Código de Ética americano, a obrigatoriedade para cirurgiões-dentistas detectarem e relatarem casos suspeitos de abuso infantil e negligência.

MOUDEN & BROSS (1995) e JESSEE (1995a), afirmaram que todos os cirurgiões-dentistas deveriam entender as leis estaduais, mesmo que intrincadas, para que, em sua aplicação, crianças com suspeita de maus tratos pudessem ser identificadas e protegidas, sendo esta uma atitude de responsabilidade dos mesmos.

CHAIM (1995), estudando as atitudes de cirurgiões-dentistas e acadêmicos de Odontologia frente à supostos casos de maus tratos, observou que 55% dos entrevistados consideravam mais adequado, antes da denúncia, uma conversa com os pais ou responsáveis; 12% acreditavam que devessem apenas conversar com os pais ou responsáveis e somente 18% consideraram que a denúncia fosse o mais adequado; mostrando, assim, que não havia uma conduta

padrão, determinada para os cirurgiões dentistas, frente aos casos de maus tratos em crianças e sim conceitos éticos fundamentados de acordo com a personalidade do entrevistado. Infelizmente, os resultados demonstraram que a classe odontológica carecia de uma conduta padrão para os casos de violência contra crianças e adolescentes.

SFIKAS em 1996, afirmou que embora o cirurgião-dentista apresente um dilema quanto ao fato de reportar casos de suspeita ou abuso infantil, é seu dever ético relatá-los. No estado de Chicago, nos EUA, a lei protege o cirurgião-dentista quanto a sua responsabilidade em relatar os casos de suspeita de maus tratos; contudo, não o protege após a realização do relato, quando deverá estar envolvido em um extenso processo de julgamento, num intrincado sistema de justiça criminal e com todas as suas inconveniências. Mas, este parece ser um preço razoável que o profissional deverá pagar.

RODRIGUES (1996), apontou como uma das maiores dificuldades em se diagnosticar o problema de violência na família, o fato de que as pessoas tendem a considerar muitas das agressões normais, tornando-as parte do processo educacional das famílias. Outro problema detectado foi quanto à comunicação do fato (denúncia) às autoridades policiais e ainda observou que os agentes sociais do SOS Criança do Distrito Federal, citaram que muitos dos denunciantes, mesmo antes de praticar a denúncia, queriam ter a certeza que não seriam identificados, alegando “não querer envolvimento na vida particular dos outros”.

BIEHL (1997), numa investigação com o propósito de desvelar os cuidados e significados das vivências de profissionais, da equipe de enfermagem, que cuidam de crianças hospitalizadas por maus tratos, no Hospital da Criança Santo Antonio, em Porto Alegre (RS), observou quatro fenômenos importantes, sendo o primeiro que o indivíduo que cuida da criança é um ser em constante transformação, que há um significativo despertar para a compreensão do fenômeno dos maus tratos, que é necessária uma conduta voltada para o processo terapêutico emergencial e, finalmente, que torna-se imprescindível estabelecer cuidados para o futuro da criança, preparando-a para a continuidade de sua vida.

No caso do Brasil, segundo VIEIRA (1998), o maior problema dos cirurgiões-dentistas brasileiros é que eles não receberam informações suficientes sobre abuso infantil, além de outras situações, como o conhecimento das leis, direitos e deveres; sugerindo então, que o cirurgião dentista brasileiro não tem saído da faculdade, capacitado para identificar uma criança que apresente sinais de abuso. E caso suspeite, não sabe o que fazer.

Neste caso, no Brasil, o Conselho Federal de Odontologia, poderia incluir, no Código de Ética Odontológica (CFO, 1999), um artigo que tratasse exclusivamente deste assunto, determinando a obrigatoriedade dos cirurgiões-dentistas em relatar casos de abuso infantil, o que ainda não ocorreu, mesmo com as alterações propostas e regulamentadas em 05 de junho de 1998, sobre o Código de Ética Odontológica vigente no Brasil desde 19 de dezembro de 1991.

Em 1999, JESSEE, relatou que: “embora o cirurgião-dentista, em comparação com outros profissionais da área da saúde, ainda sejam relutantes em relatar casos de abuso ou negligência, mesmo conhecendo suas responsabilidades legais, são um grupo especialmente importante no reconhecimento dos maus tratos”.

SWEET & TSANG (1999), relataram a importância e necessidade dos profissionais de Odontologia relatarem casos de suspeitas e de maus tratos em crianças.

JOHN et al. (1999), relataram que na Austrália os cirurgiões-dentistas eram considerados, naquele momento, os profissionais que se encontravam na posição “chave” para identificar e relatar casos de maus tratos infantis; contudo havia ainda uma grande necessidade de informações e treinamento para o reconhecimento destes maus tratos, bem como do seu relato.

A relutância em se relatar casos de maus tratos infantis, parece ser um fenômeno mundial. Na China, segundo LAU et al. (1999), esta é uma atitude freqüente, onde a maioria dos casos de abuso não foram relatados, devido a baixíssima eficácia na punição dos casos relatados. A conceituação e a relutância em se reportar maus tratos, além de outras dificuldades, foram fatores particularmente contribuintes para o aumento da violência e que se origina da própria cultura chinesa.

SHANEL-HOGAN & JARRETT (1999), determinaram que é vitalmente importante que os profissionais da área odontológica, tanto os cirurgiões dentistas,

quanto os técnicos em higiene dental, serem legalmente obrigados a reportarem os casos de suspeita ou abuso infantil, sendo necessário, para isso, um programa de treinamento para a detecção e relato dos casos de negligência ou maus tratos.

FLAHERTY et al. (2000), avaliando quais eram os cuidados primários tomados por 85 médicos, que tiveram experiências com casos de abuso infantil, observaram que do total (85), 48 (56%) haviam indicado ter tratado de crianças com suspeita de abuso, num total aproximado de 152 casos, no último ano. Destes 85 médicos, 7 (8%) não relataram 7 (5%) casos de crianças com suspeita de abuso. A maioria dos casos (63%), encaminhados para os serviços de proteção à criança, não trouxe qualquer benefício à criança maltratada, sendo necessário uma significativa mudança na atitude dos centros de proteção à criança que sofre de abusos, pois mesmo tendo sido reportado um considerável percentual de crianças suspeitas de abuso, a reincidência dos casos, no futuro, foi muito grande, devido à inoperância das entidades.

CHAIM et al. (2000), consideraram que, em face à presença de cirurgiões-dentistas atrelados aos serviços públicos de saúde, convivendo em contato com um grande número de pacientes diariamente, à presença de cirurgiões dentistas em equipes multiprofissionais de saúde em diversos Hospitais, às Clínicas Odontológicas das muitas faculdades de Odontologia, aos métodos de aplicação da moderna prevenção odontológica em massa, com atividades constantes com grupos de crianças e adolescentes, quer em Escolas ou em Associações de Bairro e mesmo até no cotidiano da atividade clínica particular, a

Odontologia e seus profissionais poderiam contribuir, decisivamente neste processo, coletando informações, diagnosticando casos de suspeita de abuso infantil, reportando às autoridades competentes e oferecendo o seu contributo profissional à manutenção da saúde e recuperação das crianças e ou adolescentes afetados.

Com a publicação da Portaria nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000, do Ministério da Saúde, que estabeleceu incentivos financeiros para a reorganização da atenção à saúde bucal, prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família, o cirurgião dentista brasileiro passará a ter um contato mais íntimo com as famílias podendo, dessa forma, detectar casos de suspeita ou de abuso e negligência, devendo, portanto, estar devidamente instrumentado para o diagnóstico e conduta nos casos encontrados.

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

Considerando os três níveis de atuação preventiva para os casos de maus tratos infantis, descritos por PHEBO em 1992, pode-se dizer que o cirurgião-dentista apresenta condições de atuar nos três. Em nível primário, como qualquer

indivíduo, tentando reduzir ou eliminar os fatores sociais, culturais e ambientais que predispõe aos maus tratos, especialmente no ambiente familiar. Em nível secundário, ao perceber os casos de risco ou suspeita de maus tratos, detectando precocemente a situação de risco potencial, interceptando ou impedindo a violência ou sua continuidade. No terceiro e último nível, acompanhando integralmente a vítima, auxiliando-a no processo de recuperação, principalmente das seqüelas físicas advindas da situação violenta.

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

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

O UNITED STATES ADVISORY BOARD ON CHILD ABUSE AND NEGLECT (USABCAN) em 1995, citou que nos EUA, foram relatados mais de 2000 casos fatais por ano, de crianças que foram abusadas, considerando assim, esta, uma verdadeira “*vergonha nacional*”.

Os cirurgiões-dentistas deveriam ter consciência de suas responsabilidades morais, éticas e legais, quanto ao reconhecimento e relato de casos de abuso ou negligência. Todo profissional deveria compreender a seriedade do problema dos maus tratos infantis, sendo que sua inoperância ou relutância em relatá-los, poderá resultar na morte da criança. (MOUDEN & BROSS, 1995).

No Brasil, foram criadas organizações, governamentais ou não, com a finalidade de discutir e ou implementar medidas de proteção às crianças abusadas. Em 1988, a ABRAPIA (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA MULTIPROFISSIONAL DE PROTEÇÃO À INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA, 1996), uma organização não governamental (ONG), surgiu no Rio de Janeiro tendo entre suas finalidades, conscientizar a sociedade e os governantes a respeito da preservação dos direitos das crianças e adolescentes para o exercício de sua cidadania; e estabelecer, também, medidas e ações visando a prevenção, nos casos de abuso, negligência, violência doméstica, violência institucional e exploração do trabalho infantil, criando e divulgando métodos didáticos e informativos que possam expor de modo geral a informação, possibilitando, às pessoas, identificar o mais precocemente, casos de crianças maltratadas.

Em 1997, a OMS, apontou que cada setor da sociedade tem um importante papel e pode ajudar na prevenção da violência física, sexual ou abuso emocional e negligência em crianças, apoiando e promovendo o desenvolvimento de programas educacionais e de saúde para crianças e adolescentes,

compreendendo as necessidades das crianças, durante seu processo de desenvolvimento, reconhecendo sua vulnerabilidade e fortalecendo os laços de família.

TAVIRA et al. (1998), apontaram que é fundamental utilizar-se de medidas de prevenção aos maus tratos infantis, principalmente porque uma grande parte dos problemas das crianças maltratadas terão reflexo na vida adulta.

MURPHY & WELBURY (1998), destacaram o caso ocorrido com Maria Colwell, que morreu em janeiro de 1973, vítima de violentas agressões e maus tratos por parte de sua mãe e padrasto. Na ocasião de sua morte, Maria estava apenas com três quartos do peso esperado para a sua idade. A repercussão da morte de Maria Colwell, culminando com a eleição de um governo conservador em 1974, acabou gerando uma política voltada para a proteção de abusos contra crianças, sendo que em 1975, aclimatado na época por um “pânico moral”, foi estabelecido o “Children Act”, legislação e política britânica voltada contra os abusos infantis.

O'TOOLE et al. (1999), observaram que proteger crianças e adolescentes de abusos físicos, psíquicos, sexuais ou negligência é uma tarefa complexa e difícil, que exige estudo, dedicação e habilidade. A compreensão e detecção de sinais, que podem identificar vítimas de maus tratos, são apenas uma parte do conjunto de atitudes que devem ser encaminhadas.

ITURRA et al. (1999), descreveram que, no Chile, qualquer violação dos direitos das crianças é considerada como maltrato. A partir desse momento,

estabelece-se uma obrigação de proteção em relação à criança. O médico pediatra, em especial, através de sua atuação em ambulatórios hospitalares, tem a possibilidade e o dever de proteger as crianças, realizando um correto diagnóstico, distinguindo de outras patologias estabelecendo, então a partir daí, mecanismos de prevenção, evitando conseqüências as vezes catastróficas.

Quanto à conduta e legislação pode-se observar que no Brasil, os profissionais de diversas categorias atuantes no campo da saúde, estão submetidos a normas deontológicas, inscritas em seus "Códigos de Ética". São normas que servem como padrões de condutas nas relações entre os membros do grupo, com profissionais de outras categorias, com seus pacientes, clientes, familiares de pacientes, autoridades, Poder Judiciário, Administração, e outros. (DARUGE et al., 1975).

Porém, pode-se argumentar diferentemente, que é preferível deixar assuntos que envolvem valores e pontos de vista muito divergentes, e ainda não suficientemente debatidos pela sociedade, para a consciência ética dos profissionais e dos cidadãos, antes de transformá-los em normas legais; o que pode resultar em privilégio de uma das correntes morais existentes, em detrimento da busca de formas consensuais.

Em 1991, a lei federal nº 8.242, de 12 de outubro, criou o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA), tendo como um de seus objetivos, consolidar uma proposta de ação comum entre os Conselhos Estaduais e Municipais, acerca do trabalho infantil, violência e exploração sexual e

ato infracional do adolescente. Como consequência destes objetivos, foi estabelecido o Pacto Comunitário Contra a Violência Intrafamiliar, numa parceria entre a Secretaria de Estado dos Direitos Humanos do Ministério da Justiça, a Organização das Nações Unidas e a sociedade civil organizada, cujo programa tenta contribuir para a prevenção e erradicação da violência intrafamiliar em todo o território brasileiro, através das seguintes medidas:

- Sensibilização da sociedade, acerca de sua responsabilidade quanto à redução da violência intrafamiliar;
- Capacitação de pessoal na área de atenção e prevenção à violência intrafamiliar;
- Montagem de uma rede de informação sobre o pacto comunitário contra a violência intrafamiliar;
- Implementação de um centro de referência sobre violência familiar e
- Incorporação, nos planos plurianuais, de projetos de combate à violência intrafamiliar.

FORTES (1997), afirmou que dentro da diversidade ética contemporânea, a reflexão bioética deve observar a *garantia do respeito à dignidade humana*, transformando-a em valor essencial para a coesão social. A aceitação da dignidade humana, enquanto valor fundamental, faz-nos compreender que cada indivíduo deve ser tratado sempre como um fim em si mesmo, não como um meio para a satisfação de interesses de terceiros, da ciência, dos cientistas ou de interesses industriais e comerciais; e, que nossa

sociedade pluralista admite diferentes valores, que envolvem o cotidiano das práticas dos serviços de saúde, entre eles, a vida humana, a dignidade da pessoa humana, a qualidade de vida, a produtividade, a justiça, os direitos individuais, o consumo, o prazer, etc. Como princípios, pode-se lembrar o respeito à vida, a autonomia, a beneficência, não maleficência, a justiça, a honestidade, a veracidade, a privacidade, a utilidade, etc. Tanto os valores, como os princípios prevalentes na sociedade, podem ser complementares ou antagônicos, numa situação concreta enfrentada pelos profissionais de saúde. Já as normas, podem ter efeito prescritivo, permissivo ou restritivo. Como exemplos de normas, pode-se citar "não matarás", "não causarás dano"; "fale sempre a verdade", "garanta a autonomia individual", etc.

MURPHY & WELBURY (1998), destacaram que o último artigo publicado no *British Dental Journal*, a respeito de proteção para crianças que sofreram de abuso, fora escrito em 1986. Embora tenha passado tanto tempo da publicação desse artigo, uma série de atitudes legais foram tomadas, abordando a proteção de crianças. As medidas abrangeram desde o estabelecimento de um Comitê para a Proteção de Crianças Maltratadas, conferências, treinamento e capacitação de agentes para o reconhecimento dos maus tratos, até a criação de uma legislação capaz de coibir os abusos.

LARZELERE & JOHNSON (1999), citaram que em 1979, foi estabelecida na Suécia, uma lei para punir os casos detectados de maus tratos infantis, com o intuito de inibir os abusos físicos contra crianças. Num estudo

realizado em 1999, esses autores relataram que somente 7 artigos, com dados pertinentes e confiáveis, foram escritos e publicados desde então. Um dos mais recentes deles, apontou o espancamento como uma das formas mais presentes de punição física, ainda praticada na Suécia, embora casos de óbito fossem raros. Contudo, deveria ocorrer uma rigorosa e mais freqüente avaliação dos casos relatados.

Quanto à classe odontológica brasileira e sua conduta ética em relação aos maus tratos infantis, o CFO (1999), destacou no Código de Ética Odontológica, no capítulo III, que trata dos deveres fundamentais, no Art. 4º, inciso III, que um dos principais deveres do cirurgião-dentista é : “*zelar pela saúde e dignidade do paciente*”; assim considerando, não notificar um caso de maus tratos significaria contrariar o zelo pela saúde e dignidade do paciente.

Neste sentido, a Odontologia pode decisivamente contribuir, através do diagnóstico ou suspeição de casos de maus tratos e conseqüente notificação aos órgãos responsáveis, para a prevenção e manutenção da dignidade e vida das crianças vitimadas pelo abuso ou negligência.

CHAIM et al. (2000), citaram que as Faculdades de Odontologia, particulares ou não, as Associações de Classe Odontológica e os Conselhos Regionais de Odontologia, deveriam ser estimulados a promover cursos para o treinamento de cirurgiões-dentistas, no diagnóstico ou suspeição de casos de maus tratos infantis, e que o Conselho Federal de Odontologia deveria incluir, no Código de Ética Odontológica, a obrigatoriedade do cirurgião-dentista agir no que

se refere ao diagnóstico de abuso infantil e sua conseqüente notificação; considerando ainda importante, que o cirurgião-dentista assuma o seu compromisso com a sociedade em “zelar pela saúde e dignidade de seu paciente”, não sendo, portanto, omissos nos casos encontrados e exercendo seu papel como cidadão, denunciando-os às autoridades competentes.

Do ponto de vista legal, devemos analisar o que nos diz as leis brasileiras sobre o assunto: a Constituição Federal, o Código Penal e o Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei Federal nº 8069, de 13 de julho de 1990), sobre as penalidades para quem pratica os atos e também para aqueles que os omitem.

No Código Penal, o Art. 136 dispõe sobre maus tratos e especifica o seu significado dizendo que é: *“expor a perigo de vida ou a saúde de pessoa sob sua autoridade, guarda ou vigilância, para fim de educação, ensino, tratamento ou custódia, quer privando-a de alimentos ou cuidados indispensáveis, quer sujeitando-a a trabalho excessivo ou inadequado, quer abusando de meios de coerção ou disciplina”*.

No Art. 224 do Código Penal, presume-se a violência, se a vítima:

- “a) não é maior de 14 (quatorze) anos;*
- b) é alienada ou débil mental, e o agente conhecia esta circunstância;*
- c) não pode, por qualquer outra causa, oferecer resistência.”*

Na Constituição Federal, o Art. 227 diz: *“É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, ao lazer, à profissionalização,*

*à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão”.*

No parágrafo 4º: *“A lei punirá severamente o abuso, a violência e a exploração sexual da criança e do adolescente”.*

Atualmente, tramitam no Congresso Nacional, diversos projetos de lei que buscam regulamentar, punir com mais rigor e tentar solucionar este problema nacional, principalmente aqueles abusos mais relacionados aos crimes sexuais.

Do Estatuto da Criança e do Adolescente, criado pela lei federal nº 8.069, de 13 de julho de 1990, com a intenção de proteger a criança e o adolescente contra qualquer forma de abuso, podemos retirar alguns artigos extremamente importantes, como:

No *“Art. 5º - Nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punido na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais”.*

No *“Art. 13 – Os casos de suspeita ou confirmação de maus tratos contra a criança ou o adolescente serão obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade, sem prejuízo de outras providências legais”.*

No *“Art 130 – Verificada a hipótese de maus tratos, opressão ou abuso sexual, impostos pelos pais ou responsáveis, a autoridade judiciária poderá*

*determinar, como medida cautelar, o afastamento do agressor da moradia comum”.*

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

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

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

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

A comunicação ao Conselho Tutelar ou Juizado de Menores (Juizado da Infância e da Juventude), poderá ser feita através de telefone ou por escrito, como exemplificado no ANEXO 2.

### **3. PROPOSIÇÃO**

Sendo a violência contra crianças e adolescentes um sério problema, a ser solucionado pela sociedade, o cirurgião-dentista tem a possibilidade de, estando em contato com crianças, em seu consultório, durante o atendimento clínico odontológico, ou nos serviços de saúde pública, ou em hospitais, ou em atividades de campo em escolas ou bairros e, no futuro, associado ao Programa de Saúde da Família, poder diagnosticar e identificar casos de suspeita ou confirmação de maus tratos infantis e assim estabelecer mecanismos de prevenção e manutenção da vida e dignidade das vítimas envolvidas.

Esse estudo, realizado através de entrevistas, tem por objetivo responder a uma série de perguntas sobre a importância do cirurgião-dentista diante dos quadros de violência contra crianças e adolescentes avaliando, assim, a atuação do profissional de Odontologia neste contexto.

É importante questionar, também, quanto a verdadeira situação do cirurgião-dentista em relação à sua capacidade de diagnóstico e seu conhecimento em relação às suas responsabilidades éticas e legais nos casos de abuso infantil.

Deste modo, propõe-se, através desta pesquisa:

1- Avaliar se os cirurgiões-dentistas estão preparados e treinados para diagnosticar casos de abuso contra crianças ou adolescentes.

2- Verificar se os cirurgiões-dentistas sabem qual a conduta a ser tomada, nos casos detectados de abuso infantil e qual a sua responsabilidade legal.

3- Verificar de que modo os cirurgiões-dentistas estão sendo orientados, para a detecção e diagnóstico do abuso infantil, em cursos de graduação ou pós-graduação.

4- Oferecer, aos cirurgiões-dentistas ou profissionais da área da saúde, ou mesmo cidadãos afeitos a esse tema, propostas para o estabelecimento de atitudes preventivas em relação aos maus tratos infantis, com base nos resultados desta pesquisa.

#### **4. MATERIAL E MÉTODOS**

Foi realizado um levantamento sobre os conhecimentos do cirurgião-dentista acerca de suas responsabilidades éticas e legais, em relação à criança maltratada, através do uso de um questionário, apresentado no ANEXO 3.

O questionário foi construído com questões estruturadas e abertas, sendo distribuídos à cirurgiões-dentistas brasileiros que trabalham em 5 Municípios do interior do Estado de São Paulo (Espírito Santo do Pinhal, Mogi Guaçu, Leme, Araras e Amparo) em Clínicas Particulares, em Serviços de Saúde Pública, em Ambulatórios de Faculdades de Odontologia e em Hospitais.

O questionário foi dividido em duas partes, sendo que a primeira refere-se aos conhecimentos gerais dos entrevistados, sem contudo considerar as suas identidades, obedecendo aos critérios éticos determinados para este tipo de pesquisa e a segunda, referindo-se aos questionamentos sobre violência contra crianças e adolescentes e sua importância para a Odontologia.

A escolha do número e teor das perguntas, teve como objetivo um tempo curto para as respostas, de maneira a diminuir o fracionamento ou a interrupção do tempo operatório dos cirurgiões-dentistas entrevistados.

Foram distribuídos, no total, 470 questionários, sendo coletados, ao final do estudo, 176, dos quais 49 foram excluídos, em função da falta, principalmente, do termo de consentimento livre e esclarecido (ANEXO 4) ou por

rasuras nos questionários, dificultando a avaliação adequada dos dados e ainda por serem de municípios com grande representatividade em número de cirurgiões-dentistas, mas com pequena quantidade de questionários respondidos. Restaram, então, uma amostra composta por 127 questionários considerados adequadamente preenchidos para a análise do estudo.

A análise estatística dos dados, foi efetuada através da utilização de testes binomiais. (CAMPOS,1983).

O experimento, somente foi iniciado, após o recebimento do consentimento para realização, oferecido pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FOP/UNICAMP, representado pelo certificado exposto no ANEXO 5.

## 5. RESULTADOS

Os resultados, após a análise dos 127 questionários (ANEXO 6) aplicados aos cirurgiões-dentistas de 5 municípios do interior do Estado de São Paulo, durante os meses de julho a outubro do ano 2000, demonstraram, que dos profissionais avaliados, 78 (61,40%) eram do sexo feminino e 49 (38,60%) do sexo masculino. (GRAF. 1).

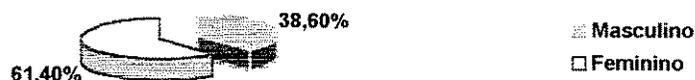


GRÁFICO 1 – Porcentagem de cirurgiões-dentistas entrevistados, distribuídos quanto ao sexo.

Dos 127 profissionais entrevistados, 87 (68,50%) eram oriundos de Faculdades particulares e 40 (31,50%) de Faculdades públicas. (GRAF. 2).



GRÁFICO 2 – Porcentagem dos cirurgiões-dentistas entrevistados, distribuídos quanto à sua origem acadêmica.

Dos cirurgiões-dentistas consultados, 27 (21,26%) tinham até 3 anos de formado, 49 (38,58%) acima de 3 até 10 anos, 34 (26,77%) acima de 10 até 20 anos e 17 (13,39%) acima de 20 anos. (GRAF. 3).

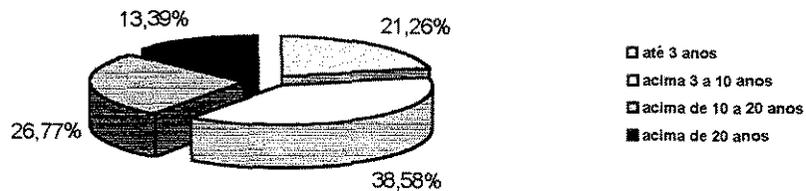


GRÁFICO 3 – Porcentagem de cirurgiões-dentistas entrevistados, distribuídos pelo tempo de formado.

Dos cirurgiões-dentistas entrevistados, 79 (62,20%) exerciam a profissão em apenas um local de trabalho, enquanto que os outros 48 (37,80%) desenvolviam-na em dois ou mais locais. (GRAF. 4).



GRÁFICO 4 – Porcentagem de cirurgiões-dentistas entrevistados, distribuídos pelos locais de trabalho.

A TAB. 1 mostra os locais de trabalho dos profissionais entrevistados.

---

---

<b>Local de trabalho</b>	<b>N</b>
Clínica Particular	72
Serviço Público	2
Ambulatório Universitário	4
Hospital	-
Convênios	1
Clínica Particular e Serviço Público	37
Clínica Particular e Hospital	1
Clínica Particular e Ambulatório Univ.	2
Ambulatório Univ. e Convênios	1
Clínica Particular e Convênios	4
Clínica Particular, Serviço Público e Ambulatório Universitário	2
Clínica Particular, Hospital e Ambulatório Universitário	1
	127

---

---

TABELA 1 – Locais de trabalho dos cirurgiões-dentistas entrevistados.

Os cirurgiões-dentistas, entrevistados nesse estudo, advinham de vários municípios brasileiros; encontravam-se, contudo, trabalhando e residindo em cinco municípios do interior do Estado de São Paulo, no momento da execução do experimento. Dos 127 cirurgiões-dentistas pesquisados, 29 (22,83%) trabalham na cidade de Araras, 16 (12,60%) em Amparo, 20 (15,75%) em Leme, 24 (18,90%) em Espírito Santo do Pinhal e, finalmente, 38 (29,92%) em Mogi Guaçú. (GRAF. 5).

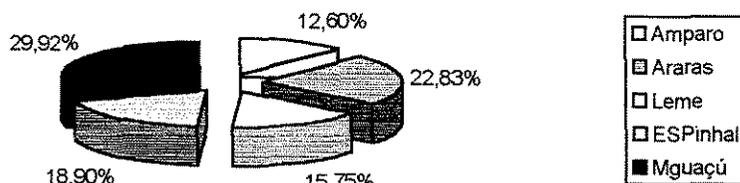


GRÁFICO 5 – Porcentagem de cirurgiões-dentistas entrevistados, distribuídos pelos municípios onde trabalham.

Quanto a primeira pergunta realizada, baseando-se na atuação clínica do cirurgião-dentista entrevistado, se este já havia tido oportunidade de atender crianças ou adolescentes com características de maus tratos, os resultados mostraram que 98 (77,17%) deles nunca haviam tido essa oportunidade, enquanto

que outros 29 (22,83%) responderam que já haviam atendido crianças com características de maus tratos. (GRAF. 6).

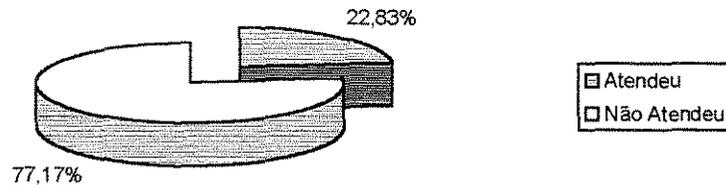


GRÁFICO 6 – Porcentagem de cirurgiões-dentistas entrevistados, distribuídos pelo atendimento ou não de crianças ou adolescentes que apresentavam características de maus tratos.

Dos 29 cirurgiões-dentistas que tiveram contato com crianças ou adolescentes com sinais de maus tratos, 14 (48,28%) citaram características psicológicas, descritas no ANEXO 7, que envolviam as crianças afetadas, sendo as mais comuns, o medo, a apatia, a quietude ou a inquietação, depressão, carência afetiva, insegurança, introspecção, rebeldia, além da tristeza no semblante; 2 (6,89%) citaram características gerais sem nenhuma especificação, tais como: "vi os maus tratos em minha clínica" ou "sinais de agressão física e mental"; 12 (41,38%) citaram, além de sinais psicológicos, também sinais físicos

perceptíveis, como: beliscões, cicatrizes, fraturas dentais, cortes labiais, hematomas na face, pescoço, braços, roupas sujas, o fato de nunca ter escovado os dentes, a falta de higiene ou ainda marcas de espancamento com cabo de vassoura e 1 (3,45%) dos cirurgiões-dentistas não citou nenhuma característica.

O GRAF. 7, mostra a quantidade de cirurgiões-dentistas entrevistados que atenderam crianças com características de maus tratos em relação aos tipos de sinais percebidos.

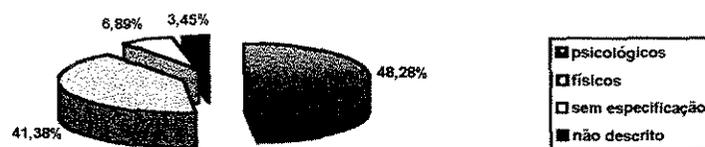


GRÁFICO 7 – Porcentagem de cirurgiões-dentistas entrevistados que relataram ter atendido crianças com características de maus tratos, distribuídos pelos sinais encontrados.

Em relação ao tempo de formado, podemos observar que dos 29 cirurgiões-dentistas que citaram características clínicas de maus tratos, percebidas em seus pacientes infantis, 3 (10,34%) tinham até 3 anos de formado, 4 (13,80%) acima de 20 anos, 9 (31,03%) acima de 10 a 20 anos e 13 (44,83%) acima de 3 até 10 anos. (GRAF. 8).

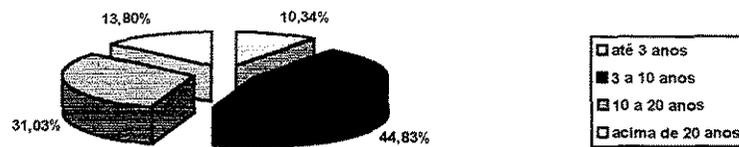


GRÁFICO 8 – Porcentagem de cirurgiões-dentistas entrevistados que relataram ter atendido crianças com características de maus tratos, distribuídos pelo tempo de formado.

Quando analisamos as Faculdades de onde são oriundos os 29 cirurgiões-dentistas que já haviam atendido crianças vítimas de maus tratos, observamos que 21 (72,41%) eram de Faculdades particulares, enquanto que outros 8 (27,59%) de Faculdades públicas, sendo que o único deles que não citou nenhuma característica era de uma Faculdade pública. (GRAF. 9).

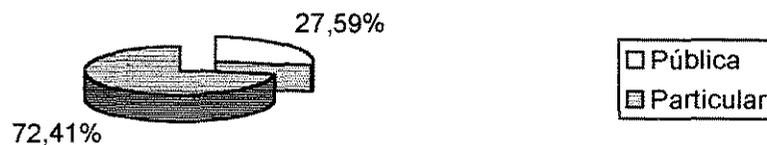


GRÁFICO 9 – Porcentagem de cirurgiões-dentistas entrevistados que relataram ter atendido crianças com características de maus tratos, distribuídos pelas suas Faculdades.

Dos 127 cirurgiões-dentistas avaliados, 49 (38,58%) sentem-se capacitados para o diagnóstico de crianças ou adolescentes maltratados, enquanto que 78 (61,42%) relataram que não. (GRAF. 10).

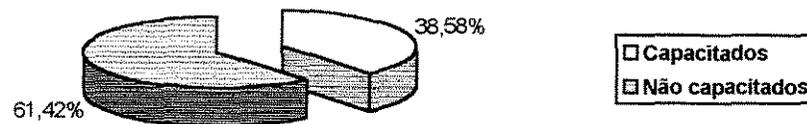


GRÁFICO 10 – Porcentagem de cirurgiões-dentistas entrevistados que relataram estar ou não capacitados para o diagnóstico de crianças ou adolescentes vítimas de maus tratos.

Dos 127 cirurgiões-dentistas entrevistados, 103 (81,10%) não tiveram qualquer tipo de orientação durante o período de graduação ou após a graduação; por outro lado, 24 (18,90%) deles relataram ter tido orientação. (GRAF. 11).

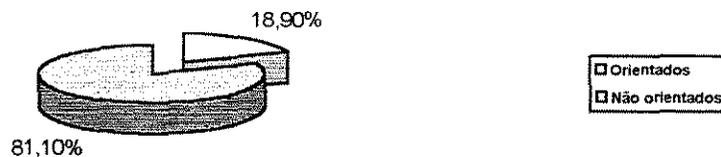


GRÁFICO 11 – Porcentagem de cirurgiões-dentistas entrevistados que relataram ter tido orientação ou não para o diagnóstico de crianças ou adolescentes vítimas de maus tratos.

Dos 49 cirurgiões-dentistas que se sentiam capacitados para o diagnóstico de crianças ou adolescentes que sofreram de abuso infantil, 17 (34,70%) já haviam tido orientação na graduação ou pós-graduação e 32 (65,30%) deles se sentiam capacitados, porém sem qualquer orientação acadêmica prévia. (GRAF. 12).



GRÁFICO 12 – Porcentagem de cirurgiões-dentistas entrevistados que relataram estar capacitados e que tiveram orientação ou não para o diagnóstico de crianças ou adolescentes vítimas de maus tratos.

Dos 24 cirurgiões-dentistas que relataram ter tido orientação durante o curso de graduação ou pós-graduação, 17 (70,83%) deles responderam que estão capacitados para o diagnóstico de crianças maltratadas, enquanto que 7 (29,17%) deles ainda não se consideram habilitados para esse diagnóstico. (GRAF. 13).



GRÁFICO 13 – Porcentagem de cirurgiões-dentistas entrevistados que tiveram orientação e que relataram estar capacitados e ou não para o diagnóstico de crianças ou adolescentes vítimas de maus tratos.

Considerando o número de cirurgiões-dentistas (24) que afirmaram ter tido orientação para o diagnóstico de crianças ou adolescentes, vítimas de maus tratos, durante o período de graduação ou pós-graduação, somente em um caso foi relatado ter conhecido o assunto durante e após a graduação. Nesse caso, o cirurgião-dentista teve acesso ao tema, durante a graduação, na disciplina de Odontologia Preventiva e Social e, após a graduação, num curso oferecido pela Prefeitura Municipal de Mogi Mirim (SP).

A TAB. 2 mostra as disciplinas que ofereceram conhecimentos sobre violência contra crianças ou adolescentes durante o curso de graduação.

DISCIPLINA	Quantidade de Cirurgiões-Dentistas
ODONTOPEDIATRIA	10
ODONTOLOGIA PREVENTIVA E SOCIAL	2
ODONTOLOGIA LEGAL	2
ANTROPOLOGIA E SOCIOLOGIA	1
EXTRA-MUROS	1
CIRURGIA	1
PSICOLOGIA	1
	18

TABELA 2 –Disciplinas que ofereceram conhecimentos sobre maus tratos infantis para os cirurgiões-dentistas entrevistados.

As disciplinas que mais contribuíram para a divulgação de informações acerca de maus tratos infantis, durante os curso regulares de graduação em Odontologia, dos cirurgiões-dentistas avaliados nesse experimento, foram as de Odontopediatria em 10 (55,56%) oportunidades, Odontologia Legal em 2 (11,11%) situações, Odontologia Preventiva e Social outras 2 (11,11%) ocasiões e outras 4 (22,22%), Psicologia, Extra-Muros, Cirurgia e Antropologia e Sociologia, individualmente. (GRAF. 14).

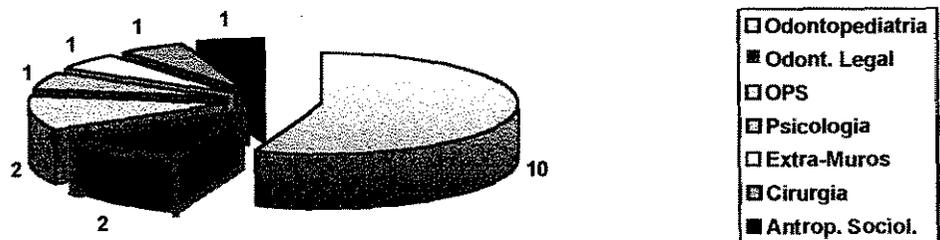


GRÁFICO 14 – Disciplinas que mais contribuíram para a divulgação de conhecimentos sobre maus tratos infantis para os cirurgiões-dentistas entrevistados durante a graduação.

A TAB. 3 mostra as Instituições ou Entidades que ofereceram conhecimentos sobre violência contra crianças ou adolescentes para os cirurgiões-dentistas entrevistados, após o curso regular de graduação, em cursos de atualização, aperfeiçoamento, especialização e outros.

INSTITUIÇÕES	Quantidade de Cirurgiões-Dentistas
CENTRO CORSINI	1
ACDC (Aperfeiçoamento em Odontopediatria)	1
EPO (Curso de Especialização não especificado)	1
PUCCAMP	1
UNICAMP (CEPAE)	1
UNICASTELO	1
Prefeitura Municipal de Mogi Mirim	1
	7

TABELA 3 – Instituições ou Entidades que ofereceram conhecimentos sobre maus tratos infantis para os cirurgiões-dentistas entrevistados após a graduação.

Dos cirurgiões-dentistas pesquisados e que foram orientados durante a graduação (18), 12 (66,67%) eram advindos de Escolas particulares, sendo que os outros 6 (33,33%) de Escolas públicas. (GRAF. 15).

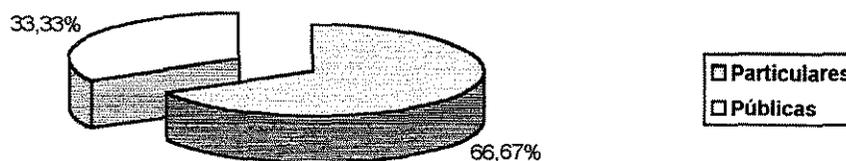


GRÁFICO 15 – Porcentagem de cirurgiões-dentistas entrevistados que tiveram orientação durante a graduação, distribuídos pelas suas Escolas de origem.

Quanto à conduta a ser tomada nos casos de diagnóstico ou suspeita de maus tratos em crianças ou adolescentes, 2 (1,58%) dos cirurgiões-dentistas entrevistados relataram que a sua opção seria *“isentar-se, já que o problema não lhe diz respeito”*; 33 (25,98%) deles ofereceram como opção, *“conversar com os pais ou responsáveis”*; outros 57 (44,88%) optaram por *“comunicar o fato às autoridades competentes”*; enquanto que 30 (23,62%) consideraram que as duas opções *“conversar com os pais ou responsáveis”* e posteriormente *“comunicar o fato às autoridades competentes”* seria a melhor solução e ainda outros 5 (3,94%) descreveram que suas atitudes seriam outras das opções oferecidas (ANEXO 8), tais como: *“prestar-lhe meu serviço (no caso odontológico) e orientá-lo a buscar ajuda familiar ou autoridade competente”*. (GRAF. 16).

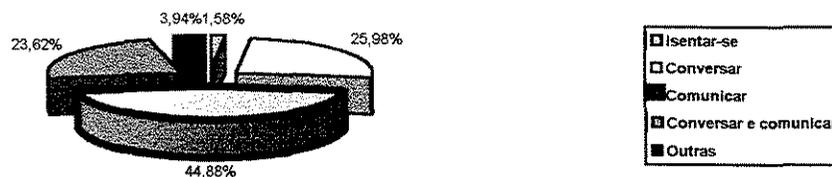


GRÁFICO 16 – Porcentagem de cirurgiões-dentistas entrevistados que optaram pela conduta adequada a ser tomada nos casos de diagnóstico ou suspeita de abuso infantil.

Dos cirurgiões-dentistas (24) que haviam relatado ter tido orientação quanto ao diagnóstico de crianças com suspeita ou confirmação de maus tratos, 9 (37,50%) optaram por “comunicar o fato às autoridades competentes”, 8 (33,33%) optaram por “conversar com os pais ou responsáveis” e posteriormente “comunicar o fato às autoridades competentes”, 6 (25,00%) consideraram somente a opção “conversar com os pais ou responsáveis” e 1 (4,17%) optou por “isentar-se, já que o problema não lhe diz respeito”. (GRAF. 17).

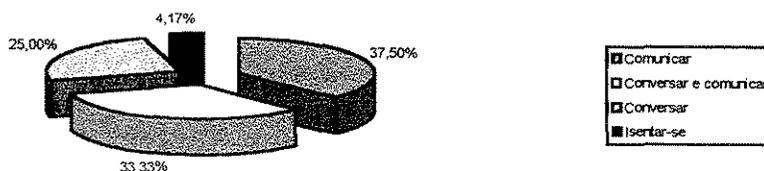


GRÁFICO 17 – Porcentagem de cirurgiões-dentistas entrevistados que já haviam sido orientados quanto ao diagnóstico e que optaram pela conduta adequada a ser tomada nos casos de abuso infantil.

Dos cirurgiões-dentistas (49) que se julgavam capacitados para o diagnóstico ou suspeitas de maus tratos infantis, 20 (40,82%) optaram por “comunicar o fato às autoridades competentes”, 16 (32,65%) optaram por “conversar com os pais ou responsáveis” e posteriormente “comunicar o fato às autoridades competentes”, 10 (20,41%) optaram por apenas “conversar com os pais ou responsáveis”, 2 (4,08%) consideraram a opção “isentar-se, já que o problema não lhe diz respeito”, enquanto que 1 (2,04%) propôs uma outra atitude, como “se não houver melhora, encaminhar o caso ao Conselho Tutelar”.

(GRAF. 18).

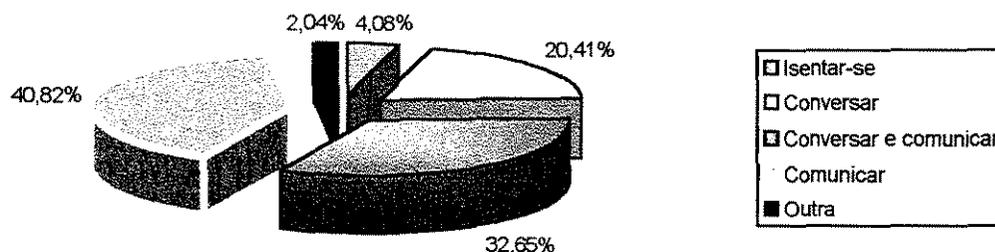


GRÁFICO 18 – Porcentagem de cirurgiões-dentistas entrevistados que se julgavam capacitados quanto ao diagnóstico e que optaram pela conduta adequada a ser tomada nos casos de abuso infantil.

Dos 57 (44,88%) dos 127 cirurgiões-dentistas entrevistados que responderam “*comunicar o fato às autoridades competentes*”, 48 (84,21%) relataram não haver tido orientação na graduação ou após a graduação sobre violência contra crianças ou adolescentes e apenas 9 (15,79%) deles haviam tido essa experiência educacional prévia. (GRAF. 19).

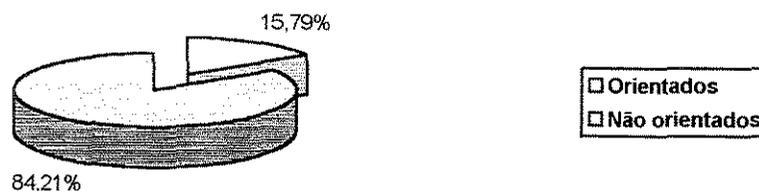


GRÁFICO 19 – Porcentagem de cirurgiões-dentistas entrevistados que optaram pela conduta adequada a ser tomada nos casos de abuso infantil e que foram ou não orientados quanto ao seu diagnóstico.

Dos que optaram pela comunicação às autoridades competentes, incluindo os cirurgiões-dentistas que fizeram a opção única para comunicação (57) e os que fizeram as duas opções, conversar com os pais e comunicar as autoridades (30), relataram que em 9 (10,34%) oportunidades comunicariam os casos à Assistência social, outros 5 (5,75%) levariam o conhecimento dos fatos à uma Delegacia de polícia, outros 3 (3,45%) comunicariam à Delegacia da mulher, enquanto que outros 2 (2,30%) comunicariam diretamente à um policial e a uma Delegacia do “menor”, outros 2 (2,30%) à promotoria, outros 33 (37,93%) ao Conselho Tutelar do município em questão, outros 21 (24,14%) ao Juizado de

Menores, outros 8 (9,20%) não sabem exatamente para quem deveriam comunicar os fatos (ANEXO 9); como exemplo, citam-se as respostas: *“qual a autoridade competente não sei, mas não seria difícil de me informar. Não saber qual autoridade é responsável não seria o problema”* ou ainda *“esqueci o nome”* e finalmente 4 (4,59%) deixaram sem resposta. (TAB. 4).

AUTORIDADES	Quantidade de Cirurgiões-Dentistas	Porcentagem
CONSELHO TUTELAR	33	37,93%
JUIZADO DE MENORES	21	24,14%
ASSISTENTE SOCIAL	9	10,34%
DELEGACIA DE POLÍCIA	5	5,75%
DELEGACIA DA MULHER	3	3,45%
PROMOTOR	2	2,30%
POLICIAL	1	1,15%
“DELEGACIA DO MENOR”	1	1,15%
NÃO SABEM A QUEM	8	9,20%
SEM RESPOSTA	4	4,59%
	87	100,00%

TABELA 4 –Autoridades que seriam comunicadas pelos cirurgiões-dentistas entrevistados.

Dos 127 profissionais pesquisados 106 (83,46%) responderam que não sabiam as implicações legais para cirurgiões-dentistas, nos casos onde há suspeita ou confirmação de abuso infantil, enquanto que outros 21 (16,54%) afirmaram que sabiam. (GRAF. 20).



GRÁFICO 20 – Porcentagem de cirurgiões-dentistas entrevistados que sabiam ou não as implicações legais nos casos onde há suspeita ou confirmação de abuso infantil.

Nenhum dos 21 cirurgiões-dentistas que responderam que sabiam as implicações legais (ANEXO 10), nos casos onde há suspeita ou confirmações de abuso infantis, souberam responder quais eram essas implicações para o profissional de Odontologia.

## **6. DISCUSSÃO**

Vivemos em uma sociedade onde, a cada dia, a violência se expressa de forma inequívoca e às vezes de maneira cruel e covarde. Uma de suas expressões mais agressivas se caracteriza pelo abuso contra o ser indefeso. Crianças têm sido vítimas de maus tratos em toda a história da humanidade. (ten BENSEL & KING, 1975; MORRIS, 1991; MOUDEN & BROSS, 1995).

Contudo, nos dias atuais, baseados nas várias situações de violência e abuso sofridas por crianças de diversas nações, uma certa consciência ética e moral atingiu as sociedades deste mundo contemporâneo, e muitas associações de natureza ou não governamentais, surgiram para estabelecer métodos de prevenção e controle dos maus tratos contra crianças ou adolescentes. (DESLANDES, 1993; HEILTZER, 1994; ABRAPIA, 1996; OMS, 1997; ADA, 1999a).

As mais diversas categorias profissionais viram-se, também, responsabilizadas em oferecer às crianças mecanismos de controle e prevenção dos maus tratos, principalmente aquelas que de algum modo tem tido uma maior convivência com elas, destacando-se as áreas da saúde e da educação. Diretores e professores, médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas, auxiliares odontológicos, tornaram-se pessoas indicadas para a detecção de casos de suspeita de abuso infantil, não só pela sua proximidade com as crianças, mas

também pelo seu poder de diagnóstico, como mostraram NOGUEIRA, 1994; SWEET & TSANG, 1999; JOHN et al., 1999; SHANEL-HOGAN & JARRETT, 1999; O'TOOLE et al., 1999 e FLAHERTY et al., 2000.

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

Assim, torna-se importante compreender em que situação se encontra a classe de profissionais de Odontologia, no que tange a sua percepção e atuação nos casos de maus tratos infantis, já que nossa categoria profissional pode desempenhar um papel decisivo na diminuição e prevenção destes abusos.

O presente estudo demonstrou que 29 (22,83%) dos cirurgiões-dentistas entrevistados já haviam atendido crianças com características de maus tratos. Porém, a grande maioria, 98 (77,17%) nunca haviam tido essa oportunidade. Isso pode significar que crianças portadoras de sinais característicos de maus tratos não têm sido adequadamente diagnosticadas ou as mesmas não tem tido oportunidade de freqüentar clínicas odontológicas, quer sejam particulares ou de

saúde pública, ou ainda, que apenas um porcentual reduzido de crianças sofrem de maus tratos em nosso país.

Considerando-se a inadequação ou incapacidade de diagnóstico do cirurgião-dentista em perceber casos de maus tratos infantis, no decurso de sua vida profissional e no seu ambiente de trabalho, pode-se afirmar que a prevenção ou interrupção da violência acaba sendo prejudicada, e, crianças e adolescentes, que poderiam estar tendo este benefício, permanecem sob o estigma do medo, da força bruta e da resignação frente às agressões; mantendo-se sob o manto da obscuridade, essas vítimas silenciosas perpetuam a sua angústia e sofrimento podendo, em algumas situações, serem vítimas de complicações maiores, as quais levariam até à morte.

Dos 29 cirurgiões-dentistas que responderam já haver atendido crianças com sinais de abuso infantil, 14 (48,28%) citaram apenas algumas características do ponto de vista psicológico, acentuando o medo, apatia, quietude ou mesmo inquietação, depressão, carência afetiva, insegurança, introspecção, rebeldia, além de uma tristeza no semblante, sinais estes que, necessariamente, não configuram uma criança vítima de maus tratos, já que outras circunstâncias da vida podem gerar os mesmos sintomas, tanto em crianças quanto em adultos.

Ao considerar esses aspectos, pode-se estar sendo extremamente cauteloso nas considerações diagnósticas, ao serem observados os aspectos psicológicos tão somente, como estar negligenciando-se os caracteres físicos associados aos eventos psicológicos; essas crianças, diagnosticadas como

maltratadas do ponto de vista psíquico, talvez possam estar freqüentando a clínica odontológica, após ter passado por experiências traumáticas de ordem física, em que as seqüelas já estivessem acobertadas, pela regeneração tecidual e ou cicatricial. É certo, porém, que os aspectos psicológicos, advindos dos maus tratos, devem ser muito bem apreciados pelo cirurgião-dentista e nunca negligenciados.

Outros 12 (41,38%) cirurgiões-dentistas puderam detectar, além dos citados sinais psicológicos, também sinais perceptíveis de maus tratos físicos, como: beliscões, cicatrizes, fraturas dentais, cortes labiais, hematomas na face, pescoço e braços, roupas sujas e até mesmo o fato de nunca ter escovado os dentes, a falta de higiene corporal ou ainda marcas de espancamento com cabo de vassoura, muito embora esses sinais não ocorressem em todas as crianças ao mesmo tempo, mas sim de forma individualizada.

Do universo de 127 profissionais avaliados, 12 (9,45%) efetivamente conseguiram qualificar características físicas e psíquicas marcantes, como sinais indicativos de maus tratos infantis podendo-se, a partir destes dados, afirmar que uma parcela muito pequena de cirurgiões-dentistas tem tido contato com crianças ou adolescentes, vítimas de maus tratos, estando em condições apropriadas de diagnosticar e perceber os casos suspeitos ou encontrados, não desprezando, em nenhuma hipótese, os diagnósticos feitos a partir e tão somente dos aspectos psíquicos negativos, decorrentes dos maus tratos citados por 14 (11,02%) dos profissionais questionados.

Embora pequeno em número, este grupo de cirurgiões-dentistas teve a possibilidade e a capacidade de perceber sinais de maus tratos em crianças, o que demonstra ser compatível com o que BECKER et al., 1978; CROLL et al., 1981; WRIGHT & THORNTON, 1983; CASAMASSIMO, 1984; SANGER, 1984; SCHIMITT, 1986; FONSECA et al., 1992; KVAAL, 1993; JESSEE, 1995; MOUDEN, 1996; SFIKAS, 1996; DHAR & TANDON, 1998; RIVERA & FURMAN, 1998; VIEIRA et al., 1998; RUPP, 1999; LOUZADO et al., 2001, afirmaram sobre a capacidade dos cirurgiões-dentistas de diagnosticar casos de maus tratos infantis e sua importância para a redução e prevenção.

Aparentemente, o tempo de formado dos profissionais, inquiridos neste estudo, não teve influência quanto à qualidade ou percepção diagnóstica para os casos de suspeita ou confirmação de abuso infantil.

O estudo também demonstrou que a maioria dos 127 profissionais inquiridos, 87 (68,50%) eram oriundos de Faculdades de Odontologia particulares; semelhante resultado foi obtido, quando avaliada a origem da maioria dos cirurgiões-dentistas que já haviam atendido crianças maltratadas; 21 (72,41%) deles graduaram-se em Escolas particulares, sendo assim compatível com a amostra analisada, não significando, contudo, que as Escolas ditas particulares tenham tido uma maior influência no que diz respeito ao ensino e divulgação de conhecimentos sobre maus tratos infantis.

Dos cirurgiões-dentistas pesquisados e que foram orientados durante a graduação (18), 12 (66,67%) eram advindos de escolas particulares, sendo que os outros 6 (33,33%) de escolas públicas.

A prevenção é apresentada como a melhor maneira de preservar a saúde, o bem estar e mesmo até a vida de crianças maltratadas. (WARNICK, 1991; USABCAN, 1995; MOUDEN & BROSS, 1995; OMS, 1997).

Dentre as formas de prevenção citadas por PHEBO em 1992, no considerado nível secundário, que trata da percepção e detecção precoce de uma situação de risco potencial, com a conseqüente interceptação ou impedimento da violência ou sua continuidade, deve-se levar em consideração o treinamento dos profissionais envolvidos neste processo, quanto a sua capacidade de diagnóstico. Para isso, torna-se necessário um embasamento técnico e científico voltado para o preparo de profissionais, como os cirurgiões-dentistas, para a detecção eficaz de casos de suspeita ou confirmação de maus tratos infantis.

Cursos destinados ao diagnóstico dessas situações devem ser ministrados durante a graduação nas diversas Faculdades de Odontologia do país, com vistas a suprir essas necessidades.

Os resultados do presente estudo demonstraram que dos 127 cirurgiões-dentistas entrevistados, 49 (38,58%) julgavam-se capacitados para o diagnóstico de crianças ou adolescentes que sofreram de abuso infantil, sendo que somente 17 (34,70%) deles haviam recebido orientação acadêmica prévia, quer durante a graduação, quer em cursos de pós-graduação. No total, apenas 24

(18,90%) cirurgiões-dentistas dos 127 pesquisados, tiveram algum tipo de orientação na graduação ou após a graduação, sendo que desses, 7 (29,17%) consideraram-se inabilitados para o citado diagnóstico.

Um percentual muito baixo de cirurgiões-dentistas, 13,39% (17) e que receberam instrução durante a graduação ou após a graduação, responderam estar habilitados para o diagnóstico de crianças ou adolescentes maltratados, demonstrando, de modo significativo, que aparentemente as Escolas de Odontologia, tanto públicas quanto particulares, não têm cumprido seu papel instrutivo e educativo no que diz respeito às informações e preparo de seus futuros profissionais para o reconhecimento de casos de abuso infantil, além do pleno exercício de sua cidadania e de seus pacientes.

Durante a graduação em Odontologia, as disciplinas, que mais contribuíram para a divulgação de informações acerca de maus tratos infantis, foram as de Odontopediatria, em 10 (55,56%) oportunidades, Odontologia Legal em 2 (11,11%) situações, Odontologia Preventiva e Social outras 2 (11,11%) ocasiões e outras 4 (22,22%), Psicologia, Extra-Muros, Cirurgia e Antropologia e Sociologia, individualmente; demonstrou-se, de modo efetivo, que aquelas disciplinas, com uma maior ligação com crianças, problemas sociais e legais, são as responsáveis pela divulgação de conhecimentos sobre abuso infantil, embora ainda de maneira pouco eficaz; demonstrou-se também, pelos resultados, que essa divulgação é mais ilustrativa que integradora aos conhecimentos básicos necessários para o desempenho profissional.

Assunto tão importante e que pode determinar a redução de casos de maus tratos infantis, interferindo diretamente nos níveis de violência e desamor social, através de mecanismos preventivos, deveria ser tratado de modo especial, sendo integrado aos programas curriculares de todas as Faculdades de Odontologia, como parte do conteúdo programático a ser desenvolvido nos anos de graduação, independentemente da disciplina a ser responsabilizada para a tarefa.

Torna-se evidente que disciplinas com uma maior ligação com crianças e ou temas sociais ou legais deveriam, automaticamente, fazer parte do rol de disciplinas que assumiriam esta responsabilidade ética.

No Código de Ética Odontológica, no capítulo III, que trata dos deveres fundamentais, no Art. 4º, podemos verificar que, no inciso III, um dos principais deveres do cirurgião-dentista é: *“zelar pela saúde e dignidade do paciente”*, o que indica o compromisso social que temos, enquanto classe profissional, na melhoria da qualidade de vida da população e o compromisso que as Escolas de Odontologia tem, na formação de profissionais que carreguem consigo esta responsabilidade.

Infelizmente, os resultados do presente estudo apontam, apenas, um pequeno percentual de 14,17% (18) cirurgiões-dentistas, obtendo informações durante o curso de graduação, levando-se a crer que há necessidade urgente de que os currículos de graduação em Odontologia adaptem-se, o mais cedo possível, a esta realidade cruel, que é a violência contra crianças e adolescentes.

Quando são avaliados os cursos desenvolvidos sobre o tema, em nível de pós-graduação, como os de aperfeiçoamento, atualização, especialização e outros, a quantidade de informação distribuída é ainda menor; sendo apenas em número de 7, as instituições citadas; quando foram inquiridos os profissionais, sobre a origem de seus conhecimentos sobre maus tratos infantis.

Se forem comparados com os dados oferecidos pela ADA (1999a), onde 47,5% dos cirurgiões-dentistas norte-americanos disseram já ter tido treinamento, durante a graduação ou em cursos de extensão universitária, para o reconhecimento de sinais de abuso infantil, durante uma consulta odontológica, nota-se nossa enorme defasagem em relação a este assunto, sendo então concordantes com VIEIRA (1998) quando, mesmo não tendo dados específicos, afirmou que o *“cirurgião-dentista brasileiro, não sai da Faculdade, capacitado para identificar uma criança que apresente sinais de abuso e, caso suspeite, não sabe o que fazer”*.

Enquanto em 1994, a ADA (1999a) passou uma resolução, encorajando Faculdades de Odontologia e Associações de Classe dos EUA, a desenvolver programas educacionais voltados para o treinamento de dentistas na detecção de sinais de abuso infantil e reportá-los às entidades governamentais apropriadas, não se vê nenhuma de nossas Associações de Classe, ou Conselhos regulamentadores da profissão estender qualquer consideração a este respeito.

Considerando-se a importância do cirurgião-dentista no diagnóstico deste problema, no Brasil, as Escolas de Odontologia deveriam criar programas de

treinamento para os seus alunos, bem como as Associações de Classe poderiam estimular e desenvolver cursos de educação continuada, para o treinamento e detecção de casos de crianças maltratadas, como no caso da CDA, que no ano de 2000, estabeleceu um programa educacional denominado de P.A.N.D.A. (Prevent Abuse and Neglect through Dental Awareness), prevenção do abuso infantil e negligência através da percepção odontológica, para profissionais da área odontológica, com o objetivo de ensiná-los no reconhecimento e relato de casos suspeitos de crianças maltratadas ou negligenciadas; promovendo desta forma mecanismos de prevenção ao abuso infantil.

A OMS (1997), ainda propôs a criação e utilização de um protocolo, padronizado mundialmente, para a identificação de crianças que requisitaram serviços de saúde e que são suspeitas de terem sido vítimas de abuso infantil.

Ainda neste caso, seria oportuno que o Conselho Federal de Odontologia (CFO) incluísse, no Código de Ética Odontológica, um artigo que tratasse exclusivamente deste assunto, determinando a obrigatoriedade dos cirurgiões-dentistas em relatar casos de abuso infantil; isto ainda não ocorreu, mesmo com as alterações propostas e regulamentadas em 05 de junho de 1998, sobre o Código de Ética Odontológica vigente no Brasil desde 19 de dezembro de 1991, como o ocorrido em muitos países que, através de leis, os cirurgiões-dentistas passaram a ser obrigados a detectar e reportar casos de abuso infantil. (MOUDEN & BROSS, 1995; SFIKAS, 1996; JESSEE, 1999; JOHN et al., 1999; LARZELERE & JOHNSON, 1999; ITURRA et al., 1999).

Do ponto de vista legal, ao analisar-se o que afirmam as leis brasileiras sobre o assunto, a Constituição Federal, o Código Penal e o Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei 8069, de 10/07/1990), nota-se uma preocupação da sociedade sobre o tema; contudo, a distribuição do conhecimento dessa legislação, ou melhor, o seu desconhecimento, torna as atitudes em relação aos casos de suspeita ou confirmação de maus tratos ineficaz.

CHAIM (1995), ao estudar as atitudes de cirurgiões-dentistas e acadêmicos de Odontologia, frente a supostos casos de maus tratos, observou que 55% dos entrevistados consideravam mais adequado, antes da denúncia, uma conversa com os pais ou responsáveis; 12% acreditavam que devessem apenas conversar com os pais ou responsáveis e somente 18% consideraram que a denúncia fosse o mais adequado, mesmo que a legislação brasileira já houvesse se manifestado a respeito do assunto desde 1990, como pode ser observado através do Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8.069), de onde pode-se verificar qual ou quais as atitudes adequadas a serem tomadas, pelo cirurgião-dentista, nos casos detectados de abuso infantil.

Nota-se, através do Art. 5 do Estatuto da Criança e do Adolescente, a preocupação, na sociedade atual, em estabelecer um mecanismo de proteção às crianças ou adolescentes que porventura viessem a sofrer de qualquer tipo de agressão, num texto que determina que *“nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência,*

*crueldade e opressão, punido na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais”.*

No Art. 13 do mesmo Estatuto, verifica-se qual a atitude que deve ser tomada pelos cirurgiões-dentistas ou profissionais das áreas da saúde, em que nos *“casos de suspeita ou confirmação de maus tratos contra a criança ou o adolescente serão **obrigatoriamente** comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade, sem prejuízo de outras providências legais”.*

Deste modo, parece ficar claro que a atitude do profissional, em relação aos casos de suspeita ou confirmação de maus tratos, deva ser de comunicar os fatos às autoridades competentes, que no caso é o Conselho Tutelar ou, na sua ausência, o Juizado da Infância e da Juventude, também conhecido como Juizado de Menores, em alguns municípios. Ainda, em alguns casos muito especiais, quando não houver, nem o Conselho Tutelar e, nem tampouco, o Juizado da Infância e da Juventude, os profissionais poderão comunicar os fatos, à um promotor de justiça ou mesmo até, à polícia.

No presente estudo, pode-se observar que dos 127 entrevistados, 57 (44,88%) dos cirurgiões-dentistas responderam, como opção quanto a conduta a ser tomada nos casos de diagnóstico ou suspeita de maus tratos infantis, *“comunicar os fatos às autoridades competentes”*, o que pode-se considerar um fato bastante auspicioso, inda mais que destes 57 indivíduos, 48 (84,21%) deles relataram não haver tido orientação na graduação ou após a graduação sobre violência contra crianças ou adolescentes, sendo que apenas 9 (15,79%) deles

havia tido essa experiência prévia, indicando que o processo informativo das variadas formas de expressão jornalística, através dos meios de comunicação, podem ter tido uma significativa influência na divulgação do conhecimento.

É possível que, mesmo não tendo as instituições educacionais odontológicas, desempenhado o seu papel informativo de modo adequado, os meios de comunicação social acabaram por desenvolver o seu papel, não de todo, mas parcialmente, principalmente se comparados os resultados deste experimento, com os obtidos por CHAIM, em 1995, quando apenas 18% dos entrevistados propuseram a atitude da denúncia, como forma mais adequada nos casos de suspeita ou confirmação de maus tratos infantis.

Mesmo tendo um significativo aumento no conhecimento dos cirurgiões-dentistas em relação à sua obrigação, neste estudo pode-se observar que 33 (23,62%) dos entrevistados optaram por “conversar com os pais ou responsáveis”, acreditando, possivelmente, que o diálogo possa ter algum significado na modificação das atitudes dos violentadores, em relação às crianças maltratadas, esquecendo-se, talvez, que este é um problema com raízes muito profundas e que dificilmente, apenas com um diálogo, possa ser solucionado.

Deve-se considerar, ainda, o fato de que, como afirmou GUERRA (1985), que *“o estudo das relações violentas entre pais e filhos, desvela uma face que a família tem interesse que permaneça oculta, preservando sua imagem de santuário...”*; assim a sociedade, aparentemente quando o assunto é violência contra crianças, gerando constrangimentos os mais diversos, indicando que há, de

certo modo, a possibilidade de que muitos daqueles entrevistados também podem estar cometendo os mesmos atos e, por isso, estabelecem uma atitude mais conservadora, em relação ao caso, porém sem apresentar uma solução viável para o problema.

Outros 30 (23,62%) dos profissionais avaliados, consideraram as duas situações anteriormente citadas como passíveis enquanto conduta: “conversar com os pais ou responsáveis” e, posteriormente não se obtendo respostas, “comunicar o fato às autoridades competentes”; deste modo, talvez, equilibrem a sua consciência, considerando o critério do diálogo, inicialmente proposto, como uma conduta razoável antes do encaminhamento para o sistema judicial. O que parece ser uma atitude equilibrada, pode ser considerada também uma atitude de desculpa em relação ao caso, pois essa oferece uma segunda ou quantas oportunidades forem suficientes para que o agressor mude de conduta.

Deve-se levar em consideração que a responsabilidade de análise real da situação não cabe ao cirurgião-dentista, mas sim aos órgãos competentes, estabelecidos para tanto, e que deverão fazer as diligências cabíveis antes da tomada de uma ação jurídica mais incisiva; contudo, a necessidade de prevenir a manutenção dos maus tratos é do profissional que deve possuir a capacidade de diagnosticá-los.

Muitos podem acreditar, ainda, que o sistema judiciário nada fará em relação ao caso e, portanto, nossa comunicação, às autoridades competentes, não traria nenhum resultado positivo para a criança; mas, devemos lembrar que

nossa obrigação é a de comunicar e não julgar as pessoas envolvidas, cumprindo assim nosso dever ético de preservação da dignidade, da saúde e da vida de um ser humano, no mais das vezes impotente para defender-se sozinho.

Considera-se, ainda, a possibilidade de que, ao utilizar-se do diálogo com os pais ou responsáveis pela criança, sobre a suspeita ou confirmação de maus tratos, esses não mais retornem ao serviço odontológico já que, como afirmou DIMENSTEIN (1994): “*é no ambiente familiar que muitas vezes a violência tem se expressado*”, o mesmo afirmando que essa realidade, tanto brasileira, quanto em qualquer outra sociedade, é verdadeira. (DAMATTA, 1993; VASCONCELLOS, 1997; HARTE & TAYLOR, 2000).

Por outro lado, 5 (3,94%) dos cirurgiões-dentistas entrevistados, descreveram que suas atitudes seriam diferentes das opções oferecidas no questionário, sendo uma delas: “*prestar-lhe meu serviço (no caso odontológico) e orientá-lo a buscar ajuda familiar ou autoridade competente*”, esquecendo-se, talvez, de que seria muito difícil para uma criança ou adolescente procurar ajuda no judiciário para os seus problemas e que muitas vezes o medo é muito maior do que qualquer outra coisa, ou ainda orientar uma criança a buscar ajuda, possivelmente no próprio ambiente em que está sendo maltratada, ou é muita inocência do profissional, ou uma maneira bastante polida de não assumir compromissos com relação a saúde, dignidade e bem-estar de seu paciente.

Alguns aspectos podem ser trazidos à discussão, ao analisar esse tipo de atitude; dentre eles, destaca-se o fato de que o ensino da prática odontológica,

nos últimos anos, pode não ter trazido aos profissionais o aprofundamento necessário sobre o compromisso social fundamental do cirurgião-dentista em relação à população atendida, compromisso esse que extrapola o simples tratamento odontológico, para assumir e “zelar pela saúde e dignidade” do ser humano. O grande envolvimento do estudante com as técnicas reparadoras, num programa educacional em que as disciplinas sociais não têm a possibilidade de expressar-se em função do tempo exíguo destinado à sua aplicação, pode, de algum modo, determinar uma falta de critério ético a ser considerado nos tratamentos ou atendimentos nos serviços odontológicos. O envolvimento com a ciência e a tecnologia não podem desumanizar o profissional, a ponto de que o indivíduo desconsidere, que o *“seu serviço odontológico”* seja apenas de caráter técnico, deixando de lado o ser humano que lhe procurou com um problema.

Ao avaliar as respostas de 2 (1,58%) outros cirurgiões-dentistas que optaram por *“isentar-se, já que o problema não lhe diz respeito”*, torna-se necessário citar, que, uma discussão maior sobre o conteúdo dos programas educacionais odontológicos precisam ser revisados, onde uma gama maior de informações sobre atitude, filosofia, ética e principalmente humanização dos serviços prestados devem ser aplicados. A Odontologia aparentemente tem falhado no seu compromisso social e humano.

Ao *“isentar-se do problema”*, o cirurgião-dentista assume o papel daquele indivíduo que, em um debate sobre violência contra crianças ou adolescentes, pergunta: *“O que tenho com isso?”*. Esquece, contudo, de seu papel

social, como promotor de saúde e agente da melhoria da qualidade de vida das pessoas.

A violência contra crianças ou adolescentes, não é só da conta de quem a pratica ou sofre. É antes uma responsabilidade da sociedade, em proteger aqueles indivíduos incapazes de realiza-la por si e, neste contexto, o cirurgião-dentista deve assumir a sua parcela de responsabilidade.

Esta é uma realidade do cotidiano brasileiro e mesmo que pareça para alguns estar muito distante de nossos lares ou ambientes de trabalho, pode ser que não; os fatos podem estar muito próximos ou até mesmo sob nossas vistas, só que sem o preparo e as condições mínimas de percepção, esses acabam passando despercebidos.

CHAIM, em 1995, observou que não havia, na época, uma conduta padrão entre os cirurgiões-dentistas para os casos de maus tratos em crianças, mas apenas conceitos éticos, estabelecidos de acordo com a personalidade do entrevistado. Pode-se afirmar que, ainda atualmente, a classe odontológica permanece carecendo de uma conduta padrão para os casos de violência contra crianças e adolescentes.

Este estudo demonstra, ainda, que dos 24 cirurgiões-dentistas que afirmaram ter tido orientação quanto ao diagnóstico de crianças com suspeita ou confirmação de maus tratos, apenas 9 (37,50%) deles optaram por *“comunicar o fato às autoridades competentes”*, o que determina que, apesar de terem tido conhecimentos sobre diagnóstico, os outros 15 (62,50%) profissionais não tiveram

informações sobre a conduta adequada a ser tomada após o diagnóstico, ou seja, não basta apenas diagnosticar, mas é preciso uma tomada de posição frente a situação. Reportar o caso às autoridades, implica em intervir para que o problema apresente uma solução.

Deste modo, quando se observa que desses 24 profissionais que receberam orientação, 1 deles respondeu como opção: *“isentar-se, já que o problema não lhe diz respeito”*, pode demonstrar que o tipo de orientação recebida foi superficial, mostrando a necessidade de estabelecimento de um processo educacional coerente e fundamentado, que possa realmente trazer benefícios às crianças maltratadas, através de sua prevenção.

Daqueles 57 profissionais que responderam *“comunicar o fato às autoridades competentes”*, 48 (84,21%) deles relataram não haver tido nenhuma orientação, na graduação ou pós-graduação, sobre violência contra crianças ou adolescentes; apenas 9 (15,79%) cirurgiões-dentistas afirmaram ter tido esse tipo de experiência educacional, o que demonstra que outros mecanismos informativos tem tido uma significância muito maior, para a informação sobre maus tratos infantis, para o profissional de Odontologia, que a própria Instituição Educacional que deveria ser o local indicado para essa realização.

Por falta de produção de informação e conscientização dentro do ambiente escolar, a sociedade tem assumido seu papel no lugar da Faculdade; afinal, alguém precisa tomar uma atitude.

Mesmo quando se observa o significativo aumento de profissionais que responderam como única e como segunda opção, quanto à conduta a ser tomada nos casos de diagnóstico ou suspeita de maus tratos infantis, “*comunicar os fatos às autoridades competentes*”, em relação ao estudo de 1995 de CHAIM, destes 87 profissionais que fizeram essa opção, 9 (10,34%) deles relataram que comunicariam os casos à Assistência Social; outros 5 (5,75%), levariam o conhecimento dos fatos a uma Delegacia de polícia, situação esta que deve ser tomada quando nenhum outro órgão responsável e competente, puder assisti-lo; outros 3 (3,45%), comunicariam à Delegacia da Mulher, talvez por estabelecerem alguma identificação com os casos de violência contra a mulher; mas, mesmo assim, esta deveria ser comunicada quando não houvesse outra possibilidade qualquer; outros 2 (2,30%), procurariam diretamente um policial, não entende-se bem como, saindo do consultório atrás de um policial, ou talvez telefonando para um policial conhecido, o que se pode afirmar que não é o modo mais adequado e o outro indicando o caso para uma Delegacia do “Menor” que, por ora no Brasil, não existe. Destes 87, outros 2 (2,30%) cirurgiões-dentistas comunicariam diretamente à promotoria, que acaba sendo o mesmo caso das comunicações feitas à polícia, que deveriam ser encaminhadas, somente, quando não houvesse nenhum outro órgão competente para tanto, o que não era o caso nos municípios estudados; outros 8 (9,20%) profissionais afirmaram que não sabiam exatamente para quem deveriam comunicar os fatos e ainda 4 (4,59%) deixaram sem resposta a questão, significando que estes 33 ( 37,93%) de cirurgiões-dentistas, não sabem

qual a autoridade competente que deva ser notificada. Ainda, 21 (24,14%) deles optaram por indicar o Juizado de Menores, que seria a segunda opção, na falta do Conselho Tutelar e apenas 33 (37,93%) indicaram o órgão adequado para o relato do fato, o Conselho Tutelar.

Um dos profissionais acredita que, embora não sabendo *“qual a autoridade competente é responsável, este não seria o problema”*; contudo, isso indica que o profissional não está adequadamente capacitado para o diagnóstico e conduta frente aos casos de maus tratos infantis e, somando-se aos outros resultados, acaba por indicar que a classe odontológica carece realmente de uma maior educação neste sentido.

Notadamente os cirurgiões-dentistas brasileiros, bem como a maioria da população, desconhece a legislação.

No Código Penal, onde o Art. 136 dispõe sobre maus tratos, este especifica o seu significado dizendo que é: *“expor a perigo de vida ou a saúde de pessoa sob sua autoridade, guarda ou vigilância, para fim de educação, ensino, tratamento ou custódia, quer privando-a de alimentos ou cuidados indispensáveis, quer sujeitando-a a trabalho excessivo ou inadequado, quer abusando de meios de coerção ou disciplina”*; enquanto o Art. 224 no mesmo Código Penal declara que se presume a violência se a vítima: *“a) não é maior de 14 (quatorze) anos”*.

Na Constituição Federal, o Art. 227 determina que: *“É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, ao lazer, à profissionalização,*

*à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão”.*

No parágrafo 4º: *“A lei punirá severamente o abuso, a violência e a exploração sexual da criança e do adolescente”.*

Parece ser relevante citar ainda, que, muito recentemente, no projeto do novo Código Civil Brasileiro, aprovado pelo Congresso Nacional, o pátrio poder tanto pode ser materno quanto paterno, de acordo com a capacidade sócio-econômica e moral de cada um, determinada pelo poder judiciário.

Estes são apenas alguns exemplos da legislação brasileira sobre o assunto, muito embora acredita-se, que estes aspectos punitivos são de conhecimento da maioria da população, inclusive dos cirurgiões-dentistas, já que a violência, sendo algo abominável em qualquer sociedade, deva ser punida.

Quando se fala em punição, para aquele cirurgião-dentista que não cumprir o seu papel profissional de diagnosticar, ético e principalmente legal de informar às autoridades competentes, a grande maioria dos profissionais entrevistados 106 (83,46%) não sabiam quais as implicações legais para si, nos casos onde há suspeita ou confirmação de maus tratos. 21 (16,54%) outros, afirmaram que sabiam; no entanto, nenhum deles foi capaz de responder com correção quais eram estas implicações que podem gerar punição para o profissional, ou seja, nenhum dos 127 profissionais entrevistados acredita que haja qualquer tipo de punição para o profissional que diagnosticando ou

suspeitando de um caso de maus tratos, não comunique às autoridades competentes.

O profissional não sabe que, além de sua responsabilidade ética, o não cumprimento de sua obrigação legal, pode gerar punição para si mesmo.

No artigo 245 do Estatuto da Criança e do Adolescente são descritas as penalidades para aqueles profissionais que não cumprirem com sua obrigação; portanto, *“deixar o médico, professor ou responsável por estabelecimento de atenção à saúde e de ensino fundamental, pré-escola ou creche, de comunicar à autoridade competente os casos de que tenha conhecimento, envolvendo suspeita ou confirmação de maus tratos contra criança ou adolescente. Pena: multa de três a vinte salários mínimos de referência, aplicando-se o dobro em caso de reincidência.”*

Deste modo, o Art. 245 do Estatuto da Criança e do Adolescente, deixa claro que se o *“responsável por estabelecimento de atenção à saúde”*, no caso o cirurgião-dentista, deixar de notificar o caso, além da omissão, que sem dúvida é uma das maiores aliadas à manutenção dos quadros de violência contra crianças e adolescentes, também poderá ser punido na forma da Lei.

Pode-se sugerir ainda, que os cirurgiões-dentistas, mantenham uma documentação adequada dos casos de maus tratos identificados, e, se possível, com fotografias das lesões detectadas e diagnosticadas, já que, algumas delas, podem sumir com o tempo; contudo, se nos casos relatados, forem tomadas

providências rápidas, um exame de corpo de delito, acabará por documentar as lesões encontradas.

Em face à presença de cirurgiões-dentistas atrelados aos serviços públicos de saúde, convivendo em contato com um grande número de pacientes diariamente, à presença de cirurgiões-dentistas em equipes multiprofissionais de saúde em diversos Hospitais, às Clínicas Odontológicas das muitas Faculdades de Odontologia, aos métodos de aplicação da moderna prevenção odontológica em massa, com atividades constantes em grupos de crianças e adolescentes, quer em Escolas ou em Associações de Bairro e mesmo até no cotidiano da atividade clínica particular, a Odontologia, como Classe profissional, e seus membros podem contribuir, decisivamente, no processo de redução e prevenção da violência contra crianças e adolescentes no Brasil, através da coleta de informações, diagnóstico de casos de suspeita de abuso infantil, reportando-os às autoridades competentes e oferecendo o seu contributo profissional à manutenção da saúde e recuperação das crianças e ou adolescentes afetados.

As Faculdades de Odontologia, particulares ou não, as Associações de Classe Odontológica e os Conselhos Regionais de Odontologia, devem ser estimulados a promover cursos para o treinamento de cirurgiões-dentistas no diagnóstico ou suspeição de casos de maltrato infantil.

E, finalizando, é importante considerar que mesmo não tendo o CFO se adiantado neste sentido e mesmo havendo pouca divulgação deste assunto no meio odontológico, isso não retira do cirurgião-dentista o seu compromisso com a

sociedade, de “zelar pela saúde e dignidade de seu paciente”, não se tornando um profissional omissos nos casos encontrados e exercendo seu papel como cidadão, denunciando-os às autoridades competentes, respondendo deste modo ao seu compromisso ético e legal.

## **7. CONCLUSÕES**

Com base nos resultados observados neste estudo, parece lícito afirmar que:

1- A maioria dos cirurgiões-dentistas, atualmente parece não apresentar condições adequadas para perceber ou diagnosticar casos de maus tratos em crianças ou adolescentes.

2- Do ponto de vista legal, o cirurgião-dentista carece de maiores informações sobre qual a conduta a ser tomada nos casos de suspeita ou confirmação de maus tratos infantis, desconhecendo, inclusive, as penalidades que lhe são cabíveis, no caso de não reportar o fato ao Conselho Tutelar ou, na sua ausência, ao Juizado da Infância e da Juventude.

3- Quando oferecida orientação sobre maus tratos em crianças ou adolescentes, em cursos de graduação ou pós-graduação em Odontologia, a mesma não tem sido suficiente em quantidade e qualidade, para que o cirurgião-dentista possa utiliza-la como método rotineiro de

diagnóstico, havendo, portanto, inadequada formação profissional neste sentido.

4- Há necessidade que os Conselhos Federal e Regionais de Odontologia, as Associações de Classe Odontológicas e as Faculdades de Odontologia sejam estimulados a discutir, mais profundamente, o assunto, criando, a partir disso, um artigo específico sobre o tema, nos códigos que regulamentam o exercício profissional.

5- Há necessidade que as Faculdades de Odontologia sejam estimuladas a incluir, nos seus programas educacionais, cursos regulares sobre a responsabilidade ética e legal do cirurgião-dentista em relação à criança maltratada.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN DENTAL ASSOCIATION COUNCIL ON DENTAL PRACTICE. *The Dentist's Responsibility in Identifying and Reporting Child Abuse*. Chicago, ADA (American Dental Association), 1994.

AMERICAN DENTAL ASSOCIATION (ADA) – *Trained Dentists More Likely to Notice Signs of Child Abuse*. ADA News Releases [On Line] Disponível na [www.http://ada.org/newsrel/0496/nr-01.html](http://ada.org/newsrel/0496/nr-01.html) [citado em 08 Aug 1999a].

AMERICAN DENTAL ASSOCIATION (ADA) – *ADA Moves to Expand Educacional Efforts to Recognize Signs of Family Violence*. ADA News Releases [On Line] Disponível na [www.http://ada.org/newsrel/9612/nr-01.html](http://ada.org/newsrel/9612/nr-01.html) [citado em 08 Aug 1999b].

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA MULTIPROFISSIONAL DE PROTEÇÃO À INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA (ABRAPIA) – *Dados Informativos*, Rio de Janeiro, 1996, 20 p.

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. 24-28, 1978.

---

\* Baseada na NBR-6023 de agosto de 2000, da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT).

\*\* Abreviatura dos títulos dos periódicos em conformidade com o MEDLINE.

BIEHL, J. I. – *Criança Hospitalizada por Maus Tratos: O Cuidado e o Significado das Vivências de Cuidadores de Enfermagem*. Porto Alegre, 1997. 212 p. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina.

BOWEN, K. – *Child Abuse and Domestic Violence in Families of Children seen for Suspected Sexual Abuse*. Clin Pediatr Phila, v. 39, n. 1, p. 41-42, 2000.

BRASIL, Constituição, 1988. - *Constituição: República Federativa do Brasil*. Centro Gráfico, Brasília, Senado Federal, 292 p., 1988.

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

BRASIL, Leis, Decretos, etc. - *Código Penal Brasileiro*. Ed. Rideel, São Paulo, 237 p., 1991.

BRASIL, Leis, Decretos, etc. – *Lei Federal nº 8.242, de 12 de outubro de 1991 (DOU – Seção 1 – 12/10/91)*, Brasília, 1991.

BRASIL. Leis, Decretos, etc. – *Pacto Comunitário Contra a Violência Intrafamiliar*. [On Line] Disponível na [www.http://mj.gov.Br/seah/apah/pacto/objetivos.htm](http://mj.gov.Br/seah/apah/pacto/objetivos.htm) [citado em 01 de Abril de 2001].

BRASIL. Leis, Decretos, etc. Ministério da Saúde. – *Portaria 1.444, de 28 de dezembro de 2000*. J CROSP, v. 22, n. 95, p.11, 2001.

CAFFEY, J. - *Fractures in the Long Bones of Infants Suffering from Chronic Subdural Hematoma*. Am J Roentg, v. 56, n. 8, p.163-173, 1946.

CALIFORNIA DENTAL ASSOCIATION (CDA) - *PANDA Indicators of Child Abuse and Neglect*. [On Line] Disponível na [www.http://cda.org/public/panda1.html](http://cda.org/public/panda1.html), [citado em 19 jul 2000].

CAMPOS, H. - *Estatística Experimental Não-paramétrica*. 4<sup>a</sup> ed., Edusp, Piracicaba, 1983, 349p.

CASAMASSIMO, P. S. – *Oral Facial Lesions in Sexual Abuse*. In: SANGER, R. G. & BROSS, D. C. – *Clinical Management of Child Abuse and Neglect. A Guide for the Dental Professional*. 1. ed. Chicago, Quintessence Pub. Co. Inc., p. 43-51, 1984.

CHAIM, L. A. F. – *Odontologia Versus Criança Maltratada*. Rev A P C D, v. 49, n. 2, p. 142-144, 1995.

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

COLLINS, K. A.; NICHOLS, D. A. – *A Decade of Pediatric Homicide: A Retrospective Study at the Medical University of South Carolina*. Am J Forensic Med Pathol, v. 20, n. 2, p. 169-172, 1999.

COLOMBIA, Congresso Colombiano de Prevencion y Atencion del Maltrato Infantil (6: 1997: cartagena, Colombia) – *Memoria del II Congreso Iberoamericano, V Latinoamericano y VI Colombiano de Prevención y Atención del Maltrato Infantil / Organizado por Ila Asociación Afecto contra el Maltrato Infantil*. Santafé de Bogotá, 476 p., 1998a.

COLOMBIA, Consejería Presidencial para la Política Social – *El Maltrato Infantil y la Cultura*, 1998. Santafé de Bogotá, 22 p., 1998b.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA (CFO) – *Código de Ética Odontológica*. Resolução nº 179 de 19 de Dezembro de 1991 (Alterado pelo regulamento nº 01 de 02 de Junho de 1998). CFO, Rio de Janeiro, 1999.

CROLL, T. P.; MENNA, V. J.; EVANS, C. A. - *Primary Identification of an Abused Child in Dental Office: A Case Report*. *Ped Dent*, v. 3, n. 4, p. 339-342, 1981.

DAMATTA, R. – *A Casa e a Rua*. Ed. Guanabara, Rio de Janeiro, 1987.

DAMATTA, R. – *Conta de Mentiroso: Sete Ensaios da Antropologia Brasileira*. Ed. Rocco, Rio de Janeiro, 1993.

DARUGE, E.; MASSINI, N.; GALDINO, A. M. - *Ensaio de Sistematização sobre o Ensino da Odontologia Legal e Deontologia*. Faculdade de Odontologia de Piracicaba, UNICAMP. 399 p., 1975.

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. 17-24, 1979.

de PAÚL, J.; DOMENECH, L. – *Childhood History of Abuse and Child Abuse Potential in Adolescent Mothers: A Longitudinal Study*. *Child Abuse Negl*, v. 24, n. 5, p. 701-713, 2000.

DESLANDES, S. F. – *Maus tratos na Infância : Um Desafio para o Sistema Público de Saúde; Análise da Atuação do CRAMI-Campinas*. Campinas, 1993. 197 p. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública.

DHAR, V.; TANDON, S. – *Bite Mark Analysis In Child Abuse*. J Indian Soc Pedod Prev Dent, v. 16, n. 3, p. 96-102, 1998.

DIMENSTEIN, G. – *O Cidadão de Papel. A Infância, a Adolescência e os Direitos Humanos no Brasil*. 8ª ed., Ed. Ática, São Paulo, 157 p., 1994.

DIRANI, M.; FONSECA, N.; DIRANI, C. C. – *Maus Tratos na Infância: Análise de 122 Casos*. Rev Med Sta Casa, v. 1, n. 1, p. 84-88, 1989.

EKWO, E.; VAN VOORHIS, J.; JAUDES, P. K. – *Association of Drug Abuse and Child Abuse*. Child Abuse Negl, v. 19, n. 9, p. 1065-1075, 1995.

EWIGMAN, B.; KIVLAHAN, C.; LAND, G. – *The Missouri Child Fatality Study: Under-reporting of Maltreatment Fatalities Among Children Younger than Five Years of Age, 1983 through 1986*. Pediatrics, v. 91, n. 2, p. 330-337, 1993.

FEDERATION DENTAIRE INTERNATIONALE (FDI) – *FDI World*, FDI, v. 6, n. 6, p. 17, 1996.

FLAHERTY, E. G.; SEGE, R.; BINNS, H. J.; MATTSON, C. L.; CHRISTOFFEL, K. K. – *Health care Provider's Experience Reporting Child Abuse in the Primary Care Setting*. Pediatric Practice Research Group. Arch Pediatr Adolesc Med, v. 154, n. 5, p. 489-493, 2000.

FONSECA, M.; FEIGAL, R.; ten BENSEL, R. – *Dental Aspects of 1248 Cases of Child Maltreatment on File at a Major County Hospital*. *Ped Dent*, v.14, p. 152-157, 1992.

FORTES, P. A. C. – *Ética, Saúde e Bioética: Um Convite à Reflexão*. Série Monográfica, nº 8, Eixo: Políticas, Planejamento e Administração, São Paulo, Departamento de prática de Saúde Pública, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 1997, 27 p.

GLASER, D. – *Child Abuse and Neglect and the Brain - A Review*. *J Child Psychol Psychiatry*, v. 41, n. 1, p. 97-116, 2000.

GUERRA, V. N. A. – *Violência de Pais Contra Filhos: Procuram-se Vítimas*. 2ª ed., Ed. Cortez, 1985.

HARTER, S. L.; TAYLOR, T. L. – *Parental Alcoholism, Child Abuse, and Adult Adjustment*. *J Subst Abuse*, v. 11, n. 1, p. 31-44, 2000.

HEITZLER, G. D. – *Sexual Abuse of the Oral Cavity in Children*. *N Y St Dent J*, v. 60, n. 2, p. 31-33, 1994.

HELPER, R. – *The Etiology of Child Abuse*. *Pediatrics*, v. 51, n. 4, p. 777-779, 1973.

HIBBARD, R. A.; SANDERS, B. J. – *Negligência e Abuso da Criança*. In: *MCDONALD, R. E. & AVERY, D. R. – Odontopediatria*. 6ª ed., Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, p. 17-22, 1995.

ITURRA, L.; CORVALÁN, F.; CONCHA, N. – *Maltrato Infantil*. *Pediatr Dia*, v. 15, n. 1, p. 23-28, 1999.

JENNY, C. – *One in Three Child Abuse Head Injuries Missed*. *ADA News Daily*. [OnLine] Disponível na [www.http://ada.org/adapco/daily/archives/9902/021/abuse.html](http://ada.org/adapco/daily/archives/9902/021/abuse.html). [citado em 08 Aug 1999].

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. 245-249, 1995a.

JESSEE, S. A. – *Orofacial Manifestations of Child Abuse and Neglect*. *Am Fam Physician*, v. 52, n. 6, p. 1829-1834, 1995b.

JESSEE, S. A. – *Child Abuse and Neglect: Implications for the Dental Profession*. *Tex Dent J*, v.116, n.2, p. 40-46, 1999.

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. 259-267, 1999.

KEMPE, C. H.; SILVERMAN, F. N.; STEELE, B. F.; DROEGEMUELLER, W.; SILVER, H. K. - *The Battered-child Syndrome*. *J Am Med Assoc*, v. 181, n. 1, p. 17-24, 1962.

KEMPE, C. H. – *Uncommon Manifestations of Battered-child Syndrome*. *Am J Disable Child*, v. 129, n. 1, p. 265, 1975.

KOCHER, M. S.; KASSER, J. R. – *Orthopaedic Aspects of Child Abuse*. J Am Acad Orthop Surg, v. 8, n. 1, p. 10-12, 2000.

KVAAL, S. I. – *Oral Injuries in Cases of Child Abuse*. Rev Bel Med Dent, v. 48, n. 1, p. 49-53, 1993.

LARKIN, S. – *Child Abuse on the Rise*. Missouri Dent J, v. 73, n. 6, p.18-31, 1992.

LARZELERE, R. E.; JOHNSON, B. - *Evaluations of the Effects of Sweden's Spanking Ban on Physical Child Abuse Rates: A Literature Review*. Psychol Rep, v. 85, n. 2, p. 381-392, 1999.

LAU, J. T.; LIU, J. L.; YU, A.; WONG, C. K. – *Conceptualization, Reporting and Underreporting of Child Abuse in Hong Kong*. Child Abuse Negl, v. 23, n. 11, p. 1159-1174, 1999.

LOUZADO, M.; ARAÚJO, C. H.; SCARIOT, F.; DORNELLES, M. S. O.; PRADO, D. – *Manifestações Orais em Crianças Abusadas Sexualmente*. R B O, v. 58, n. 1, p. 33-34, 2001.

McCLAIN, P.; SACKS, J.; FROEHLER, R.; EWIGMAN, B. – *Estimates of Fatal Child Abuse and Neglect, United States, entre 1979 e 1988*. Pediatrics, v. 91, p. 338-343, 1993.

MORRIS, W. O. – *Ethical and Legal Duties of a Parent to Provide Dental Treatment to a Minor*. J. Ala Dent Assoc, v. 75, n. 1, p. 32-37, 1991.

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.

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

MURPHY, J. M.; WELBURY, R. R. – *The Dental Practitioner's Role in Protecting Children from Abuse. 1. The Child Protection System*. Br Dent J, v. 184, n. 1, p. 7-10, 1998.

NAIDOO, S. – *A Profile of the Oro-Facial Injuries in Child Physical Abuse at a Children's Hospital*. Child Abuse Negl, v. 24, n. 4, p. 521-534, 2000.

NATIONAL CENTER ON CHILD ABUSE PREVENTION RESEARCH (NCCAPR) – *Current trends in child abuse reporting and fatalities*. Chicago: National Committee for Prevention of Child Abuse, p. 1-23, Abril de 1992.

NATIONAL CENTER ON CHILD ABUSE AND NEGLECT (NCCAN) – *Study of National Incidence and Prevalence of Child Abuse and Neglect*. Department of Health and Human Services, 1998.

NEEDLEMAN, H. L. – *Orofacial Trauma in Child Abuse: Types, Prevalence, Management and the Dental Profession's Involvement*. Ped Dent, v. 8, Spec Iss n.1, p. 71-80, 1986.

NOGUEIRA, M. A – *O Papel da Escola na Prevenção dos Maus Tratos na Infância e Adolescência*. Rev Bras Saúde Esc, v. 3, n. 1, p. 241-243, 1994.

OLIVEN, R. G. – *Violência e Cultura no Brasil*. Ed. Vozes, Petrópolis, 1982.

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

O'TOOLE, R.; WEBSTER, S. W.; O'TOOLE, A W.; LUCAL, B. – *Teacher's Recognition and Reporting of Child Abuse: A Factorial Survey*. *Child Abuse Negl*, v. 23, n. 11, p. 1083-1101, 1999.

PATEL, D. R.; GUSHURST, C. – *Medical Evaluation of Child Abuse*. *Indian J Pediatr*, v. 66, n. 4, p. 577-587, 1999.

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

PINHEIRO, P. S. – *As Relações Criminosas*. *Jornal Folha de São Paulo, Caderno Mais*, 22 de Setembro de 1996.

RIVERA, M. P.; FURMAN, E. – *Hallazgos Clinicodentales em Niños Sugestivos de Maltrato Infantil*. *Univ Odontol*, v. 17, n. 36, p. 59-64, 1998.

RODRIGUES, A. A. – *Violência Doméstica Contra Crianças e Adolescentes no Distrito Federal*. Departamento de Serviço Social, Universidade de Brasília, 153 p., 1996.

RUPP, R. P. – *Conditions to be Considered in the Differential Diagnosis of Child Abuse and Neglect*. *Gen Dent*, v. 46, n. 1, p. 96-100, 1998.

RUPP, R. P. – *Recognizing Child Abuse and Neglect: A Survey of Kansas Dental Offices*. J Kansas Dent Assoc, v. 84, n.4, p. 20-24, 1999.

SANGER, R. G. - *Oral Facial Injuries in Physical Abuse*. In: Sanger, R.G.; Bross, D.C. *Clinical Management of Child Abuse and Neglect. A Guide for the Dental Professional*. 1<sup>a</sup> ed. Chicago, Quintessence Publishing Co., p. 37- 41, 1984.

SCHIMITT, B. D. - *Types of Child Abuse and Neglect: An Overview for Dentists*. Ped. Dent., v. 8, p. 67-71, 1986.

SFIKAS, P. M. – *Does the Dentist Have an Ethical Duty to Report Child Abuse?* J Am Dent Assoc, v. 127, n. 4, p. 521-523, 1996.

SHANEL-HOGAN, K. A.; JARRETT, J. A. – *Reporting Child Abuse and Neglect: Responding to a Cry for Help*. J Calif Dent Assoc, v. 21, n. 11, p. 869-879, 1999.

SILVA, C. G. - *Síndrome da Criança Espancada*. In: *Pediatria Básica*, MARCONDES, E., 8<sup>a</sup> ed., Ed. Sarvier, São Paulo, v. 1, p. 829-831, 1999.

SILVERMAN, F. N. - *The Roentgen Manifestations of Unrecognized Skeletal Trauma in Infants*. Am J Roentg, v. 69, n. 3, p. 413-427, 1953.

SOGNAES, R. F.; BLAIN, S. M. – *Child Abuse and Neglect. 1- Diagnostic Criteria of Special Interest to Dentists*. J Dent Res, v. 58, Spec Iss, A, Abst 1104, p. 367, 1979.

SWEET, D.; TSANG, A – *Detecting Child Abuse and Neglect – Are Dentists doing Enough?*. J Can Dent Assoc, v. 65, n. 7, p. 387-391, 1999.

TAVIRA, R. S.; AHEDO, R. S.; BASTON, E. H. – *El Maltrato Infantil: Un Problema Mundial*. Salud Pública Méx, v. 40, n. 1, p. 58-65, 1998.

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. 16-26, 1975.

UNITED STATES ADVISORY BOARD on CHILD ABUSE and NEGLECT (USABCAN) – *A Nation's Shame: Fatal Child Abuse and Neglect in the United States*. Washington: Administration for Children and Families. 9 p., 1995.

VASCONCELLOS, J. G. M. – *A Violência Contra Crianças e Adolescentes no Espírito Santo de 1994 a 1996*. Núcleo de Estudos da Criança e do Adolescente, Universidade Federal do Espírito Santo, 94 p., 1997.

VIEIRA, A R. – *Abuso Infantil*. J Bras Odontoped Odont Bebê, v. 1, n. 2, p. 57-61, 1998.

VIEIRA, A. R.; MODESTO, A.; ABREU, V. I. - *Avaliação dos Casos de Abuso Infantil do Hospital Municipal Souza Aguiar (Rio de Janeiro) e sua Relação com o Cirurgião-Dentista*. Ped Atual, v. 11, n.1/2, p. 21-32, 1998.

WARNICK, A J. – *We Can Prevent Murder!* J Mich Dent Assoc, v. 73, n. 3, p. 33-35, 1991.

WELBURY, R. R. – *Child Physical Abuse*. In: ANDREASEN, J. O. & ANDREASEN, F. M. – *Textbook and Color Atlas of Traumatic Injuries to the Teeth*. 3ª ed. Copenhagen: Munksgaard, p. 181-193, 1994.

WOOLLEY Jr., P. V.; EVANS Jr., W. A. - *Significance of Skeletal Lesions in Infants Resembling those of Traumatic Origin*. J Am Med Assoc, v. 158, n. 6, p. 539-543, 1955.

WRIGHT, J. T.; THORNTON, J. B. – *Osteogenesis Imperfecta with Dentinogenesis Imperfecta: A Mistaken Case of Child Abuse*. Ped Dent, v. 5, n. 3, p. 207-209, 1983.

ZACHARIAS, M. - *Dicionário de Medicina Legal*. 2<sup>a</sup> ed. IBRASA, Curitiba, Ed. Univ Champagnat, 478 p., 1991.

# ANEXO 1

CALIFORNIA DENTAL ASSOCIATION, 2000.

***Programa educacional de prevenção do abuso infantil e negligência através da percepção odontológica.***

Informações que devem ser observadas ao avaliar casos de suspeita ou de abuso infantil:

**1 - Mordidas e machucaduras:**

- Machucaduras em qualquer parte do corpo da criança, em especial na face.
- Machucaduras nas regiões posteriores do corpo da criança.
- Machucaduras com formatos específicos, denotando os objetos que possam ter sido utilizados para a agressão (as palmas das mãos, marcas de cintos e fivelas, cabides, remos ou correias).
- Múltiplas machucaduras, indicando repetidas agressões com as mãos ou instrumentos quaisquer.
- Machucaduras em variados estágios cicatriciais ou de cura.
- Marcas de mordidas humanas.

**2 – Queimaduras:**

- Queimaduras com pontas de cigarro.
- Queimaduras nas mãos ou nos pés, com formas de “meias” ou “luvas”, indicando a imersão dos membros em líquidos quentes.
- Queimaduras nos pulsos, provocadas por amarrias com cordas, indicando o confinamento ou aprisionamento da vítima.
- Queimaduras secas, indicando que a criança foi obrigada a sentar em uma superfície quente ou foi encostado um instrumento quente sobre a sua pele.

**3 – Lacerações ou abrasões:**

- Lacerações dos lábios, olhos ou qualquer porção da face da criança.
- Lacerações nos freios labiais.
- Ausência de cabelo e ou presença hemorrágica no couro cabeludo, indicando puxões vigorosos dos cabelos.
- Hematomas subdurais, demonstrados por hemorragias cerebrais causadas por intensas sacudidas ou pancadas.
- Hemorragias oculares (retina) ou deslocamento (retina).
- Dentes amolecidos, fraturados ou perdidos.
- Evidências de doenças venéreas na boca ou de sexo oral forçado, como ferimentos palatais.

## Continuação do ANEXO 1

### **4 – Lesões esqueléticas:**

- Costelas fraturadas.
- Fraturas nasais e ou dos maxilares.
- Fraturas do osso externo ou da escápula.
- Traumas cranianos.
- Fraturas ou traumas na coluna vertebral.
- Fraturas recorrentes nos mesmos locais.

### **5 – Lesões causadas por torções ou puxões:**

- Fraturas nas pontas dos ossos longos.
- Fraturas em espiral.
- Elevação no perióstio.

### **6 – Lesões internas causadas por socos na região mediana do abdômen:**

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

### **7 – Indicadores comportamentais de abuso:**

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

- Cuidadosa ou alerta no contato com adultos.
- Apreensão quando há choro de outras crianças.
- Amedrontada quanto ao retorno ao lar. Medo dos pais.
- Demasiado concordante e passiva.
- Extremamente agressiva, exigente, furiosa, e, algumas vezes hiper-ativa, ocasionado pela frustração ou desejo de obter atenção por qualquer meio, ou extremamente dependente.
- Retardamento no desenvolvimento das habilidades motoras, treinamento para higiene corporal, problemas quanto à socialização ou linguagem. Este retardamento também pode significar alterações no sistema nervoso central, causados por abuso psíquico, negligência médica ou nutricional ou estimulação inadequada.

## Continuação do ANEXO 1

### **8 – Outros indicadores de abuso ou negligência:**

- A criança está suja, despenteada ou demonstra pobre higiene pessoal.
- A criança está mal vestida para as condições do tempo. Em alguns casos a criança está usando roupas para encobrir as marcas das lesões ou machucaduras.
- Há evidências de pouca ou nenhuma supervisão dos responsáveis nas atitudes das crianças, como nas repetidas quedas ao subir escadas, repetida ingestão de substâncias tóxicas ou perigosas, crianças que são cuidadas por outras crianças ou está sem nenhuma supervisão nas ruas ou locais públicos.
- Criança com desordens psíquicas ou mentais são muito vulneráveis e são também, muitas vezes, alvos de abuso, devido a sua dificuldade em lidar com suas necessidades.

### **9 – Negligência odontológica:**

*(A negligência odontológica é definida como a falta de vontade dos pais ou responsáveis em prover ou obter tratamentos adequados para cáries ou infecções bucais ou qualquer outra condição dos dentes ou estruturas de suporte).*

- Dificuldade de alimentação e mastigação dos alimentos constante ou impossível.
- Dores crônicas e permanentes.
- Falta ou atraso no crescimento e desenvolvimento craniofacial da criança.
- Dificuldade ou impossibilidade da criança em realizar diariamente suas tarefas ou atividades, como jogar, brincar ou ir a escola, devido aos seus problemas odontológicos.

### **Alguns indicadores de negligência odontológica:**

- Cáries rampantes não tratadas e facilmente detectadas por pessoas não habilitadas ao diagnóstico (leigas).
- Dores não tratadas, infecções, sangramento ou traumas que afetam a região orofacial.
- História de ausência de continuidade de tratamento após a identificação de uma patologia bucal.

## ANEXO 2

*Exemplo de comunicação ao Conselho Tutelar ou Juizado da Infância e da Juventude.*

Ao Conselho Tutelar do Município \_\_\_\_\_.

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

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

Atenciosamente,

\_\_\_\_\_  
(Autor da denúncia), cidade e data.

## ANEXO 3

### Questionário

Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino

Faculdade de Odontologia que se formou: ( ) Pública ( ) Particular

Tempo de Formado:

( ) até 3 anos. ( ) acima de 3 a 10 anos. ( ) acima de 10 a 20 anos. ( ) acima de 20 anos.

Local de trabalho:

( ) Clínica Particular ( ) Serviço Público ( ) Ambulatório Universitário ( ) Hospital

( ) Outros (especificar) \_\_\_\_\_.

Município \_\_\_\_\_.

**1** - Em sua atuação clínica, teve oportunidade de atender crianças ou adolescentes com características de maus tratos?

( ) SIM ( ) NÃO

Se **Sim**, responder a questão 2, se **Não**, vá direto para a questão 3.

**2** - Favor citar características observadas nas crianças avaliadas:

---

---

---

**3** - Sente-se capacitado para o diagnóstico de crianças ou adolescentes maltratados?

( ) SIM ( ) NÃO

**4** - Foi orientado para o diagnóstico de crianças ou adolescentes maltratados?

( ) SIM ( ) NÃO

### Continuação do ANEXO 3

5 - Se lhe foi oferecido orientação, como aulas ou curso durante a graduação, citar a Disciplina que ministrou o assunto:

Disciplina de \_\_\_\_\_.

( ) Não foi oferecida orientação ou curso ou aulas sobre o assunto durante a graduação.

6 - Se assistiu curso sobre o assunto após a graduação, citar a Entidade ou Instituição que o promoveu:

Entidade ou Instituição \_\_\_\_\_.

( ) Nunca assisti ou vi curso sobre o assunto.

7 - Qual a conduta ser tomada pelo profissional de odontologia ao diagnosticar ou suspeitar de um caso de abuso infantil?

( ) Isentar-se, já que o problema não lhe diz respeito.

( ) Conversar com os pais ou responsáveis.

( ) Discutir e ameaçar os responsáveis pelo abuso.

( ) Comunicar o fato às autoridades competentes.

( ) Outra atitude. Especificar \_\_\_\_\_.

8 - No caso de responder : **"comunicar o fato às autoridades competentes"**, citar o órgão ou a autoridade a ser comunicada:

---

---

---

9 - Sabe quais são as implicações legais para os cirurgiões-dentistas nos casos onde há suspeita ou confirmação de abuso infantil?

( ) SIM ( ) NÃO.

Se, **Sim**, favor citá-las:

---

---

---

---

---

## ANEXO 4

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está recebendo um questionário que faz parte de um projeto de pesquisa intitulado: "A Responsabilidade ética e legal do cirurgião-dentista em relação à criança maltratada".

Solicitamos que após responder o questionário cuidadosamente, devolva-o, colocando de volta no envelope fechando-o logo a seguir.

O questionário não precisa ser identificado.

O questionário que se segue é dividido em duas partes, sendo a primeira relacionada com conhecimentos gerais sobre os entrevistados, sem, contudo considerar as suas identidades e a segunda, referindo-se aos questionamentos solicitados sobre violência contra crianças e adolescentes, diagnóstico, conduta e responsabilidades éticas e legais e sua importância para a Odontologia.

A presente pesquisa não oferece e nem oferecerá qualquer tipo de problema ou risco para os participantes, tratando-se apenas da aplicação de um questionário, sem a necessidade de identificação dos participantes.

Contudo, após aceitar a participação, nenhum recurso poderá ser utilizado para a paralisação da pesquisa, visto que após a entrega dos questionários não haverá mais possibilidade de identificação dos mesmos.

A coleta dos dados será realizada através das respostas dadas no questionário que você está recebendo neste momento.

A responsabilidade desta pesquisa é do Prof. Luís Antônio de Filippi Chaim, RG: 9.378.679 e do Prof. Dr. Roberto José Gonçalves, RG: 1.967.094.

Eu, \_\_\_\_\_, RG: \_\_\_\_\_, certifico que após ter lido o documento acima descrito e suficientemente esclarecido(a), estou plenamente de acordo em participar desta pesquisa, respondendo o questionário e estou ciente que os resultados obtidos poderão ser publicados para a difusão do conhecimento científico.

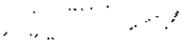
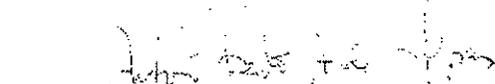
Por ser verdade, firmo o presente:

\_\_\_\_\_  
Nome por extenso

\_\_\_\_\_  
Assinatura

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200\_\_.

## ANEXO 5

 UNICAMP	<b>COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA</b> Universidade Estadual de Campinas Faculdade de Odontologia de Piracicaba CEP-FOP-UNICAMP	
<b>CERTIFICADO</b>		
<p>Certificamos que o Projeto de pesquisa intitulado "A responsabilidade ética e legal do cirurgião dentista em relação à criança maltratada", sob o protocolo nº 02/2000, do Pesquisador(a) <b>Luis Antônio de Filippi Chaim</b> sob a responsabilidade do Prof(a). Dr(a). <b>Roberto José Gonçalves</b>, está de acordo com a Resolução 156/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS, de 10/10/96, tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa - FOP.</p>		
<p>Piracicaba, 06 de fevereiro de 2000</p>		
<p>We certify that the research proposal with title "Ethical and Legal Responsibility of the Dental Surgeon in Relation to Child Abuse", protocol nº 02/2000, by Researcher <b>Luis Antônio de Filippi Chaim</b> responsibility by Prof. Dr. <b>Roberto José Gonçalves</b>, is in agreement with the Resolution 156/96 from National Committee of Health Research Department (MS) and was approved by the Ethical Committee in Research at the Piracicaba Dentistry School/UNICAMP (State University of Campinas).</p>		
<p>Piracicaba, SP, Brazil, February 09 2000</p>		
 Prof. Dr. Pedro Luiz Rosalen Secretário - CEP/FOP/UNICAMP	 Prof. Dr. Antonio Bento Alves de Moraes Coordenador - CEP/FOP/UNICAMP	

## ANEXO 6

REG	SX	FA	TP	TRABAT	CP	OR	GR	DISC	PG	INSTITUIÇÃO	CD	ORG	IMP	CITA	CIDAD
1F	Pu	B	C	N	N	N	N	SR	N	SR	D	CT	N	SR	Araras
2F	Pu	B	CS	S	N	N	N	SR	N	SR	O	&	N	SR	Amparo
3F	Pu	B	C	S	N	N	N	SR	N	SR	D	CT	S	NS	Araras
4M	Pa	B	CS	N	N	N	N	SR	N	SR	B	SR	N	SR	Espinhai
5F	Pa	B	CA	N	S	S	N	SR	S	UNICASTELO	BD	CT	S	NS	Araras
6F	Pa	B	C	S	N	N	N	SR	N	SR	B	SR	N	SR	Araras
7F	Pa	A	C	N	N	N	N	SR	N	SR	D	SR	N	SR	Araras
8F	Pu	C	C	S	S	S	N	SR	S	PUCCAMP	BD	CT	N	SR	Araras
9M	Pa	C	CA	S	N	N	N	SR	N	SR	D	AS	N	SR	Araras
10M	Pu	D	CAH	N	N	N	N	SR	N	SR	BD	&	S	NS	Araras
11F	Pa	C	CS	N	S	N	N	SR	N	SR	BD	CT	N	SR	Amparo
12F	Pa	B	CS	S	N	S	N	SR	S	EPO espec.	D	CT	N	SR	Amparo
13F	Pa	B	CS	N	S	N	N	SR	N	SR	D	JM	N	SR	Amparo
14M	Pa	B	CS	S	S	N	N	SR	N	SR	O	CT	N	SR	Amparo
15F	Pa	B	CS	S	N	N	N	SR	N	SR	BD	CT	N	SR	Amparo
16F	Pu	B	CS	N	N	N	N	SR	N	SR	BD	CT	N	SR	Amparo
17M	Pa	C	C	N	N	S	N	SR	S	ACDC aperf.	D	CT	S	NS	Amparo
18M	Pa	D	CSA	N	N	N	N	SR	N	SR	BD	CT	N	SR	Araras
19F	Pa	D	CS	S	S	N	N	SR	N	SR	BD	CT	N	SR	Amparo
20M	Pa	C	CS	S	N	N	N	SR	N	SR	B	SR	N	SR	Mguaçu
21M	Pu	B	CS	N	N	N	N	SR	N	SR	B	SR	N	SR	Mguaçu
22M	Pa	C	CS	N	N	N	N	SR	N	SR	O	SR	N	SR	Mguaçu
23F	Pu	D	S	N	S	N	N	SR	N	SR	D	JM	S	NS	Mguaçu
24F	Pu	B	S	N	N	N	N	SR	N	SR	D	JM	N	SR	Amparo
25M	Pa	B	CS	N	S	S	N	SR	S	Corsini	D	CT	N	SR	Amparo
26M	Pa	B	CS	N	S	N	N	SR	N	SR	D	DEL	N	SR	Amparo
27M	Pa	B	C	N	S	N	N	SR	N	SR	B	SR	N	SR	Amparo
28F	Pa	B	CS	N	N	N	N	SR	N	SR	D	CT	S	NS	Amparo
29F	Pa	B	C	N	S	N	N	SR	N	SR	D	JM	N	SR	Amparo
30F	Pa	B	CS	N	S	N	N	SR	N	SR	B	SR	N	SR	Amparo
31F	Pu	B	CS	N	S	S	S	PSIC	N	SR	B	SR	S	NS	Mguaçu
32F	Pu	B	C	N	S	N	N	SR	N	SR	D	JM	S	NS	Mguaçu
33M	Pa	A	C	N	N	N	N	SR	N	SR	D	DEL	N	SR	Mguaçu
34M	Pa	C	C	N	S	N	N	SR	N	SR	B	SR	S	NS	Mguaçu
35M	Pa	D	C	N	N	N	N	SR	N	SR	B	SR	N	SR	Mguaçu
36M	Pa	C	CS	N	N	N	N	SR	N	SR	BD	AS	N	SR	Mguaçu
37M	Pu	C	CS	N	N	N	N	SR	N	SR	D	DEL	N	SR	Mguaçu
38M	Pu	C	C	S	N	N	N	SR	N	SR	D	JM	N	SR	Mguaçu
39F	Pu	B	C	N	S	S	S	OPED	N	SR	BD	DEL	N	SR	Mguaçu
40M	Pu	C	C	N	N	N	N	SR	N	SR	D	PRO	N	SR	Mguaçu
41M	Pu	C	A	N	N	N	N	SR	N	SR	B	SR	N	SR	Espinhai

42F	Pu	A	A	N	N	N	N	SR	N	SR	B	SR	N	SR	Espinhal
43M	Pu	D	A	N	N	N	N	SR	N	SR	B	SR	N	SR	Espinhal
44F	Pa	B	AO	N	S	S	S	LEG	N	SR	D	AS	N	SR	Espinhal
45M	Pa	B	CS	N	S	S	S	CIRU	N	SR	A	SR	N	SR	Espinhal
46M	Pa	C	C	S	N	N	N	SR	N	SR	B	SR	N	SR	Espinhal
47M	Pu	C	C	S	S	N	N	SR	N	SR	B	SR	N	SR	Espinhal
48F	Pu	A	C	N	S	S	S	OPED	N	SR	BD &	N	SR	Espinhal	
49M	Pu	B	CS	N	N	N	N	SR	N	SR	D &	N	SR	Espinhal	
50M	Pu	D	C	N	N	N	N	SR	N	SR	B	SR	N	SR	Espinhal
51F	Pa	D	C	S	S	N	N	SR	N	SR	BD	CT	N	SR	Leme
52F	Pa	C	CS	N	N	N	N	SR	N	SR	O	SR	N	SR	Leme
53F	Pa	B	CS	S	N	N	N	SR	N	SR	D &	S	NS	Leme	
54F	Pa	B	CH	N	N	S	S	OPED	N	SR	B	SR	N	SR	Leme
55F	Pa	A	C	N	N	N	N	SR	N	SR	D	JM	N	SR	Araras
56F	Pa	A	C	N	N	N	N	SR	N	SR	BD	JM	N	SR	Leme
57F	Pa	C	CS	N	N	N	N	SR	N	SR	B	SR	N	SR	Leme
58F	Pa	A	C	N	S	S	S	OPED	N	SR	BD	JM	N	SR	Leme
59F	Pu	C	CS	N	N	N	N	SR	N	SR	D	CT	N	SR	Leme
60M	Pa	B	C	N	N	N	N	SR	N	SR	B	SR	N	SR	Leme
61F	Pa	A	CO	N	N	N	N	SR	N	SR	D	CT	N	SR	Leme
62F	Pa	A	C	N	N	N	N	SR	N	SR	B	SR	N	SR	Leme
63F	Pa	B	CO	N	S	S	N	SR	N	SR	B	SR	S	NS	Leme
64F	Pa	B	CS	N	N	N	N	SR	N	SR	BD	CT	N	SR	Leme
65M	Pa	B	CO	N	N	S	S	LEG	N	SR	D	CT	S	NS	Leme
66F	Pa	C	CSO	N	N	N	N	SR	N	SR	D	CT	N	SR	Leme
67F	Pu	C	CS	N	N	N	N	SR	N	SR	BD	CT	S	NS	Leme
68F	Pa	A	C	N	N	N	N	SR	N	SR	O	SR	N	SR	Leme
69M	Pa	C	CS	N	N	N	N	SR	N	SR	B	SR	N	SR	Leme
70F	Pa	B	CS	N	N	N	N	SR	N	SR	BD	CT	N	SR	Araras
71F	Pa	B	CS	S	N	N	N	SR	N	SR	D	AS	N	SR	Araras
72F	Pa	B	CS	N	N	N	N	SR	N	SR	D	CT	N	SR	Araras
73F	Pa	D	C	S	S	N	N	SR	N	SR	D	CT	N	SR	Araras
74F	Pa	A	C	S	S	N	N	SR	N	SR	D	CT	S	NS	Leme
75F	Pa	A	C	N	S	N	N	SR	N	SR	BD	CT	N	SR	Araras
76M	Pa	A	C	N	N	N	N	SR	N	SR	BD	JM	N	SR	Leme
77F	Pa	A	C	N	S	N	N	SR	N	SR	BD	SR	N	SR	Araras
78F	Pa	A	C	N	S	N	N	SR	N	SR	BD	SR	N	SR	Araras
79M	Pa	A	C	N	S	S	S	OPED	N	SR	D &	N	SR	Araras	
80F	Pa	A	C	N	N	N	N	SR	N	SR	D &	N	SR	Araras	
81F	Pa	A	C	N	S	N	N	SR	N	SR	D	AS	N	SR	Araras
82F	Pu	A	C	N	N	S	S	OPED	N	SR	BD	JM	N	SR	Araras
83F	Pa	B	C	N	S	S	S	OPED	N	SR	BD	JM	N	SR	Espinhal
84F	Pa	B	C	N	N	S	S	OPED	N	SR	B	SR	N	SR	Araras
85F	Pa	B	A	N	S	N	N	SR	N	SR	D	JM	N	SR	Araras
86F	Pa	B	CS	S	N	N	N	SR	N	SR	D	JM	N	SR	Araras
87F	Pa	B	C	N	N	N	N	SR	N	SR	B	SR	N	SR	Araras
88F	Pa	A	C	S	N	N	N	SR	N	SR	BD	JM	N	SR	Espinhal

89M	Pa	A	C	N	N	N	N	SR	N	SR	D	JM	N	SR	Espinha
90F	Pu	D	C	N	N	N	N	SR	N	SR	D	CT	N	SR	Espinha
91M	Pu	D	C	N	N	N	N	SR	N	SR	D	CT	N	SR	Espinha
92F	Pa	B	CS	S	N	N	N	SR	N	SR	BD	&	N	SR	Espinha
93F	Pa	C	C	N	N	N	N	SR	N	SR	B	SR	N	SR	Espinha
94M	Pa	C	C	N	N	N	N	SR	N	SR	D	JM	N	SR	Espinha
95M	Pa	C	C	N	S	N	N	SR	N	SR	BD	CT	N	SR	Espinha
96M	Pu	D	C	N	N	N	N	SR	N	SR	D	CT	S	NS	Espinha
97M	Pa	A	C	S	N	N	N	SR	N	SR	B	SR	N	SR	Mguaçu
98F	Pa	C	CO	N	N	N	N	SR	N	SR	BD	DEL	S	NS	Mguaçu
99F	Pu	D	C	N	N	N	N	SR	N	SR	B	SR	N	SR	Mguaçu
100M	Pu	C	C	N	N	N	N	SR	N	SR	D	AS	N	SR	Mguaçu
101M	Pa	B	CS	S	S	N	N	SR	N	SR	D	DMU	S	NS	Mguaçu
102F	Pa	B	C	N	S	S	S	ANTR	N	SR	B	SR	N	SR	Mguaçu
103F	Pa	B	C	N	S	N	N	SR	N	SR	D	SR	S	NS	Mguaçu
104F	Pu	C	CS	S	S	N	N	SR	N	SR	D	CT	S	NS	Mguaçu
105F	Pa	A	C	N	S	S	S	OPS	S	PMMgMirim	D	CT	N	SR	Mguaçu
106M	Pu	C	C	N	N	N	N	SR	N	SR	D	AS	N	SR	Mguaçu
107F	Pu	D	C	N	N	N	N	SR	N	SR	D	DMU	N	SR	Mguaçu
108F	Pa	A	C	N	S	S	S	EXMU	N	SR	B	SR	N	SR	Mguaçu
109F	Pu	B	C	S	N	N	N	SR	N	SR	B	SR	N	SR	Mguaçu
110M	Pa	B	C	S	S	N	N	SR	N	SR	D	JM	N	SR	Mguaçu
111M	Pu	D	C	N	N	N	N	SR	N	SR	D	PRO	S	NS	Mguaçu
112M	Pu	C	C	N	S	S	S	OPED	S	UNI CEPAE	BD	POL	S	NS	Mguaçu
113F	Pa	B	C	N	N	S	S	OPED	N	SR	D	DMU	N	SR	Mguaçu
114M	Pa	D	C	S	S	N	N	SR	N	SR	D	Dme	N	SR	Mguaçu
115F	Pa	B	C	N	S	N	N	SR	N	SR	A	SR	N	SR	Mguaçu
116F	Pa	A	C	N	N	N	N	SR	N	SR	B	SR	N	SR	Espinha
117F	Pu	C	C	S	N	N	N	SR	N	SR	D	JM	N	SR	Espinha
118F	Pa	C	C	N	N	N	N	SR	N	SR	D	JM	N	SR	Mguaçu
119M	Pu	B	C	N	N	N	N	SR	N	SR	D	JM	N	SR	Mguaçu
120F	Pa	A	C	N	S	N	N	SR	N	SR	B	SR	N	SR	Mguaçu
121F	Pa	C	CS	N	N	N	N	SR	N	SR	D	AS	N	SR	Araras
122M	Pa	A	O	N	S	N	N	SR	N	SR	D	CT	N	SR	Mguaçu
123F	Pu	B	C	N	S	N	N	SR	N	SR	B	SR	N	SR	Mguaçu
124M	Pu	D	C	N	S	S	S	OPS	N	SR	D	CT	N	SR	Espinha
125M	Pa	C	C	S	S	N	N	SR	N	SR	BD	&	N	SR	Araras
126F	Pa	C	C	N	N	N	N	SR	N	SR	B	SR	N	SR	Araras
127M	Pa	C	CS	N	S	N	N	SR	N	SR	BD	AS	N	SR	Araras

## ANEXO 7

### Registro

### Confirmação de características de abuso infantil

2	apatia
3	roupas sujas, descuido, nunca escovou os dentes
6	beliscões
8	relato da criança, marca da lesão
9	introspecção, medo, tristeza
12	quieta, machucaduras
14	timidez, dificuldade aprendizado
15	medo, hematomas, relatos
19	depressão, tristeza
20	agressão física, vômitos constantes
38	medo
46	depressão, medo, dificuldade fonação
47	falta de higiene
51	quietas, tristes
53	medo, hematomas, relatos
71	cicatrizes, medo, carência afetiva
73	relatos
74	carência, marcas espancamento (cabo de vassoura)
86	quieta, rebeldia, hematomas na face, pescoço, braços, relatos
88	inquietação, medo da mãe
92	crianças carentes
97	medo, silêncio, tristeza, apatia
101	choro, tensão, medo
104	insegurança, medo, rebeldia
109	fratura dental, cortes labiais
110	sinais de agressão física e mental (medo)
114	vi os maus tratos em minha clínica
117	ausência de resposta
125	carência afetiva, medo, dificuldade raciocínio

## ANEXO 8

<b>Registro</b>	<b>Outras Conduas</b>
2	Mostrar à vítima que pode contar cor
14	se não houver melhora encaminhar o caso ao conselho tutelar
22	procurar orientação
52	procurar o psicólogo da escola da criança e comunicar o fato, para depois de avaliada a criança, conversar com os pais.
68	prestar-lhe meu serviço (no caso odontológico) e orientá-lo a buscar ajuda familiar ou autoridade competente.

## ANEXO 9

### **Registro**      **CDs que não sabem exatamente para quem comunicar**

- |    |  |
|----|--|
| 2  | procurar médicos e enfermeiras   |
| 10 | órgãos de defesa da criança  |
| 48 | não sei o nome   |
| 49 | serviço de proteção à criança  |
| 53 | comunicar a supervisora da instituição   |
|    | qual a autoridade competente não sei, mas não seria difícil de me informar. Não saber qual autoridade é responsável não seria o problema |
| 79 |  |
| 80 | Secretaria Municipal da criança e do adolescente   |
| 92 | "esqueci o nome"   |

## ANEXO 10

### Registro

### Implicações legais

- 3 perda da guarda do filho / detenção / só sei de forma geral.
- 5 perda do pátrio-poder e processo penal.
- 10 processos penais.
- 17 perda da guarda da criança.
- 23 perda da guarda da criança / prisão.
- 28 trata-se de crime contra a pessoa, de periclitacão da vida e da saúde.  
  
conforme o Código de Defesa da Criança e do adolescente o agressor
- 31 pode ser preso.
- 32 responde judicialmente pelos abusos.
- 34 pena de reclusão.
  
- 53 O juiz de menores, através de órgão específico intervém no caso, e, até a retirada da criança, sendo entregue a parentes ou amigos próximos, ou Instituição até ser resolvido o caso (surra). Depende do caso há até prisão.
  
- 63 perda da guarda da criança / cadeia.
- 65 perda da guarda da criança / condenação judicial ou cárcere privado.
- 67 pais podem ser presos / perder a guarda da criança.
- 74 perda da guarda da criança / adolescente se confirmado abuso.
- 96 crime.
- 98 perder a guarda dos filhos / processos.
- 101 perda da guarda da criança no caso dos pais/ processo criminal / prisão.
- 103 perda da guarda das crianças / detenção / avaliações psicológicas.
- 104 perda do pátrio-poder / condenação.
- 111 Crime hediondo.
- 112 punição civil e criminal.