

**Brazilian Journal of Forensic Sciences,
Medical Law and Bioethics**

Journal homepage: www.ipebj.com.br/forensicjournal



**Responsabilidade dos Cirurgiões Dentistas Frente a
Maus-Tratos Contra a Criança – Revisão de Literatura**

**Responsibility of Dental Surgeons Facing Abuse
against Children – Literature Review**

Luis Eduardo Lamego Velasco¹, Gabriela Cauduro da Rosa²,
Rosane Pérez Baldasso³, Mário Marques Fernandes³,
Rogério Nogueira Oliveira³, Arlete Maria Gomes Oliveira¹

¹ *Departamento de saúde coletiva e da família/São Leopoldo, Mandic, Campinas*

² *Departamento de Odontologia Legal/ABORS*

³ *Departamento de Odontologia Social/FOUSP*

Received 30 January 2015

Resumo. Nos últimos anos, os casos de maus-tratos têm aumentado não só no Brasil, como em todo o mundo. Neste contexto, a responsabilidade do Cirurgião-dentista é de suspeitar, identificar e relatar estes casos às autoridades competentes. O objetivo deste estudo foi destacar a responsabilidade e as atribuições legais dos Cirurgiões-dentistas frente aos maus-tratos contra a criança, bem como, evidenciar a importância do diagnóstico precoce do abuso infantil, mediante uma revisão de literatura. Conclui-se que a ausência de uma orientação profissional nas Faculdades de Odontologia e, como consequência, a falta do conhecimento do assunto maus-tratos infantis e da legislação vigente relacionada ao tema têm contribuído para a sua negligência. É dever dos Cirurgiões-dentistas e dos demais profissionais que atuam no campo da saúde denunciar qualquer suspeita ou constatação de lesões em crianças e adolescentes.

Palavras-chave: Criança; Violência doméstica; Relação dentista-paciente; Conduta; Notificação de abuso.

Abstract. In recent years, cases of children abuse have increased not only in Brazil but worldwide. In this context, the responsibility of the dentist is to suspect, identify and report these cases to the competent authorities. The objective of this study was to highlight the

responsibility and legal duties of Dentists against children abuse, as well as highlight the importance of early diagnosis of children abuse. The research was made through literature review of Medline, Google, Lilacs and Bireme. It was concluded that the default of career guidance in dental schools and, consequently, the lack of knowledge of this subject and current legislation related to this, have contributed to this neglect. It is the responsibility of Dentists and other professionals working in the field of health to report any suspected or injury finding in children and adolescents.

Keywords: Child; Domestic violence; Dentist-patient relation; Mandatory reporting.

1. Introdução

O tema do abuso infantil, que frequentemente é abordado na mídia nacional e internacional, tem recebido merecido destaque nos dias de hoje. A violência contra crianças e adolescentes é atualmente reconhecida como um problema de saúde pública de âmbito mundial, pois afeta indistintamente todas as nações¹.

Muitas das atitudes violentas ocorrem no próprio ambiente familiar. Os fatores socioeconômicos, o desemprego, a ausência de políticas públicas, o narcotráfico, a má distribuição de renda e o alcoolismo, são alguns dos vários fatores que incitam todas as formas de violência infantil².

Esta grande variedade de informações busca demonstrar que a responsabilidade é de todos os profissionais, inclusive, os da área da saúde, como os Cirurgiões-dentistas.

Deste modo, com base no exposto, este trabalho propôs-se destacar a responsabilidade e as atribuições legais dos Cirurgiões-dentistas frente aos maus-tratos contra a criança, bem como evidenciar a importância do diagnóstico precoce do abuso infantil, por meio de uma revisão de literatura.

2. Materiais e Métodos

A revisão de literatura foi conduzida com base nos artigos encontrados nas principais bases de dados (Medline, Google, Lilacs e Bireme), foram incluídos como base científica para o trabalho artigos, livros e dissertações sendo qualquer outra forma de informação um critério de exclusão. Foram utilizados os descritores “criança”, “maus-tratos”, “Cirurgião-dentista”.

3. Revisão da Literatura

A violência infantil é relatada desde a antiguidade até os dias atuais, podendo ser classificada de diversas formas como: física, psicológica, sexual e negligência. O

abuso pode se definido como qualquer ato realizado (não-acidental) pelos responsáveis da criança/adolescente (menor de 18 anos de idade) que causa ou cria risco de danos físicos, emocionais ou ofensa sexual (moléstia/estupro)³.

Shaefer (2012)⁴ citou a definição da OMS (Organização Mundial da Saúde) como a situação em que se identifica à existência de um sujeito em condições de superioridade, independente de sua natureza (hierárquica, força física, inteligência, idade), que cometa dano, seja este corporal, psicológico ou sexual, contrariamente à vontade da vítima ou mesmo após consentimento desta, quando tal experiência for obtida por indução ou sedução enganosa. O Ministério da Saúde, no Brasil, considera os maus-tratos toda a ação ou omissão que prejudique o bem-estar físico e psicológico, ou a liberdade ao desenvolvimento infantil.

O primeiro caso relatado oficialmente de abuso e negligência infantil ocorreu nos Estados Unidos, em 1874. Logo após, foi criada a Sociedade para a Prevenção da Crueldade contra a Criança, na cidade de Nova York. Bayer (1995) confirmou, ainda, que em 1972 foi criado, nos Estados Unidos, o Centro Nacional de Crianças Abusadas e Espancadas^{5,6,7}.

A *American Dental Association* (ADA), em 1980, aprovou a responsabilidade do Cirurgião-dentista ao reconhecer e reportar os casos de abuso infantil.⁸ No Brasil, a Constituição Federal⁹ determinou, através dos artigos 227 e 230, à família, à sociedade e ao Estado a obrigação de assegurar à criança vida saudável sem qualquer forma de violência. Porém, a matéria ganhou relevo com a edição do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)¹⁰ - Lei Federal de nº 8069 de 13 de julho de 1990 – onde dois artigos são fundamentais:

a) cap. I, do Direito à Vida e à Saúde, art. 13: “Os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra à criança ou adolescente serão obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade, sem prejuízo de outras providências legais”¹⁰;

b) cap. II, dos Crimes e das Infrações Administrativas, art. 245: “Deixar o médico, professor ou responsável por estabelecimento de saúde e de ensino fundamental, pré-escola ou creche, de comunicar às autoridades competentes os casos de que tenha conhecido, envolvendo suspeita ou confirmação de maus-tratos contra à criança ou adolescente, sob pena de multa de três a vinte salários de referência, aplicando-se o dobro em caso de reincidência”¹⁰.

Este mesmo estatuto, em seu artigo 2º, qualifica como criança a pessoa menor de 12 anos de idade e, como adolescente, as que tendo passado dos 12 anos a ainda não completaram 18 anos de idade¹⁰.

Cavalcanti (2003)¹¹, em um estudo retrospectivo através da análise de laudos médicos de exame de corpo delito, no Departamento Médico-Legal da cidade de João Pessoa (PB), Brasil, no período de 1999 a 2001 observou que a região da cabeça e face foi a mais atingida, apresentando uma prevalência de 60,9% e as escoriações e equimoses as lesões mais frequentes.

Um estudo realizado na cidade de Feira de Santana, BA, evidenciou que a violência física foi a mais frequente (41,8%); os meios de agressão mais utilizados foram força corporal (40,0%) e ameaça verbal (32,8%), cabendo ressaltar (14,0%) de utilização de arma de fogo. As lesões mais identificadas foram corte/laceração/perfuração (45,7%); com maior proporção na região de face/crânio e pescoço (31,5%)¹².

O abuso físico tem sido diagnosticado frente a sinais obtidos em exames extra e intraorais e pode ser visto como choques na cabeça e no pescoço, marcas de mordida, queimadura por cigarro, perda de dentes, fratura de côndilo e feridas/contusões nos lábios e freios linguais/labiais^{3,5,13,14,15}.

As marcas de mordida contêm informações suficientemente detalhadas, podendo ser utilizadas inclusive como prova de que o suspeito esteve no local e manteve contato com a vítima. As mordidas deixam impressões elípticas ou ovais com a marca dos dentes, sendo muito importante comparar a impressões encontradas no corpo da vítima com a arcada do suposto agressor. Diante disso, ressalta-se a importância de que os Cirurgiões-dentistas estejam familiarizados com as marcas de mordidas, pois podem conter sinais importantes na relação de abuso contra a criança¹⁶.

Pode-se suspeitar de abuso sexual a partir de fatores como a história de ataque sexual, a presença de doenças sexualmente transmissíveis (DST), a gravidez em mulheres menores de 12 anos de idade, a presença de pelos pubianos e esperma na cavidade oral, a presença de petéquias na junção entre o palato duro e o palato mole, sinais de abuso físico e o relato direto feito pela própria criança⁶. Pode-se afirmar que um sinal patognomônico de abuso sexual é a existência de manifestações bucais de doenças sexualmente transmissíveis, como por exemplo a sífilis ou gonorreias oral e perioral em crianças¹⁷.

Quanto à demora no reconhecimento do abuso sexual, esta pode ser considerada diretamente proporcional ao grau de parentesco da vítima com o autor, ou seja, quanto mais próxima a relação, maior o tempo para o reconhecimento¹⁸.

A Comissão de Cidadania e Direitos Humanos da Assembleia Legislativa do Rio Grande do Sul (1995), no livro Relatório Azul¹⁹, registram que a metade dos casos de abuso sexual ocorre dentro de casa e são bem mais difíceis de tornarem público.

O Código Penal²⁰, no artigo 129, § 9º, regula o crime de lesão corporal praticado no âmbito doméstico e determina:

Art. 129. *Ofender a integridade corporal ou a saúde de outrem:*

Pena - detenção, de três meses a um ano.

(...)

§ 9º *Se a lesão for praticada contra ascendente, descendente, irmão, cônjuge ou companheiro, ou com quem conviva ou tenha convivido, ou, ainda, prevalecendo-se o agente das relações domésticas, de coabitação ou de hospitalidade: (Redação dada pela Lei nº 11.340, de 2006).*

Pena - detenção, de 3 (três) meses a 3 (três) anos. (Redação dada pela Lei nº 11.340, de 2006).

Vale lembrar que o Estatuto da Criança e Adolescente - ECA (1991)¹⁰, em seu artigo 130, determina que “Verificada a hipótese de maus tratos, opressão ou abuso sexual impostos pelos pais ou responsável, a autoridade judiciária poderá determinar, como medida cautelar, o afastamento do agressor da moradia em comum”.

O abuso emocional pode envolver comportamentos como punir, humilhar ou aterrorizar com graves agressões verbais e cobranças exageradas, baseadas em expectativas irreais em relação ao bom comportamento ou ao desempenho escolar, podendo haver também o isolamento da criança, privando-a de experiências comuns a sua idade, de ter amigos, ou ainda indução a prostituição, ao uso de drogas e ao crime²¹.

Os danos psíquicos são ainda mais significativos quando a vítima é do sexo masculino, pois, além da violência física, o menor luta contra o estigma do homossexualismo, pois precisam lidar, além da violação, com a suposta perda da masculinidade associada à violência a que foram submetidos. Em ambos os gêneros, masculino e feminino, é inquestionável o efeito negativo que este propicia

na autoestima e no desenvolvimento das crianças, com graves repercussões na vida adulta^{3,22,23}.

Enquanto o abuso pode ser definido como um ato de comissão, a negligência é identificada como um ato de omissão, de ausência de cuidados, frequentemente manifestada por uma higiene insuficiente, uma falta de adequada nutrição e um pobre meio-ambiente físico^{3,5,24}.

A AAPD - Academia Americana de Odontopediatria - assume que a negligência pode ser entendida com uma falha dos pais ou responsáveis em submeter o menor a uma condição oral precária, como a dor crônica, a cárie rampante e as infecções orais.

Em regra, as crianças que sofrem algum tipo de maus-tratos demonstram serem hiperativas ou possíveis portadoras de defeitos mentais ou de incapacidades físicas. Assim como podem possuir atraso em seu desenvolvimento, transtornos de sono, comportamento sexualizado inadequado para a idade, ter aversão a contatos físicos, apresentar episódios de medo ou pânico, fugas repetitivas de casa, começar a mentir e furtar, abandonar os laços afetivos e possuir infecções urinárias recorrentes^{14,19,22,23}.

Os Cirurgiões-dentistas podem ser as primeiras pessoas a suspeitar de abuso físico como um resultado da observação dos fatores de risco envolvendo crianças, pais/responsáveis em geral e de lesões envolvendo estruturas orofaciais.

Brum (1997)²² e Welbury (1998)²⁵ propuseram que casos de abuso contra a criança podem ser identificados a partir de alguns sinais importantes como pais hostis, punitivos e que de alguma maneira tendem a culpar outras pessoas, pais/responsáveis alcoólatras, que sofreram abuso, negligência ou que foram rejeitadas no passado; que demonstram ter uma baixa estima, mãe passiva, ausente ou incapaz de impor-se diante do pai; ou ainda pais que se opõem à entrevista de profissionais a sós com os filhos.

Além disso, quando há fraturas em crianças menores de três anos de idade, deve-se suspeitar de abuso físico, enquanto que fraturas acidentais ocorrem mais frequentemente em crianças com idade escolar. A documentação dos casos de maus-tratos é de vital importância e as observações detalhadas devem ser feitas pelos profissionais, contendo a natureza e a extensão das lesões; nome, endereço e data de nascimento da criança; nome dos pais ou responsáveis; nome, telefone e endereço do profissional que levantou a suspeita e a condição não acidental do

caso. Os Cirurgiões-dentistas são responsáveis por reconhecer clinicamente e relatar os casos de maus-tratos^{25,26,27}.

É necessário que o profissional da saúde tenha conhecimento das ocorrências clínicas que devem ser notificadas como doença, agravo e evento de saúde pública que estão descritas no anexo da portaria 1.271/2014 do Ministério da Saúde²⁸.

A periodicidade da notificação pode ser imediata ou semanal. A imediata deve ser feita em até 24h após o conhecimento da ocorrência; já a semanal pode ser feita em até 7 dias. Perante a justiça, se a notificação não for feita dentro do prazo legal, já é considerado consumado o crime²⁸.

Portanto, caso o Cirurgião-dentista tome conhecimento da ocorrência de maus-tratos praticados contra a criança ou adolescente e não o comunique às autoridades, estará incorrendo em ilícito penal, sujeitos às sanções da lei, podendo, inclusive, ser processado criminalmente.

Conforme o artigo 7º da lei 6.259/1975, os profissionais da saúde são obrigados a comunicar as suspeitas ou confirmações de doenças ou agravos sistêmicos aos gestores do Sistema Único de Saúde²⁹.

Segundo o Ministério da Saúde (2013)³⁰, é obrigatória a notificação compulsória dos casos de violência pelos profissionais da saúde que atendem pelo SUS. Esta ação visa interromper atitudes e comportamentos violentos por parte do agressor.

O artigo 66 das leis das contravenções penais (Decreto-lei 3.688/1941) também determina que a omissão do crime que o profissional da saúde tenha tomado conhecimento por meio de seu trabalho é considerada contravenção penal³¹.

O registro de dados deve ser permanente, acurado e reproduzível e se recomenda também que o Cirurgião-dentista chame alguém para testemunhar e observar o processo de documentação. É necessário, que a notificação compulsória fique registrada no prontuário do paciente, já que, por ser um documento odontológico, é considerado como prova e garante a proteção do profissional³².

Do ponto de vista ético, no artigo 9º do Código de Ética Odontológica (2013), é dever fundamental zelar pela saúde e dignidade do paciente e sua violação caracteriza infração ética³³. Assim, a exceção ao sigilo profissional ocorre quando, por força da legislação existente e por justa causa, um profissional é obrigado a comunicar informações sigilosas que teve acesso em função de sua atividade.

Dentre estas situações encontram-se a ocorrência de maus-tratos em crianças e adolescentes¹⁷.

A grande maioria dos Cirurgiões-dentistas possui barreiras próprias que os impedem de relatar os casos suspeitos, como falta de certeza das responsabilidades legais dos Cirurgiões-dentistas e a inexistência no Código de Ética Odontológico da obrigatoriedade de diagnóstico e relato de maus-tratos, incerteza sobre o que é abuso, negligência perante as leis, falta de treinamento para identificar características de maus-tratos e medo de envolvimento legal^{13,34,35}.

Muitas pessoas associam erroneamente o relato dos casos de abuso com a retirada da criança de casa e o envolvimento com a polícia. Faz-se necessário frisar que, segundo o artigo 101 do Estatuto da Criança e do Adolescente¹⁰, “na aplicação das medidas levar-se-ão em conta as necessidades pedagógicas, preferindo-se aquelas que visem o fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários”. Fundamental é perceber que as crianças maltratadas em casa tendem a se tornar violentas nas suas relações em sociedade.

Mediante a observação de algum caso de maus tratos, os profissionais de saúde, em destaque os Cirurgiões-dentistas, devem relatar o fato aos órgãos responsáveis, representados no Brasil pela Vigilância Sanitária, Delegacia de Polícia, os Conselhos Tutelares e, em sua falta, comunicar ao Juizado da Infância e da Juventude.

4. Discussão

Maus-tratos infantis constituem um grave problema de saúde pública, afetando todos os segmentos da sociedade, independente de credo, etnia e classe social³⁶. Procurar municiar o profissional da área da saúde, principalmente o Cirurgião-dentista, para um melhor conhecimento sobre este assunto, é de fundamental importância para um correto diagnóstico e a sua devida conduta.

Em sua grande maioria, os Cirurgiões-dentistas não apresentam condições para diagnosticar vítimas de maus tratos e desconhecem a conduta a ser tomada frente a essa situação e suas penalidades em caso de não notificação³⁷. Os profissionais da área da saúde relatam casos em menor intensidade do que o necessário e a notificação acontece mais frequentemente em cidades consideradas modernas, democráticas e de economia forte^{3,35}.

Uma das grandes razões para a não notificação é que a maioria dos profissionais da saúde interpreta a violência doméstica como um problema apenas

da esfera da Segurança Pública e não da área da saúde. Além disso, em muitos casos, os Cirurgiões-dentistas não se envolvem em problemas que adentram a esfera criminal por medo das responsabilidades, sem ter o conhecimento de que, na verdade, esse profissional é obrigado a notificar mesmo quando for apenas suspeita, sujeito às penalidades descritas na lei³⁸.

A principal maneira de reconhecer se algum assunto tem o devido conhecimento é perguntar a sua definição. Nesse item, Bayer (1995)⁸ garante que 64% dos Cirurgiões-dentistas entrevistados deram uma definição incorreta e apenas 15% souberam definir aproximadamente o que é abuso infantil ou maus-tratos. Portanto, por este estudo, verifica-se que os profissionais não tem o conhecimento primário para o diagnóstico.

Os Cirurgiões-dentistas têm o dever de reconhecer as lesões bucofaciais e as alterações de comportamento das crianças e de seus pais que possam indicar a ocorrência de maus-tratos^{14,15}.

Os sinais e sintomas mais frequentes são os mais óbvios, como hematomas, edemas, fraturas ósseas, mordidas e queimaduras entre outros relatados, que podem ser encontrados em diversas outras patologias^{3,5,13,14}. Devido a esse fato, os Cirurgiões-dentistas não devem olhar somente a boca, mas devem estar conscientes de que olhar seu paciente como um todo é a chave para um correto diagnóstico de maus-tratos¹⁵.

Em relação à distribuição das áreas do corpo lesionadas, independente do acometimento de outro local do corpo, o envolvimento da região da cabeça e face foi o mais perceptível, onde 65% das vítimas pesquisadas foram agredidas nessa região^{3,11,24}. Devido a esse fato, o Cirurgião-dentista é um profissional privilegiado na que diz respeito a percepção e o diagnóstico de maus-tratos³⁹.

Porém, mesmo diante de todos esses sinais e sintomas de maus tratos, a primeira etapa de intervenção é sempre a mais difícil para a maioria dos profissionais da saúde. Por isso, Caspers (2000) sugeriram uma metodologia para facilitar a intervenção dos profissionais da saúde junto ao paciente. Seu estudo consistia em propor essa intervenção inicial em quatro tarefas que pode ser resumida através do acrônimo PCDE (perguntar, validar, documentar e encaminhar)⁴⁰.

A documentação clínica do caso é de vital importância, pois é deste procedimento que vai depender todo o trâmite legal do caso e, por conseguinte, fará

como que a criança e a família receba tratamento e o acompanhamento necessário para evitar consequências mais graves^{25,26,27}. É imprescindível que, diante de casos cabíveis à notificação, a mesma seja feita de forma sigilosa e encaminhada no tempo correto e que seja feito o registro da notificação compulsória e dos detalhes da lesão visualizada no prontuário do paciente para resguardo profissional.⁴¹ Porém, 80% dos profissionais não tem conhecimento e preparo para realizar esta documentação⁸.

A notificação compulsória pode ser realizada de três maneiras distintas: por telefone, sendo que o denunciante pode telefonar para o órgão competente (Conselhos Tutelares, delegacias especializadas) ou para serviços de ajuda, como SOS-Criança ou Disque-denúncia, comunicando suspeita ou ocorrência de violência sexual; por meio de visitas ao órgão competente, sendo que o denunciante poderá ir, só ou acompanhado da criança abusada, ao órgão responsável pelo registro e apuração do fato ocorrido; por escrito, salientando que, em alguns Estados e Municípios, já existe uma ficha padronizada para fazer essa notificação, visualizada (frente e verso, respectivamente) nas Figuras 1 e 2. Caso não haja esse tipo de formulário, sugere-se ao denunciante fazer um relatório⁴.

Sugere-se que essa ficha de notificação compulsória seja preenchida pelo menos em duas vias, ficando uma cópia na Unidade de Atendimento e a outra seguindo para o Conselho Tutelar. Posteriormente, a unidade deve enviar à Secretaria Municipal de Saúde uma cópia para fim de consolidação das estatísticas municipais, viabilizando estudos epidemiológicos e outras providências técnicopolíticas. No caso da não existência do Conselho Tutelar, as notificações deverão ser feitas à instituição responsável pela proteção da criança e do adolescente⁴³.

Bayer (1995)⁸ afirmou que os CDs entrevistados por ele demonstraram interesse em receber treinamento sobre o tema, o que revela uma preocupação em saber que os casos existem e que talvez não saibam como proceder, uma provável falha na formação universitária na Odontologia. É necessário que os cursos de graduação e pós-graduação explorem esse assunto com a devida relevância, tanto quantitativamente quanto qualitativamente, ressaltando a responsabilidade ética e legal do Cirurgião-dentista frente a essas situações⁴⁴. Na mesma linha, é reforçada a importância da inclusão do tema dentro do currículo do curso de Odontologia⁴⁵.

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

Nº

FICHA DE NOTIFICAÇÃO / INVESTIGAÇÃO INDIVIDUAL VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS

Definição de caso: Suspeita ou confirmação de violência. Considera-se violência como o uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (OMS, 2002).
Atenção: Em casos de suspeita ou confirmação de violência contra crianças e adolescentes, a notificação deve ser obrigatória e dirigida aos Conselhos Tutelares e/ou autoridades competentes (Juizado da Infância e Juventude e/ou Ministério Público da localidade), de acordo com o art. 13 da Lei no 8.069/1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente. Também são considerados de notificação compulsória todos os casos de violência contra a mulher (Decreto-Lei no 5.099 de 03/06/2004, Lei no 10.778/2003) e maus tratos contra a pessoa idosa (artigo 19 da Lei no 10.741/2003).

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual	2 Agravo/doença VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS	Código (CID10) Y09	3 Data da notificação	
	4 UF	5 Município de notificação	Código (IBGE)		
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código (CNES)	7 Data da ocorrência da violência		
	8 Nome do paciente				
Notificação Individual	10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12 Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9- Ignorado	13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado	
	14 Escolaridade 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica				
	15 Número do Cartão SUS	16 Nome da mãe			
	17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito	
Dados de Residência	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida,...)	Código		
	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)	24 Geo campo 1		
	25 Geo campo 2		26 Ponto de Referência	27 CEP	
	28 (DDD) Telefone		29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	30 País (se residente fora do Brasil)	
	Dados Complementares				
	Dados da Pessoa Atendida	31 Ocupação			
32 Situação conjugal / Estado civil 1 - Solteiro 3 - Viúvo 8 - Não se aplica 2 - Casado/união consensual 4 - Separado 9 - Ignorado		33 Relações sexuais 1 - Só com homens 3 - Com homens e mulheres 2 - Só com mulheres 8 - Não se aplica 9 - Ignorado			
34 Possui algum tipo de deficiência/ transtorno? 1- Sim 2- Não 9- Ignorado		35 Se sim, qual tipo de deficiência /transtorno? 1- Sim 2- Não 8-Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Visual <input type="checkbox"/> Transtorno mental <input type="checkbox"/> Outras deficiências/ Síndromes <input type="checkbox"/> Mental <input type="checkbox"/> Auditiva <input type="checkbox"/> Transtorno de comportamento			
Dados da Ocorrência	36 UF	37 Município de ocorrência	Código (IBGE)	38 Distrito	
	39 Bairro	40 Logradouro (rua, avenida,...)	Código		
	41 Número	42 Complemento (apto., casa, ...)	43 Geo campo 3	44 Geo campo 4	
	45 Ponto de Referência		46 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	47 Hora da ocorrência (00:00 - 23:59 horas)	
	48 Local de ocorrência 01 - Residência 04 - Local de prática esportiva 08 - Indústrias/construção 02 - Habitação coletiva 05 - Bar ou similar 09 - Outro 03 - Escola 06 - Via pública 99 - Ignorado		49 Ocorreu outras vezes? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		
			50 A lesão foi autoprovocada? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		

Violência doméstica, sexual e/ou outras violências Sinan NET SVS 10/07/2008

Figura 1. Ficha de Notificação Compulsória utilizada para casos de maus tratos – Frente.

Tipologia da violência	51 Tipo de violência 1- Sim 2- Não 9- Ignorado			52 Meio de agressão 1- Sim 2- Não 9- Ignorado		
	<input type="checkbox"/> Física	<input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos		<input type="checkbox"/> Força corporal/ espancamento	<input type="checkbox"/> Obj. perfuro-cortante	<input type="checkbox"/> Arma de fogo
Violência Sexual	53 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado			54 Se ocorreu penetração, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado		
	<input type="checkbox"/> Assédio sexual	<input type="checkbox"/> Atentado violento ao pudor	<input type="checkbox"/> Exploração sexual	<input type="checkbox"/> Oral	<input type="checkbox"/> Anal	<input type="checkbox"/> Vaginal
	<input type="checkbox"/> Estupro	<input type="checkbox"/> Pornografia infantil	<input type="checkbox"/> Outros _____			
	55 Procedimento realizado 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado					
Consequências da violência	56 Consequências da ocorrência detectadas no momento da notificação 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado					
	<input type="checkbox"/> Aborto	<input type="checkbox"/> DST	<input type="checkbox"/> Transtorno mental	<input type="checkbox"/> Estresse pós-traumático		
Lesão	57 Natureza da lesão (considerar somente o diagnóstico principal)			10 - Queimadura		
	01 - Contusão	04 - Fratura	07 - Traumatismo crânio-encefálico	11 - Outros		
Dados do provável autor da agressão	58 Parte do corpo atingida (considerar somente o diagnóstico principal)			11 - Múltiplos órgãos/regiões		
	01 - Cabeça/face	04 - Coluna/medula	07 - Quadril/pelve	10 - Órgãos genitais/ânus	99 - Ignorado	
Evolução e encaminhamento	59 Número de envolvidos 1- Um 2- Dois ou mais 9- Ignorado			61 Sexo do provável autor da agressão		
	60 Vínculo / grau de parentesco com a pessoa atendida 1- Sim 2- Não 9- Ignorado			62 Suspeita de uso de álcool		
63 Encaminhamento no setor saúde 1 - Encaminhamento ambulatorial 2 - Internação hospitalar 8 - Não se aplica 9 - Ignorado						
64 Encaminhamento da pessoa atendida para outros setores 1- Sim 2- Não 9- Ignorado						
65 Violência Relacionada ao Trabalho 1- Sim 2- Não 9- Ignorado						
66 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado						
67 Circunstância da lesão CID 10 - Cap XX						
68 Classificação final 1 - Confirmado 2 - Descartado 3 - Provável 8 - Inconclusivo						
69 Evolução do caso 1 - Alta 2 - Evasão / Fuga 3 - Óbito por Violência 4 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado						
70 Se óbito por violência, data						
71 Data de encerramento						
Informações complementares e observações						
Nome do acompanhante		Vínculo/grau de parentesco			(DDD) Telefone	
Observações Adicionais:						
TELEFONES ÚTEIS						
Disque-Saúde 0800 61 1997		Central de Atendimento à Mulher 180			Disque-Denúncia - Combate ao Abuso e Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes 100	
Notificador	Município/Unidade de Saúde			Cód. da Unid. de Saúde/CNES		
	Nome		Função		Assinatura	
Violência doméstica, sexual e/ou outras violências Sinan NET SVS 10/07/2008						

Figura 2. Ficha de Notificação Compulsória utilizada para casos de maus tratos – Verso.

5. Conclusão

A ausência do conhecimento do assunto pelos Cirurgiões-dentistas tem contribuído para a negligência dos maus-tratos infantis. Dada a magnitude do problema, o conhecimento da legislação pode fornecer aos profissionais uma maior segurança e relativa tranquilidade ao lidar com as suspeitas ou confirmações de qualquer tipo de violência que venha a ser sofrida pelos seus pacientes.

Diante da legislação vigente, fica claro que é dever dos Cirurgiões-dentistas e dos demais profissionais que atuam no campo da saúde denunciar qualquer suspeita ou constatação de lesões em crianças e adolescentes.

Referências

1. Sales-Peres A, Silva RHA, Lopes-Júnior C, Carvalho SPM. Odontologia e o Desafio na Identificação de Maus-Tratos. *Odontol Clin Cientif.* 2008; 7(3):185-9.
2. Welbury RR, Murphy JM. The dental practitioner's role in protecting children from abuse
3. Reporting and subsequent management of abuse. *Br Dent J.* 1998 Feb; 184(3):115-9.
3. Zavras A, Pai L. Child abuse: attitudes and perceptions of health profession - a pilot study. *J Clin Pediat Dent.* 1997; 22(1):23-7.
4. Shaefer LS, Rosseto S, Kristensen CH. Perícia psicológica no abuso sexual de crianças e adolescentes. *Psic Teor Pesq.* 2012 abr-jun; 28(2):227-34. 
5. Ten Bensel RW, King KJ. Neglect and abuse of children: historical aspects, identification, and management. *ASDC J Dent Child.* 1975 Sept-Oct; 42(5):348-58. PMID:240877.
6. Vieira AR. Abuso Infantil. *J. Bras. Odontoped.* 1998; 1(2):56-61.
7. Daruge E, Chaim LAF, Gonçalves RJ. Criança Maltratada e a Odontologia - Conduta, Percepção e Perspectivas - Uma Visão Crítica. *Medcenter.com Odontologia.* 2000. [texto na internet]. [citado 2013 Dez 20]. [cerca de 9 p.]. Disponível em: www.odontologia.com.br/artigo.asp?id=17
8. Bayer JHB. Estudo preliminar sobre a participação do profissional da odontologia no diagnóstico e nas condutas frente ao abuso infantil [Dissertação]. Porto Alegre: Faculdade de Odontologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 1995.
9. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p.
10. Brasil. Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. *Lex: Estatuto da Criança e do Adolescente.*

Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8069.htm>. Acesso em 21 de dez. de 2014.

11. Cavalcanti AL, Duarte RC. Manifestações bucais do abuso infantil em João Pessoa, Paraíba, Brasil. *Rev Bras Ciên Saúde*. 2003; 7(2):161-70.
12. Souza CS, et al., Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes/VIVA e a notificação da violência infanto-juvenil, no Sistema Único de Saúde/SUS de Feira de Santana-Bahia, Brasil, *Ciênc. saúde coletiva* vol.19 no.3 Rio de Janeiro mar. 2014
13. Mounden LD, Simon PA, Persaud DI, Squires J. The dentist's role in detecting and reporting abuse. *Quintessence Int*. 1998; 29(7): 452-68.
14. Sousa GF, Carvalho MM, Granville-Garcia AF, Gomes MN, Ferreira JM. Conhecimento de acadêmicos em odontologia sobre maus-tratos infantis. *Odonto*. 2012; 20(40):101-8.
15. Blain SM. Abuse and neglect as a component of pediatric treatment planning. *J Calif Dent Assoc*. 1991; 19(9):16-24. PMID:1719152.
16. Vale GL. Dentistry, bite marks and the investigation of crime. *J Calif Dent Assoc*. 1996 May; 24(5):29-34. PMID:9052019.
17. Cavalcanti AL. Abuso Infantil: protocolo de atendimento odontológico. *Rev Bras Odontol*. 2001 nov-dez;58(6):378-80.
18. Zambon MP, Jacintho ACA, Medeiros MM, Guglielminetti R, Marmo DB. Violência doméstica contra crianças e adolescentes: um desafio. *Rev Assoc Med Bras*. 2012; 58(4): 465-71. 
19. Comissão de Cidadania e Direitos Humanos. Assembleia Legislativa/Rio Grande do Sul: Relatório Azul – 1997 – Garantias e Violações dos Direitos Humanos no RS. Porto Alegre: CORAG; 1998.
20. Brasil. Código Penal. Vade Mecum. Ed. Saraiva, 2014.
21. Pires AL, Miyazaki MC. Maus-tratos contra crianças e adolescentes: revisão da literatura para profissionais da saúde. *Arq Ciênc Saúde*. 2005; 12(1):42-9.
22. Brum E. Inocência Violada 1. Zero Hora. 1997 nov 9; Geral: 48-50.
23. Brum E. Inocência Violada 2. Zero Hora. 1997 nov 10; Geral: 64-66.
24. Jessee SA. Risk factors as determinants of dental neglect in children. *J Dent Child*. 1998 Jan-Feb; 65(1):17-20. PMID:9559079.
25. Welbury RR, Murphy JM. The dental practitioner's role in protecting children from abuse 2. The orofacila signs of abuse. *Br Dent J*. 1998 Jan; 184(2):61-5. 
26. Spencer DE. Recognizing and reporting child abuse. *J Calif Dent Assoc*. 1996 May; 24(5):43-9. PMID:9052021.
27. Sweet D, DiZinno JA. Personal identification through dental evidence - tooth fragments to DNA. *J Calif Dent Assoc*. 1996 May; 24(5): 35-42.

28. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.271, de 06 de junho de 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 09 jun. 2014. Seção 1, p. 67-9.
29. Brasil. Lei n. 6.259, de 30 de outubro de 1975. Dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 out. 1975. Seção 1, p. 14433
30. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Notificação de maus-tratos contra a criança e adolescente pelos profissionais da saúde - Um passo a mais na cidadania em saúde. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde; 2002.
31. Brasil. Decreto-Lei n. 3.688, de 03 de outubro de 1941. Lei das Contravenções Penais. Diário Oficial da União, Rio de Janeiro, 03 out 1941. Disponível em: <http://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/110062/lei-das-contravencoes-penais-decreto-lei-3688-41> >. Acesso em: 27 jan. 2015.
32. Moreira FBCA notificação compulsória de doenças e suas implicações odontolegais. 2004. 83f. Monografia (Especialização em Odontologia Legal). Escola de Aperfeiçoamento Profissional, Associação Brasileira de Odontologia – MG, Belo Horizonte, 2004.
33. Conselho Federal de Odontologia. Resolução n. 118, de 11 de maio de 2012. Revoga o Código de Ética Odontológica aprovado pela Resolução CFO-42/2003 e aprova outro em substituição. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 11 maio 2012. Seção 1, p. 118.
34. Davis GR, Domoto PK, Levy RL. The dentist role in child abuse and neglect. J Dent Child. 1979 May-June;46(3):185-92. PMID:285943.
35. Carvalho LMF, Galo R, Silva RHA. O Cirurgião-dentista frente à violência doméstica: conhecimento dos profissionais em âmbito público e privado. Medicina. 2013 jul-set;46(3):297-304. 
36. Cavalcanti AL, Farias CM, Barbosa JC, Mouden LD. Conhecimentos e atitudes dos Cirurgiões-dentistas da cidade de João Pessoa frente aos abuso Infantil. J Bras Odontopediatr Bebê. 2002; 5(28):470-4.
37. Chaim LAFA responsabilidade ética e legal do Cirurgião-dentista em relação à criança maltratada. 2001. 78f Tese (Doutorado em Odontologia Legal e Deontologia). Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas, Piracicaba, 2001.
38. D'oliveira AFPI, Schraiber IB. Violência de gênero como questão de saúde pública: a importância da formação de profissionais. J rede Saúde, v. 19, p. 3-4,1999.

39. Silva RF, et al. Responsabilidade profissional no atendimento de pacientes com traumatismo dentário. Rev. cir. traumatol. buco-maxilo-fac, v. 9, n. 1, p. 53-8, 2009
40. Caspers, BJMN, et al. Simplifying physicians' response to domestic violence. West J Med 2000 May, 172(5): 329–331. 
41. Silva RF. et al . Atuação profissional do Cirurgião-dentista diante da Lei Maria da Penha. RSBO, v. 7, n. 1, 2010.
42. Brasil. Ministério da Educação. Guia escolar, p. 72-76, Brasília, 2004. Disponível em <http://portal.mec.gov.br/secad/arquivos/pdf/guiaescolar/guiaescolar_p072_076.pdf> Acesso em: 27 de jan. de 2015.
43. Brasil. Ministério da Saúde. Notificação de Maus-tratos Contra Crianças e Adolescentes Pelos Profissionais de Saúde: Um Passo a Mais na Cidadania Em Saúde. Série A nº 167. Brasília, 2002.
44. Carvalho ACR. et al. Abuso e negligência: estudo na delegacia de repressão aos crimes contra a criança e o adolescente. JPB, J Bras Odontopediatr bebê, v. 4, n. 18, p. 117-23, 2001.
45. Wacheski A, Lopes MGK, Paola APB, Valença P, Losso EM. O Conhecimento do aluno de odontopediatria sobre maus-tratos na infância antes e após o recebimento de uma cartilha informativa. Odonto. 2012 jan-jun;20(39):7-15. 