

VIOLÊNCIA DOMÉSTICA INFANTO-JUVENIL: IMPORTÂNCIA DESTE CONHECIMENTO PELO PROFISSIONAL DA SAÚDE

CHILD AND JUVENILE DOMESTIC VIOLENCE: IMPORTANCE OF THE KNOWLEDGE BY
THE HEALTH PROFESSIONAL

FERNANDA JACOBOSKI **COELHO**^{*}, LUCIMARA CHELES DA SILVA **FRANZIN**²

1. Acadêmica do Curso de Graduação em Odontologia da Faculdade Ingá (Uningá); 2. Doutora em Saúde Coletiva pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC-PR), Mestre em Odontopediatria pela Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo (FOB/USP) e Professora Adjunta da Faculdade Ingá (Uningá).

* Rua: Sol Poente, 186 Jardim Imperial, Maringá, Paraná, Brasil. CEP: 87023-106. fernanda_jcoelho@hotmail.com

Recebido em 2/08/2014. Aceito para publicação em 29/08/2014

RESUMO

No Brasil, o conhecimento sobre a dimensão da violência familiar é ainda escasso. A violência reconhecida mundialmente como uma questão social, traz repercussões físicas, emocionais e sociais, atingindo um vasto número de pessoas. Abordar o tema violência doméstica, seus sinais clínicos e psicológicos, conhecer as variações de comportamento no paciente infanto-juvenil e analisar a atuação do cirurgião-dentista diante da possibilidade de maus tratos, por meio de uma revisão bibliográfica. A revisão de literatura utilizou as palavras-chave violência doméstica, maus-tratos, negligência, odontologia, nas bases de dados Medline, EBSCO, Pubmed, Scielo e Lilacs, além de livros, monografias e dissertações. É fundamental o conhecimento dos sinais e sintomas da violência infanto-juvenil pela equipe de saúde bucal, a fim de adotarem as medidas preconizadas pelo Estatuto da Criança e do Adolescente¹, efetuando a denúncia dos casos suspeitos e/ou confirmados, minimizando as sequelas da violência doméstica para esta faixa etária.

PALAVRAS-CHAVE: Violência doméstica, maus-tratos infantis, negligência, Odontologia.

ABSTRACT

In Brazil, knowledge about the amplitude of the domestic violence is scarce. The violence is world wide recognized as a social issue that brings physical, emotional and social consequences to a vast number of people. Address the domestic violence theme, its clinical and psychological signs, to know behavior variations in the child and juvenile patient and analyze the role of the dentist surgeon when facing the possibility of mistreatment through a literature review. The literature review was conducted with the keywords domestic violence, child abuse, neglect and dentistry in the database of Medline, EB-

SCO, Pubmed, Scielo, and Lilacs, along with books, term papers and dissertations. It is vital for the oral health team to know the signs and symptoms of child and juvenile violence in order to adopt the measures advocated by the Child and Adolescent Statute and denunciate the suspected and confirmed cases, thus minimizing the sequels of the domestic violence for this age group.

KEYWORDS: Domestic violence, child abuse, neglect, dentistry.

1. INTRODUÇÃO

A violência na infância e na adolescência é considerada grave problema social e de saúde pública, devido à violação aos direitos humanos, com repercussões físicas, emocionais e sociais, atingindo um vasto número de pessoas.

Trata-se de um fenômeno complexo e multifatorial. A violência contra crianças e adolescentes é considerada complexa, vinculada a conflitos familiares de um núcleo que tem papel essencial no desenvolvimento da criança, devendo atuar nas funções de proteção, transmissão de cultura, regras sociais, e relações de solidariedade, além da manutenção das diferentes necessidades do indivíduo.

Por meio do Relatório Mundial sobre a violência e saúde, a Organização Mundial da Saúde tornou público que embora muitas vezes não gere sequelas graves ou mortes, pode resultar em danos físicos, psicológicos e sociais nos indivíduos que sofrem de abusos de forma crônica, como é o caso da Violência Doméstica e que atinge a população de crianças, mulheres e idosos.²

Segundo Silveira *et al.* (2005),³ 44% dos casos estudados de maus-tratos registrados no IML de Blumenau (SC) em 2003, referentes a crianças e adolescentes,

apresentavam localização na região de cabeça e pescoço, área de fácil identificação para o cirurgião-dentista. Esses dados são de fundamental importância nos casos de suspeita de abuso infantil, pois podem orientar o profissional no momento do exame físico da criança ou adolescentes a partir do conhecimento padrão de localização das lesões. A maioria dos cirurgiões-dentistas relatam ter capacidade de diagnóstico considerando principalmente, os danos físicos associados aos comportamentais, o que pode ser considerado adequado, porém, para o diagnóstico da suspeita de maus tratos um conjunto de informações deve ser trabalhado pelo profissional.

Ainda, Silveira *et al.* (2005)³ relataram que um grande número de dentistas não efetivavam a denúncia devido “à incerteza da suspeita”. Há necessidade de se conscientizar os profissionais e também, melhor habilitar os acadêmicos nas universidades para que estejam aptos a identificar e denunciar os casos de suspeita de maus tratos infantis, sendo um dever de observância legal para os profissionais de saúde e educação. É obrigatório por lei a notificação de situações suspeitas ou confirmadas de maus-tratos envolvendo menores de idade para órgãos competentes⁴, com pena de multa de três a vinte salários de referência, aplicando-se o dobro em caso de reincidência¹.

2. MATERIAL E MÉTODOS

As bases de dados pesquisadas foram o Medline, Pubmed, Scielo, EBSCO e o Lilacs, além de livros com conteúdo históricos, monografias e dissertações. Foram utilizadas as palavras chaves violência doméstica, maus-tratos, negligência, Odontologia. A revisão bibliográfica foi realizada entre os meses de março a agosto de 2014. Utilizou-se como critério de inclusão que os textos abordassem especificamente o tema violência doméstica contra crianças e adolescentes.

3. DESENVOLVIMENTO

Violência infantil

Maus tratos na infância abrange toda a ação ou omissão que prejudique o bem estar, a integridade física, psicológica, ou a liberdade e o direito do pleno desenvolvimento infantil (ministério da saúde 2002). Pode ser praticado por membros da família ou pessoas que se aproximam do ambiente familiar⁵.

Minayo (2002)⁶ ressalta que a violência contra crianças constitui-se em todo ato ou omissão de pais, parentes, outras pessoas e instituições capazes de causar dano físico, sexual e ou psicológico à vítima. De um lado, implica numa transgressão de poder-dever de proteção do adulto e da sociedade em geral, e de outro a

negação do direito de crianças e adolescentes de serem tratados como sujeitos e pessoas em condições especiais de crescimento e desenvolvimento. Devido ao grande número de agravos decorrentes da violência doméstica, é imprescindível o estabelecimento de estratégias de intervenção para o seu combate.

A violência pode ser considerada toda ação danosa à vida e à saúde do indivíduo, caracterizada por maus-tratos, podada da liberdade ou imposição da força. Logo, a criança e o adolescente, por sua maior vulnerabilidade e dependência, são as maiores vítimas de atos abusivos⁷.

Segundo a literatura^{3,5}, grande parte da localização dos casos de maus-tratos contra crianças e adolescentes, se localizam na região de cabeça e pescoço, área de trabalho do cirurgião-dentista e assim de fácil identificação, por sua capacidade de diagnóstico, no entanto a maioria deles adota uma atividade passiva para denunciar, citando as vezes como motivo “à incerteza da suspeita”.

O desconhecimento de que os casos de suspeita devem ser denunciados aos órgãos competentes, sem que o próprio profissional tenha a obrigação de comprová-la, é relevante, pois há necessidade de se conscientizar os profissionais e também, disseminar este conhecimento nas universidades para que os acadêmicos estejam aptos a identificar e denunciar os casos suspeitos, esclarecendo que a denúncia não se constitui em infração ética, sendo um dever de observância legal para os profissionais de saúde, para viabilizar as providências dos órgãos competentes. Outro aspecto importante é informar que a identidade do profissional é preservada³.

Classificação de maus-tratos

Para Cavalcanti *et al.* (2000)⁸ e Franzin *et al.* (2013)⁵ os maus-tratos podem ser classificados em físicos, sexuais, psicológicos e negligência, geralmente estão associados.

O abuso físico é a forma de agressão à criança mais reconhecível, apresentando quadros clínicos de lesões físicas ou falta de desenvolvimento.

Para Alves *et al.* (2003)⁹ o abuso sexual deixa de ser relatado por outros membros da família tornando o diagnóstico difícil. Nem sempre são facilmente comprovados, podendo ser muito lesivos em termos psicológicos ‘a esta faixa etária, podendo levar ao suicídio.

Em relação à violência psicológica, Franzin *et al.* (2013)⁵ relatam que são ações que coloca em risco, ou causam danos a evolução da criança e do adolescente. Manifestando-se como agressões verbais, ou gestos que visam amedrontar, humilhar a criança, estreitando sua liberdade ou ainda privá-la do convívio social. Possui um efeito imenso sobre a autoestima, podendo acarretar personalidades vingativas e depressivas.

Jessee (1999)¹⁰ sugere que a negligência é a omissão dos pais ou responsáveis pela criança, em prover as ne-

cessidades básicas como alimentação, cultura, vestuário e saúde.

Diagnóstico

De acordo com McDonald & Avery (1991)¹¹ o dentista deve obter informações sobre a história de qualquer lesão. Segundo Alves *et al.* (2003)⁹ o cirurgião-dentista, em especial o odontopediatra, por atender crianças e adolescentes, assistindo-as com cuidados durante a infância e adolescência, podem identificar características físicas e emocionais do abuso infantil.

O dentista e sua equipe devem observar a fisionomia da criança, sua constituição corporal e estatura, seu andar, interação com os pais e seus trajés¹². Caso haja suspeita de violência, as inspeções extra e intra-bucal, devem ser realizadas minuciosamente, para assim obter o maior número de informações, em prol de um diagnóstico correto¹³.

Também, Fracon *et al.* (2010)¹⁴ relataram que pelo fato de mais de 50% das lesões decorrentes de maus tratos se situarem em regiões de cabeça, pescoço e cavidade oral os cirurgiões-dentistas se encontram em posição privilegiada para a identificação das agressões das vítimas. No entanto ressaltou que os sinais básicos, às vezes, passam despercebidos por desconhecimento profissional.

Sinais e sintomas comportamentais

Pesquisadores sugerem que possíveis fatores de risco quanto à violência infanto-juvenil pode estar relacionada à personalidade dos pais, como doenças (dependência alcoólica, drogas ilícitas ou necessidades especiais), distúrbios psíquicos (ansiedade, depressão, doença mental, raiva), violência sexual, confronto com a lei, ou a observação ou vivência de violência transgeracional⁵.

Também despotismo de maternidade ou paternidade na adolescência, parto precoce, gravidez malquista ou não planejada, cuidados pré-natais desapropriado e o fato de sobrecarregar com diversas funções e se não forem bem administradas, podem acarretar negligência¹⁵.

Ainda especificidades da criança podem propiciar a sua vulnerabilidade aos maus-tratos como a pouca idade, hiperatividade, deficiência física ou mental, comportamento penoso, anormalidade congênitas, dificuldades de aprendizagem, epilepsia ou filho adotivo.¹³ O ambiente familiar, quando o pai ou a mãe são jovens, solteiro ou há presença de conflitos conjugais, relacionamentos novos, desestruturação familiar, pobreza e desemprego do chefe da família¹⁶.

Minayo (2009)⁸ alega que a presença de negligência, abandono e privação de cuidados quando ocorre com crianças e adolescentes, os expõem a maus-tratos, desnutrição, retardo escolar, comportamentos hipoativos ou hiperativos e uma gama de riscos de vida como queimaduras, atropelamentos, ingestão de produtos de limpeza e

abusos sexuais.

Franzin *et al.* (2013)⁵ relatam que a violência doméstica pode deixar como sequelas lesões e traumas físicos, agravos mentais, emocionais e espirituais, ansiedade, depressão, pensamentos suicidas ou estresse pós-traumático, impulsividade, agressão delinquência, uso de substâncias químicas, comportamento sexual de risco, hiperatividade, alterações de conduta na escola e na comunidade, fobias, insônia e baixa autoestima.

Segundo Alves *et al.* (2003)⁹, a pele é a parte do corpo mais atingida quando dos abusos físico sendo contusões equimose, hematomas, presença de marcas posteriores a surras com fios entre outras lesões.

Cavalcanti *et al.* (2001)¹³ relataram que as equimoses são encontradas em sua maioria na região de costas, nádegas e coxas. Em região intrabucal o autor ressaltou contusões e lacerações de lábios, língua e mucosa oral e ainda desvio de abertura e escaras e machucados nos ângulos da boca. Para Becker *et al.* (1978)¹⁷, dentre as injúrias encontradas envolvendo a face, as contusões e equimoses representam 66% das lesões, sendo que abrasões e lacerações 28%.

Já Silva e Vieira (2001)¹⁸, ressaltam a importância da verificação de infecções do complexo orofacial como por exemplo: gonorreia, sífilis e herpes tipo II, relacionados ao abuso sexual.

Naidoo (2000)¹⁹, em estudo com crianças maltratadas na África do Sul, dos 300 casos avaliados verificou que 67% possuíam lesões na cabeça, na face, no pescoço e na boca; a face era a parte do corpo mais agredida (41%), tendo como região principal a bochecha.

Segundo Day *et al.* (2003)²⁰, as agressões infantis podem provocar alguns danos psicológicos, como por exemplo pesadelos repetitivos, ansiedade, raiva, culpa, vergonha, medo do agressor e de pessoa do mesmo sexo, quadros fóbico-ansiosos e depressivos agudos, queixas psicossomáticas, isolamento social e sentimentos de tortura.

Considerações legais na odontologia com relação ao código de ética

O profissional da saúde é obrigado por lei a notificar situações suspeitas ou confirmadas de maus-tratos envolvendo menores de idade. O capítulo das infrações administrativas, artigo 245, afirma que “deixar o médico ou responsável pelo estabelecimento de atenção à saúde de comunicar a autoridade competente os casos de que tenha conhecimento, envolvendo suspeita ou confirmação de maus-tratos contra a criança ou o adolescente pode acarretar uma pena de três a vinte salários de referência, aplicando-se o dobro em casos de reincidência⁴.”

Estatuto da criança e do adolescente (ECA)

O Estatuto da Criança e do Adolescente¹ foi criado em 13 de julho de 1990 com intuito de assegurar-lhes os

direitos fundamentais da pessoa humana e determinar o dever da família, sociedade e do poder público de garantir com prioridade a efetivação dos direitos referentes à vida, saúde, alimentação, educação, esporte, lazer. Com relação aos maus-tratos, o artigo 5º traz 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”. Os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente serão obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar de sua localidade, sem prejuízo de outras providências legais.

No que diz respeito aos profissionais que atuam diretamente com esse público, o artigo 245 determina que o médico, professor ou responsável por estabelecimento de atenção à saúde e de ensino fundamental, pré-escola ou creche, que deixar de comunicar à autoridade competente os casos de que tenha conhecimento, envolvendo suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente sofrerá pena - multa de três a vinte salários de referência, aplicando-se o dobro em caso de reincidência⁵.

Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011

Define a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o país, estabelecendo fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde²¹.

A violência doméstica, sexual e/ou outras violências que acometem todas as faixas etárias estão entre os agravos de notificação compulsória presentes no anexo I da referida Portaria.

Almeida *et al* (2012)²² concluíram que a maioria das citações dos códigos profissionais não trazem um aviso de notificação, mas alertam a responsabilidade moral de se promover bem estar.

4. CONCLUSÃO

A violência doméstica está presente nos discursos desde os tempos mais remotos, mantendo-se ainda como problema de saúde pública, sendo assim é fundamental o conhecimento dos sinais e sintomas da violência infanto-juvenil pelo profissional da saúde e educação, em especial o cirurgião-dentista que tem um contato prematuro com a criança ou o adolescente, já que um alto percentual de lesões físicas, no caso de abuso infantil, acometem as regiões de cabeça e face. Para a eficácia do diagnóstico precoce é necessária a compreensão e o conhecimento dos sinais clínicos e comportamentais, a fim de adotarem as medidas preconizadas pelo Estatuto da Criança e do Adolescente, efetuando a denúncia dos casos suspeitos e/ou confirmados, minimizando as sequelas da violência doméstica para esta faixa etária.

REFERÊNCIAS

- [1] Brasil. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília(DF): Diário Oficial da União;1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm.
- [2] Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R, editors. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization; 2002.
- [3] Silveira JLGC, Mayrink S, Sousa OB. Maus-Tratos na Infância e Adolescência: Casuística, Conhecimento e Prática de Cirurgiões-Dentistas de Blumenau-SC. Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada 2005;119-126. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63750205>.
- [4] Cury M, Silva AFA, Mendez EG. Estatuto da Criança e do Adolescente comentado. Comentários jurídicos e sociais. 6ª ed. São Paulo: Malheiros; 2000. 835 p.
- [5] Franzin LCS, Moysés S, Vitorazzi MLT, Moysés ST. Violência Doméstica contra Crianças e Adolescentes. Convibra; 2013. 17 p. Disponível em: www.convibra.com.br/upload/paper/2013/74/2013_74_7761.pdf.
- [6] Minayo MCS. Conceitos, teorias e tipologias de violência: a violência faz mal à saúde. In: Njaine K, Assis de, Constantino P. Impactos da Violência na saúde. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Educação à distância da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; 2009: 21-42.
- [7] Eisenstein E, Souza RP. Situações de risco à saúde de crianças e adolescentes. Rio de Janeiro: Vozes; 1993.
- [8] Cavalcanti AL, Valença AMG, Duarte, RC. O odontopediatra diante de maus tratos infantis: diagnóstico e conduta. J Bras Odontoped Odont Bebê. 2000; 3(16):451-455.
- [9] Alves PM, Cavalcanti AL. Diagnóstico do abuso infantil no ambiente odontológico: uma revisão da literatura... Publ. UEPG Ci. Biol. Saúde 2003 set./dez.; (3/4):29-35.
- [10]Jessee, SA. Behavioral indicators of child maltreatment. J Dent Children 1999; 5:17-22.
- [11]McDonald R, Avery, DR. Exames da boca e de outras estruturas relevantes. In: McDonald RE, Avery DR. Odontopediatria. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1991.
- [12]Needleman, HL. A criança maltratada e abandonada. In: McDonald RE, Avery DR. Odontopediatria. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1991.
- [13]Cavalcanti AL. Abuso infantil: protocolo de atendimento odontológico. Rev Bras Odontol 2001; 58(6):378-380.
- [14]Fracon ET, Silva RHA, Bregagnolo JC. Avaliação da conduta do cirurgião-dentista ante a violência doméstica contra crianças e adolescentes no município de Cravinhos (SP). RSBO 2011 Apr-Jun; 8(2):153-9.
- [15]De Antoni C, Barone LR, Koller SH. Indicadores de risco e de proteção em famílias fisicamente abusivas. Psic.: Teor. e Pesq. 2007 Abr/Jun; 23(2):125-32.
- [16]Lee CK, Lathrop SL. Child abuse-related homicides in New Mexico: a 6-year retrospective review. J. Forensic Sci. 2010 Jan; 55(1):100-3.
- [17]Becker DB, Needleman HL, Kotelchuck M. Child abuse and dentistry: orofacial trauma and its recognition by dentists. J Am Dent Assoc 1978 July; 97(1):24-28.

- [18]Silva AM, Vieira LJES. Caracterização de crianças e adolescentes atendidos por maus tratos em um hospital de emergência no município de Fortaleza-CE. Rev. esc. enferm. USP [serial on the Internet]. 2001 Mar [cited 2014; 35(1):4-10. Available from:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342001000100002&lng=en.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342001000100002>.
- [19]Naidoo S. A profile of the oro-facial injuries in child physical abuse at a children's hospital Child Abuse Negl. 2000; 24(4):521-34.
- [20]Day VP, Telles LEB, Zoratto PH, Azambuja MRF, Machado DA, Silveira MB, et al. Violência doméstica e suas diferentes manifestações. Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul [serial on the Internet]. 2003 Apr [cited 2014 Aug 24]; 25(Suppl 1):9-21. Available from:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082003000400003&lng=en.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0101-81082003000400003>.
- [21]Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011. Disponível em:
http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/files.do?evento=download&urlArqPlc=portaria_n_104_25_jan_2011_ms_terminologias_rsi_2005.pdf.
- [22]Almeida AHV, Silva MLCA, Musse JO, Marques JAM. A responsabilidade dos profissionais de saúde na notificação dos casos de violência contra crianças e adolescentes de acordo com seus códigos de ética. Arq Odontol 2012 abr/jun; 48(2):102-15.

