

Conhecimento dos profissionais de Odontologia sobre a importância das notificações de maus tratos a crianças e adolescentes

Knowledge of Dental professionals regarding the importance of reporting abuse against children and adolescents

Pedro José Souza Costa Sobrinho¹, Camila Rossi Sugino³, Levy Anderson Cesar Alves^{2,3}, Adriana Cristina Gatti¹

¹Curso de Serviço Social do Instituto de Ciências Humanas da Universidade Paulista – UNIP, São Paulo – SP, Brasil; ²Curso de Odontologia do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Paulista – UNIP, São Paulo – SP, Brasil; ³Curso de Odontologia da Escola de Saúde da Universidade Municipal de São Caetano do Sul – USCS, São Caetano do Sul – SP, Brasil.

Resumo

Objetivo – Avaliar o conhecimento de cirurgiões dentistas quanto a importância das notificações de maus tratos a crianças e adolescentes. **Métodos** – A pesquisa é de natureza quantitativa e descritiva e utilizou da metodologia de Bola de Neve (CAAE nº 52951721.1.0000.5512). Cem indivíduos responderam um questionário virtual. Os resultados apontaram graduados no período de 1978 a 2021. Na identificação de maus tratos, 45% relataram ter conhecimento, 41,6% têm dúvidas e 12,9% não sabem. Os cinco sinais mais mencionados foram: perfil triste ou depressivo (94,1%), hematomas ou equimoses (89,1%), uso de roupas não compatíveis à temperatura ambiente (80,2%), infecções sexualmente transmissíveis (78,2%) e arranhões (77,2%). Da amostra, 63,4% demonstraram atitude quanto à denúncia. Ter conhecimento sobre como proceder, 63,4% sabiam da conduta e 36,6% não sabiam. Dos relatos obtidos, 59,4% têm conhecimento sobre a Lei nº 8069/90 e sobre as penalidades, 80,25% desconhecem as consequências. **Resultados** – A partir dos resultados encontrados, pode-se inferir que as características de maus tratos mais relatadas não estão relacionadas a achados bucais, mas sim ao estereótipo da vítima. O percentual (64,4%) de profissionais que nunca identificaram sinais de maus tratos sugere que o pouco tempo de formação de 27% deles, pode estar relacionado à falta de experiência clínica. **Conclusão** – Vale ressaltar, que eles concluíram a graduação no período de pandemia, com limitações impostas pelos Órgãos Federais, Estaduais e Municipais, iniciando assim, suas atividades clínicas mais tardiamente.

Descritores: Segurança do paciente; maus tratos infantis; Defesa da criança e do adolescente; Pessoal de saúde; Serviço de saúde; Serviço bucal; Educação em odontologia; Odontólogos

Abstract

Objective – To evaluate the knowledge of dental surgeons regarding the importance of reports of maltreatment of children and adolescents. **Methods** – The research is of a quantitative and descriptive nature and employed the Snowball methodology (CAAE nº 52951721.1.0000.5512). One hundred responded a virtual. The results showed graduates in the period from 1978 to 2021. In the identification of treatments, 45% were not aware of the period, 41.6% have doubts and 12.9% know. The five most mentioned signs were: sad or depressed profile (8,1,1,1%), use of clothes that do not exist, 2% at room temperature sexually transmitted diseases (78.2%) and arrangements (77.2%). From the sample, 63.4% attitude towards the complaint. Having knowledge about how to proceed, 63.4% knew about the conduct and 36.6% did not know. Of the reports obtained, 59.4% are aware of Law No. 8069/90 and about the penalties, 80.25% are unaware of the consequences. **Results** – From the results, it can be inferred that the most reported characteristics of abuse were not found in oral findings, but in the victim's ester. The percentage (64.4%) of professionals who never identified signs of abuse suggests that the short training time of 27% of them may be related to lack of experience. **Conclusion** – It is worth mentioning that they completed the duration in the pandemic period, with federal, state and municipal institutions, thus imposing clinical activities later.

Descriptors: Notification, Violence; Dentistry; Patient safety; Child abuse; Defense of children and adolescents; Health personal; Health service; Oral health; Dentistry education; Dentistry

Introdução

De acordo com o art. 2.º do Estatuto da Criança e Adolescente (ECA), considera-se criança a pessoa até 12 anos de idade incompletos, e adolescente, a pessoa entre os 12 e os 18 anos de idade incompletos¹.

Abuso infantil e maus-tratos são um problema generalizado que permeia todas as etnias, culturas e segmentos socioeconômicos de nossa sociedade. As manifestações e extensão do abuso infantil são dolorosas e prejudiciais. O abuso infantil é um ciclo vicioso em que as vítimas correm maior risco de se tornarem pais abusivos repetindo suas experiências de infância sob seus filhos. Criança abusada frequente-

mente experimenta mais problemas sociais e pior desempenho na escola, por exemplo².

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), o abuso ou maus-tratos constituem todas as formas físicas e / ou emocionais, abuso sexual, exploração comercial ou outra que resulta em danos reais ou potenciais à saúde, sobrevivência da criança, desenvolvimento ou dignidade no contexto de uma relação de responsabilidade, confiança ou poder³.

O abuso e os maus tratos infantis resultam de uma interação complexa entre criança, cuidador e fatores ambientais. Embora o abuso físico infantil e a negligência às notificações afetam crianças de todas as idades, etnias e origens sociodemográficas, vários

outros fatores coexistem e aumentam a vulnerabilidade a maus-tratos^{4,5}.

Dentre as ocorrências mais comuns, tem-se o trauma, seja ele de origem psicológica ou física. No entanto, de acordo com Kisiel *et al.* (2014)⁶, uma avaliação para investigação de trauma leva em média 2 a 3 sessões e inclui uma entrevista clínica; aplicação de questionários mais específicos; observações comportamentais da criança / adolescente; conhecimento de contatos colaterais com a família, além disso, em alguns casos, outros provedores (por exemplo, assistente social) e demais indivíduos importantes na vida da criança devem ser inseridos na avaliação. Vale ressaltar que nessa etapa, é indispensável que a família e a criança/adolescente se sintam seguras e confortáveis no ambiente de tratamento, pois eles precisam participar de forma ativa dessa conduta, promovendo aliança e relacionamento terapêutico⁶.

Vários profissionais são capazes de detectar alterações de comportamento, marcas de lesões físicas pelo corpo ou até mesmo em cavidade bucal de indivíduos que sofreram algum tipo de mau trato ou abuso. Dentre esses profissionais, pode-se citar o cirurgião dentista, o professor, o psicólogo, o “*personal trainer*”, entre outros.

A literatura mostra que aproximadamente 60-75% das crianças/adolescentes abusadas podem apresentar ferimentos na cabeça, rosto e boca. Os dentistas estão em uma posição única sendo capazes de diagnosticar esses casos. Além disso, esse profissional e seus auxiliares têm contato regular com as crianças/adolescentes e suas famílias, o que lhes dá a oportunidade de observar não apenas os aspectos físicos e a condição psicológica das crianças, mas também o ambiente familiar^{6,7}.

Lesões craniofaciais e pescoço ocorrem em mais da metade dos casos de abuso infantil. É necessário cuidado com o exame intrabucal e perioral em casos de suspeita. No caso de abuso físico, as lesões muitas vezes são do tipo traumas contusos e são geralmente realizadas por armas brancas, mãos, dedos ou líquidos escaldantes e substâncias cáusticas. O abuso pode resultar em: contusões, queimaduras ou lacerações da língua, lábios, mucosa bucal, palato (mole e duro), gengiva, mucosa alveolar ou freio bucal e/ou lingual. A literatura mostra que lábios foram o local mais comum para lesões bucais seguidos pela mucosa oral, dentes, gengiva e língua^{6,7}.

As lesões na cabeça envolvem lesões no couro cabeludo e no cabelo (hematomas subdurais, alopecia traumática, hematomas subgaleais e sinal de *battle*), olhos (hemorragia retinal, ptose e hematoma periorbital), orelhas (hematomas da aurícula e danos à membrana timpânica), nariz (fraturas nasais ou epistaxe traumática). Deve-se suspeitar de marcas de mordida quando há equimoses, escoriações ou lacerações em um padrão elíptico ou ovoide. Uma área de equimose, representando marca de “sucção” ou “punção”, pode ser encontrada entre as marcas dos dentes, sugerindo abuso físico ou sexual. Mordidas produzidas por cães

e outros animais carnívoros tendem a rasgar a pele. Mordidas humanas comprimem o tecido e podem causar abrasões, contusões e lacerações, mas raramente avulsão tecidual. Embora as marcas possam ocorrer em qualquer parte do corpo da criança, os locais mais comuns são as bochechas, costas, braços, nádegas e genitália^{7,8}.

O objetivo do presente estudo foi avaliar por meio de um questionário virtual, segundo os critérios propostos pelo Ministério da Saúde (24 de fevereiro de 2021), o conhecimento de cirurgiões dentistas quanto à notificação de maus tratos a crianças e adolescentes.

Métodos

O projeto de pesquisa foi submetido à Plataforma Brasil, cujo Certificado de Apreciação Ética (CAAE) está registrado sob nº 52951721.1.0000.5512, com resultado aprovado.

Após aprovação, 100 profissionais de odontologia graduados foram convidados a participarem do estudo, por meio da metodologia Bola de Neve. Quando aceitaram a participar, o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) foi preenchido de forma virtual, assim como o questionário. Foram considerados critérios de inclusão para a pesquisa ser cirurgião dentista já graduado, independentemente da especialidade e assinar o TCLE. Foram considerados critérios de exclusão da pesquisa a manifestação de recusa à continuidade na pesquisa, bem como o pedido de retirada do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido já assinado.

Foi enviado a esses indivíduos um convite, por meio da Internet e das redes sociais virtuais (RSV), de forma individual, explicando que antes de responder as perguntas do pesquisador, disponibilizadas em ambiente virtual, seria apresentado o TCLE para a sua anuência. Uma vez que aceitasse a participar, e assinar o TCLE, o questionário era enviado.

O método de levantamento de dados Bola de Neve Virtual iniciou-se pelo envio/apresentação do link de acesso ao questionário eletrônico, por meio de e-mail ou de alguma RSV. Este método de encaminhamento do questionário corresponde à estratégia viral, uma vez que, no corpo da mensagem, além da apresentação da pesquisa, há um pedido para que ela seja repassada para/compartilhada com a rede de contatos de quem o recebeu/visualizou. O viral apoia-se no fato da mensagem ser enviada por um emissor do círculo social do receptor, dando a chance de a mensagem ser encarada de forma amistosa⁹.

O questionário foi elaborado pelos pesquisadores, preconizando-se questões de cunho profissional e que conseguisse extrair informações sobre o conhecimento dos participantes quanto à importância da notificação de maus tratos, além de dados sociodemográficos referentes aos pesquisados.

A pesquisa é de natureza quantitativa descritiva e o instrumento utilizado foi um questionário disponível pelo (Link: <https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLS>

dDStxE0Vh32BjWvcyeywrS9qUGkIT_tRzioBfcpPjQ__Sjw/viewform) para coletar informações sobre o nível de conhecimento de profissionais de Odontologia sobre maus tratos a crianças e adolescentes. Todos os dados da pesquisa foram avaliados por meio de ferramentas de estatística descritiva no pacote MS Office Excel.

Resultados

Dentre os pesquisados verificou-se que 42,0% (n = 42) pertenciam à faixa etária de 20 a 30 anos de idade e que dentre o total da amostra, o sexo feminino foi mais prevalente, correspondendo a 81,0% (n = 81).

Quanto ao ano em que os voluntários obtiveram o título de graduação, verificou-se que 13,0% (n = 13) dos participantes se graduaram no ano de 2021 e os demais participantes obtiveram seu título entre os anos de 1978 e 2020. O percentual de títulos de graduação obtidos

em instituições privadas foi de 78,0% (n = 78) e do total amostral 80,0% (n = 80) possuem pós-graduação (PG). Desse universo amostral, 72,0% obtiveram seus títulos de PG em instituições privadas.

Na tabela 1 pode-se verificar os resultados relativos ao perfil social e profissional dos participantes da pesquisa. Destaca-se que a maioria dos participantes atua em clínica ou consultório particular (71,0%) e que 77,0% exercem a profissão de forma autônoma, muito embora alguns dos participantes também atuam em ambas as esferas, ou seja, são autônomos e possuem vínculo empregatício. Dentre os atuantes, as especialidades com maior participação na pesquisa foram, Odontopediatria (41,0%), Ortodontia (13,0%) e Odontologia para pacientes com necessidades especiais (9,0%), porém, o percentual de atuantes em clínica geral também foi expressivo, referente a 47,0%.

Tabela 1. Avaliação das variáveis relacionadas ao perfil social e profissional dos participantes

Perfil Social e profissional	n	%
Sector de atuação		
Serviço público	5	5,0
Clínica ou Consultório particular	71	71,0
Ambos	21	21,0
Pesquisa e/ou Docência	3	3,0
Modalidade de trabalho		
Autônomo	77	77,0
Vínculo empregatício	38	38,0
Especialidade Odontológica		
Acupuntura	1	1,0
Cirurgia e Traumatologia Buxo-Maxilo-Facial	4	4,0
Disfunção temporomandibular	1	1,0
Dentística	5	5,0
Endodontia	7	7,0
Estomatologia	5	5,0
Harmonização orofacial	7	7,0
Implantodontia	4	4,0
Odontogeriatrics	1	1,0
Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais	9	9,0
Odontopediatria	41	41,0
Ortodontia	13	13,0
Ortopedia Funcional dos Maxilares	6	6,0
Patologia Oral e Maxilofacial	2	2,0
Periodontia	7	7,0
Prótese dentária	4	4,0
Radiologia odontológica	1	1,0
Saúde coletiva	8	8,0
Clínica geral	47	47,0

Na tabela 2, no que tange a identificação de maus tratos a crianças e adolescentes por meio da avaliação odontológica, verifica-se que 46,0% dos participantes relataram possuir conhecimento sobre como identificar sinais de maus tratos nessa população. Quanto à obtenção desse conhecimento, 45,3% foi em curso de graduação em instituição privada. Dentre os sinais sugestivos de maus tratos, os cinco mais relatados entre

os participantes foram, respectivamente, perfil triste ou depressivo (94,0%), hematomas ou equimoses (90,0%), uso de roupas não compatíveis à temperatura ambiente (81,0%), infecções sexualmente transmissíveis (79,0%) e arranhões (78,0%). Quanto a ter identificado ou não, possíveis maus tratos, 66,0% dos profissionais relataram nunca ter identificado e 9,0% relataram ter dúvidas. Quando identificada a possibilidade de

maus tratos, os cinco principais sinais relatados foram, respectivamente, perfil triste ou depressivo (60,0%), hematomas ou equimoses (56,0%), uso de roupas não compatíveis à temperatura ambiente (40,0%), timidez (36,0%) e aparência descuidada (32,0%).

Ainda na tabela 2, diante da identificação de possíveis maus tratos, todos os respondentes que identificaram essa possibilidade, informaram algum

tipo de atitude com o objetivo de denunciar ou proteger a vítima. As atitudes mais reportadas foram informação ao conselho tutelar (59,3%), preenchimento da ficha de notificação (22,0%), secretaria municipal de assistência (14,8%), denúncia anônima por telefone (11,1%) entre outras (29,6%). No que diz respeito ao perfil das possíveis vítimas, 76,0% foram crianças clinicamente saudável

Tabela 2. Avaliação das questões relacionadas ao diagnóstico dos maus-tratos infantis

Variável	n	%
Conhecimento sobre como identificar sinais de maus tratos em indivíduos infantis e adolescentes		
Sim	46	46,0
Não	13	13,0
Tem dúvidas	41	41,0
Sinais que sugerem possível contexto de mau trato		
Fratura dentária	54	54,0
Queimadura	76	76,0
Arranhões	78	78,0
Hematomas ou equimoses	90	90,0
Lacerações	66	66,0
Escoriações	72	72,0
Eritema em palato	74	74,0
Infecções sexualmente transmissíveis	79	79,0
Mordidas	75	75,0
Fratura nasal ou qualquer outra região da face	68	68,0
Edema	58	58,0
Perfil triste ou depressivo	94	94,0
Uso de roupas não compatíveis à temperatura ambiente	81	81,0
Ausência frequente às consultas	65	65,0
Aparência descuidada	61	61,0
Timidez	64	64,0
Comportamentos sexuais indevidos	65	65,0
Fobia	55	55,0
Já identificou algum sinal de mau trato		
Sim	25	25,0
Não	66	66,0
Ficou em dúvida	9	9,0
Sinais que indicaram possível(is) mau(s) trato(s)		
Fratura dentária	8	8,0
Queimadura	20	20,0
Arranhões	28	28,0
Hematomas ou equimoses	56	56,0
Lacerações	8	8,0
Escoriações	24	24,0
Eritema em palato	20	20,0
Infecções sexualmente transmissíveis	28	28,0
Mordidas	12	12,0
Fratura nasal ou qualquer outra região da face	4	4,0
Edema	4	4,0
Perfil triste ou depressivo	60	60,0
Uso de roupas não compatíveis à temperatura ambiente	40	40,0
Ausência frequente às consultas	20	20,0
Aparência descuidada	32	32,0
Timidez	36	36,0
Fobia	28	28,0

Tabela 2. Avaliação das questões relacionadas ao diagnóstico dos maus-tratos infantis (continuação)

Variável	n	%
Teve alguma atitude diante da identificação		
Sim	25	25,0
Não	9	9,0
Nunca identificou sinal de maus tratos	66	66,0
Já possuía conhecimento sobre como proceder		
Sim	64	64,0
Não	36	36,0
Forma pela qual adquiriu conhecimento sobre como proceder		
Graduação em instituição pública	4	6,3
Graduação em instituição privada	29	45,3
Pós-graduação em instituição pública	7	10,9
Pós-graduação em instituição privada	7	10,9
Cursos de extensão ou atualização	2	3,1
Livros, revistas, folhetins informativos	4	6,3
Internet	5	7,8
Outro	6	9,4
Perfil da criança/adolescente		
Criança clinicamente saudável	19	76,0
Criança com deficiência	0	0
Adolescente clinicamente saudável	5	20,0
Adolescente com deficiência	1	4,0

Dentre os profissionais que denunciaram os possíveis maus tratos, 54,2% relataram não ter recebido retorno das instituições para as quais denunciaram e 81,5% informaram não ter tido contato novamente com a vítima.

Sessenta por cento dos participantes relataram ter conhecimento sobre a Lei nº 8069 de 13 de julho de 1990, artigo 245 que descreve a necessidade comunicar à autoridade competente os casos de que tenha conhecimento, envolvendo suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente. Porém, 80% dos participantes relataram não ter conhecimento sobre as penalidades do não cumprimento da lei supracitada.

Discussão

O presente estudo apresenta como foco o papel do profissional de serviço social (SS) frente às denúncias de maus tratos (MT) a crianças e adolescentes relatadas por profissionais da Odontologia durante o atendimento clínico. Dentre as diversas áreas de atuação do profissional de SS, o enfrentamento de expressões de violência, principalmente a crianças, adolescentes e idosos, tem demandado muita dedicação na estruturação das condutas a serem estabelecidas.

O presente estudo entrevistou de forma virtual 100 cirurgiões dentistas a fim de avaliar o conhecimento

desses profissionais quanto à detecção e denúncias de MT à população infantil que é tão vulnerável. O questionário foi elaborado pelos autores do trabalho, sendo composto por 23 questões que abrangiam desde as características sociodemográficas dos participantes, adentrando também o panorama de conhecimento dos profissionais em como detectar e notificar as ocorrências de MT. A literatura revela que cerca de 60 – 75% de indivíduos infantis que foram vítimas de algum tipo de abuso apresentam injúrias em região de cabeça, face e boca¹⁰, o que torna o cirurgião dentista um profissional com grande vantagem na detecção e denúncia dessas ocorrências. MT sob a ótica de seus autores, no entanto, a Organização Mundial de Saúde (OMS) define violência que envolve crianças e adolescentes como todas as formas de MT emocionais e/ou físicos, abuso sexual, negligência ou tratamento negligente, comercial ou outras formas de exploração, com possibilidade de resultar em danos potenciais ou reais à saúde das crianças, sobrevivência, desenvolvimento ou dignidade no contexto de uma relação de responsabilidade, confiança ou poder¹¹.

Quanto à prevalência dos MT, é difícil encontrar dados consonantes na literatura, haja vista que muitos casos não são denunciados, investigados ou identificados. Essa falta de conhecimento ou até mesmo as não denúncias dessas ocorrências podem ser corroboradas pelos achados do presente estudo,

no qual apenas 46,0% dos entrevistados relataram possuir conhecimento quanto à identificação de MT e apesar de 45,3% informarem que obtiveram esses conhecimentos durante a graduação em instituição privada, pode-se inferir que o tempo de atuação profissional tenha algum impacto nesses resultados, pois da amostra investigada, 13,0% eram recém-formados.

Vale ressaltar que os 13,0% supracitados, se formaram no ano de 2021, ou seja, ano de pandemia causada pelo vírus SARS-CoV-2. Isso desfavoreceu a atuação profissional da classe odontológica, afetando de forma significativa os profissionais recém-formados, pois eles não puderam exercer suas atividades clínicas, fato esse que pode justificar o baixo percentual de profissionais que sabem identificar, e o percentual de respondentes que ficou em dúvida quando diante de uma situação suspeita.

Dentre as especialidades participantes do estudo, a odontopediatria, ortodontia e odontologia para pacientes com necessidades especiais foram as que apresentaram maior participação e relataram já ter identificado algum tipo de suspeita. No entanto, a população identificada foi em sua maioria crianças e adolescentes clinicamente saudáveis. Ide-Okochi *et al.* (2021)¹², relataram um baixo percentual de crianças e adolescentes com deficiência e que foram vítimas de maus tratos, o que corrobora os achados (4,0%) do presente estudo. De acordo com esses autores, muitos desses pacientes comprometidos ficam sob os cuidados de instituições que possuem profissionais capacitados. Porém, isso não significa que nesse contexto não ocorra algum tipo de MT mas, pelo fato, de serem indivíduos com necessidades especiais, muitas vezes não são capazes de ao menos comentar com seus responsáveis.

De acordo com o Anuário Brasileiro de Segurança Pública (2022)¹³, após o estupro, maus tratos são o tipo de crime com maior incidência. O perfil de vítimas de maus tratos entre 0 e 17 anos, apresenta maior pico entre crianças na faixa etária de 6 anos, ou seja, 36,0% da população nessa faixa etária. Ainda de acordo com esse relatório da segurança pública, 50,9% das vítimas são do sexo masculino, porém, quando esses dados são estratificados, na faixa etária de 10 a 19 anos, o maior percentual de maus tratos se encontra na população do sexo feminino.

Os cinco sinais indicativos de possíveis MT mais relatados pelos participantes do presente estudo foram perfil triste ou depressivo, hematomas ou equimoses, uso de roupas não compatíveis à temperatura ambiente, infecções sexualmente transmissíveis (IST) e arranhões. Porém, dentre os profissionais que informaram já ter detectado alguma suspeita de MT, todos os sinais anteriormente citados foram os mais encontrados, exceto IST e arranhões. Timidez e aparência descuidada foram as outras duas características identificadas.

Nunes e colaboradores (2021)¹⁴ relataram que as lesões de cabeça e pescoço se apresentam como os

desfechos mais graves no que diz respeito à violência física contra crianças e adolescentes. Porém, é possível verificar de acordo com nossos resultados que os principais relatos de sinais de MT já identificados pelos respondentes são todos de caráter físico ou comportamental, não sendo, portanto, relatados achados bucais. Esses resultados vão de encontro aos resultados do estudo de Gomes *et al.* (2011)¹⁵, quando interrogam estudantes de odontologia sobre sinais de MT, e a maior parte dos relatos foi relacionada a características comportamentais ou físicas. Sendo as manifestações bucais pouco relatadas.

Quanto às atitudes dos profissionais todos os que já identificaram suspeitas de MT fizeram algum tipo de denúncia a órgãos responsáveis pela defesa e/ou proteção das crianças e adolescentes. Isso denota que os profissionais apesar de relatarem algum dificuldade ou dúvida na identificação, ao perceberem suspeitas já procuram por algum tipo de ajuda. De acordo com o Ministério da Saúde, a definição mais abrangente de notificação de MT é “uma informação emitida pelo Setor Saúde ou por qualquer outro órgão ou pessoa, para o Conselho Tutelar, com a finalidade de promover cuidados socio sanitários voltados para a proteção da criança e do adolescente, vítimas de maus-tratos.” Com base nessa definição, pode-se dizer que o processo de notificação tem como objetivo interromper as atitudes e comportamentos violentos no âmbito familiar e por qualquer outra pessoa. Pela definição é possível também verificar que a notificação não representa o mesmo que notificação policial, mas sim, uma tentativa de informar que a criança e sua família necessitam de ajuda¹⁶.

A partir então dessas notificações, de acordo com o Estatuto da Criança e Adolescente (ECA) (Art. 131)¹⁷, o Conselho Tutelar, órgão permanente e autônomo, não jurisdicional, encarregado pela sociedade de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente, definidos nesta lei, possui como atribuições (Art. 136, inciso III), promover a execução de suas decisões por meio da requisição de serviços públicos nas áreas de saúde, educação, serviço social, previdência, trabalho e segurança. Ou seja, os profissionais de SS quando acionados serão responsáveis pelos trâmites legais que garantam proteção às vítimas. As unidades de saúde que trabalham focando a prevenção da violência contra populações vulneráveis relatam que os profissionais da área médica e odontológica são os que mais resistem em fazer a notificação, delegando assim essa função a profissionais como psicólogos e assistentes sociais¹⁸.

O trabalho do assistente social nesse contexto, encontra-se intimamente ligado à elaboração, ao planejamento, à execução e à avaliação de políticas sociais, pois a partir do atendimento das deverá avaliar a realidade social em que elas se inserem e nela intervir, com vistas à promoção dos direitos¹⁸.

Um achado relevante no presente estudo foi o percentual (60,0%) de profissionais que conhecem

a Lei nº 8069¹⁷ de 13 de julho de 1990, mas que desconhecem (80,0%) as penalidades do seu não cumprimento. Esse achado mostra profissionais de SS devem fazer parte das equipes multidisciplinares de atendimento à população não só para fornecer suporte às vítimas de MT, mas também para orientar os demais profissionais que estão em contato com essa população.

Conclusões

Maus tratos a crianças e adolescentes são um problema mundial e de saúde pública, e mais recentemente têm sido considerado uma emergência nacional. Portanto, cirurgiões dentistas, que são profissionais de saúde, e que estão em uma posição privilegiada quanto à detecção de maus tratos, principalmente a partir do exame clínico e físico, devem utilizar seus conhecimentos na avaliação de indivíduos que foram vítimas de maus tratos, e as consequências da não notificação devem ser informadas a esses profissionais, uma vez que qualquer tipo de notificação será um instrumento entre órgãos, como o Conselho Tutelar, o qual será capaz de coordenar a organização das informações recebidas e requisitar serviços das diversas esferas envolvidas nesse contexto, dentre elas, da equipe de serviço social.

Referências

1. Nogueira PL. Estatuto da criança e do adolescente comentado. São Paulo: Saraiva, 1991.
2. Chopra A, Gupta N, Rao NC. Harbingers of child abuse: a complex healthcare issue for dentistry. *SRM J Res Dental Sci.* 2013; 4(2):64. doi:10.4103/0976-433X.120180.
3. Schilling S, Christian CW. Child physical abuse and neglect. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 2014;23(2):309-19.
4. Kisel C, Conradi L, Fehrenbach T, Torgensen E, Briggs EC. Assessing the effects of trauma in children and adolescents in practice settings. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 2014; 23(2):223-42, vii. doi: 10.1016/j.chc.2013.12.007.
5. Pires ALD, Jamal ME, Brito AMM, Mendonça RCV. Maus tratos contra crianças e adolescentes: avaliação das notificações compulsórias no município São José do Rio Preto. *Bol Epidemiol Paul.* 2005.
6. Stavrianos C, Stavrianou I, Kafas P, Mastagas D. The responsibility of dentists in identifying and reporting child abuse. *Internet J Law Healthc Ethics* 2007;5.
7. American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect. American Academy of Pediatrics Dentistry; American Academy of Pediatrics Dentistry Council on Clinical Affairs. Guideline on oral and dental aspects of child abuse and neglect. *Pediatr. Dent.* 2008;30 (7 suppl): 86-9.
8. Harris J, Sidebotham P, Welbury R, Townsend R, Green M, Goodwin J, et al. Child protection and the dental team: an introduction to safeguarding children in dental practice. Committee of Postgraduate Dental Deans and Directors; 2006.
9. Costa BRL. Bola de Neve Virtual: O uso das redes sociais virtuais no processo de coleta de dados de uma pesquisa científica. *Rev interdisciplinar de gestão social*, 2018;7(1).
10. Singh V, Lehl G. Child abuse and the role of a dentist in its identification, prevention and protection: A literature review. *Dent Res J (Isfahan).* 2020 May 23;17(3):167-73.
11. World Health Organization. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization, 2002.
12. Ide-Okochi A, Funayama H, Asada Y. Pediatric dentists' perspectives of children with special health care needs in Japan: developmental disabilities, phobia, maltreatment, and multidisciplinary collaboration. *BMC Pediatr.* 2021; 21(1):240.
13. Anuário Brasileiro de Segurança Pública. Maus tratos entre crianças e adolescentes: perfil inédito das vítimas e circunstâncias desse crime no Brasil. Acesso em 03 ago. 2022. Disponível em :<https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2022/07/13-anuario-2022-maus-tratos-entre-criancas-e-adolescentes-perfil-inedito-das-vitimas-e-circunstancias-desse-crime-no-brasil.pdf>.
14. Nunes LS, Silva-Oliveira F, Mattos FF, Maia FBF, Ferreira EFE, Zarzar PMPA. Prevalence of recognition and reporting of child physical abuse by dental surgeons and associated factors. *Cien Saude Colet.* 2021;26(suppl 3):5013-22. doi: 10.1590/1413-812320212611.02442020.
15. Gomes LS, Pinto TCA, Costa EMMB, Ferreira JMS, Cavalcanti SALB, Graville-Garcia AF. Percepção de acadêmicos de odontologia sobre maus-tratos na infância. *Odontol. Clín.-Cient.*, 2011;10(1) (online).
16. Ministério da Saúde (BR). Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde. Brasília – DF; 2023.
17. Brasil. Lei n.º 8069 de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências [Internet] 1990 (citado em 28 jan 2022). Disponível em www.planalto.gov.br/ccivil/L8069.htm.
18. Ferreira RM. A Intervenção do assistente social nos casos de negligência e abusopsicológico . Em *Debate*, 2013.1, (10): 39–60.

Endereço para correspondência:

Pedro José Souza Costa Sobrinho
Av. Paulista, 1745 – Bela Vista
São Paulo – SP, CEP 01311-200
Brasil

E-mail: pedrocosta32@yahoo.com
Recebido em 21 de abril de 2025
Aceito em 30 de abril de 2025