

A importância do pediatra na identificação de aspectos orofaciais sugestivos de maus-tratos infantis

The importance of the pediatrician in the identification of orofacial aspects suggestive of child abuse

Gabriela Pedrosa Salgado¹, Gabriela Araújo Costa², Christiane Marize Rocha³, Wellington Márcio dos Santos Rocha⁴, Angela Schembri Cançado Carvalho⁵, Isabella Calazans Pinheiro⁵

RESUMO

Introdução: A violência infantil é um problema relevante da saúde pública brasileira, tornando obrigatório o olhar atento dos profissionais da saúde na detecção de maus tratos nessa faixa etária. O objetivo deste trabalho é conscientizar os pediatras a observarem com atenção a região orofacial durante o atendimento, dando importância a sinais que possam sugerir violência, além de encorajá-los a notificá-la aos órgãos competentes. **Metodologia:** Revisão crítica e integrativa na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), identificando-se artigos nas bases de dados (PubMed, Science Direct, MedLine, Scielo e LILACS). Os descritores foram: *maus-tratos infantis, pediatria, criança, abuso sexual, aspectos orofaciais e infância*. Não houve restrição de data de publicação ou idioma. **Discussão:** Os maus tratos infantis são classificados por negligência, abuso físico, emocional e sexual, culminando em ferimento ou dano emocional significativo. Em metade dos casos podem ser detectadas lesões orofaciais sugestivas de violência. Os ferimentos mais frequentemente observados na região orofacial são os traumas, queimaduras, lacerações, marcas de mordidas e hematomas. Usualmente as vítimas são levadas a procurar pediatras e/ou odontologistas, o que coloca esses profissionais na linha de frente de detecção deste agravo. A subnotificação dos casos de violência contra a criança e o adolescente deve-se, na maioria das vezes, à insegurança e desconhecimento dos profissionais em relação diagnóstico e às leis que permeiam esse assunto. **Conclusão:** Pediatras devem estar preparados para identificar os principais sinais orofaciais de maus tratos na criança, a fim de que o diagnóstico precoce possibilite a intervenção eficaz e segura.

Palavras-chave: Maus-Tratos Infantis; Notificação de Abuso; Pediatria; Traumatismos Faciais.

ABSTRACT

Introduction: Child abuse is a major public health problem in Brazil, making mandatory the watchful eyes of health professionals in detecting abuse in this age group. The objective of this work is to make pediatricians aware in observing carefully the orofacial region during the examination, giving importance to signs that suggests violence, and encourage them to notify to competent authorities. **Methodology:** Critical and integrative review of the Virtual Health Library (VHL), identifying articles in databases (PubMed, Science Direct, MedLine, Scielo e LILACS). The keywords used were: *child abuse, pediatrics, child sexual abuse, orofacial aspects and childhood*. To avoid publication bias, there was no restriction on the language nor in the publication dates. **Discussion:** Child abuse is classified by negligence, physical harm, emotional and/or sexual abuse, resulting in injury or significant emotional damage. In half of the cases, orofacial lesions suggestive of violence can be detected. The most commonly seen injuries in the orofacial

¹Médica Pediatra e Pneumologista. Hospital Infantil João Paulo II-HJPII. Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais-FHEMIG. Preceptora do Internato de Pediatria do Centro Universitário de Belo Horizonte-UNIBH. Pesquisadora da rede FHEMIG. Belo Horizonte, MG – Brasil.
²Médica Pediatra. Mestre em Clínica Médica e Biomedicina. Professora e Coordenadora do Núcleo de Pediatria da Faculdade de Medicina do Centro Universitário de Belo Horizonte – UNIBH. Belo Horizonte, MG – Brasil.
³Médica Pediatra. Doutoranda em Programa de Saúde da Mulher/Perinatologia. Professora. Faculdade de Medicina do UNIBH. Belo Horizonte, MG – Brasil.
⁴Odontologista. Doutor em Implantodontia. Professor adjunto do Departamento de Odontologia Restauradora da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais-UFMG. Belo Horizonte, MG – Brasil.
⁵Acadêmica do Curso de Medicina da Faculdade de Medicina do UNIBH. Belo Horizonte, MG – Brasil.

Instituição:
Hospital Infantil João Paulo II (HJPII)
Belo Horizonte, MG – Brasil

Autor correspondente:
Gabriela Pedrosa Salgado
E-mail: gabrielapedrosa@hotmail.com

region are trauma, burns, lacerations, bite marks and bruises. Usually the victims are taken to pediatricians and/or dentists, which puts these professionals on the front line of identification. The underreporting of cases of violence against children and adolescents is due to, in most cases, insecurity, lack of professional skills to perform the diagnostic and what concerns the laws that permeate this subject. Conclusion: Pediatricians should be prepared to identify the main orofacial signs of child abuse in order to make early diagnosis to ensure safe and effective interventions.

Key words: Child Abuse; Mandatory Reporting; Pediatrics; Facial Injuries.

INTRODUÇÃO

Maus-tratos é um termo diagnóstico que descreve uma variedade de comportamentos, que se estendem desde uma disciplina severa até a tortura repetitiva e intencional. Trata-se de um fenômeno complexo resultante de uma combinação de fatores individuais, familiares, socioeconômicos e socioeducativos.¹ Quatro tipos de maus-tratos são comumente reconhecidos: abuso físico, abuso sexual, abuso psicológico e negligência.^{1,2}

Crianças e adolescentes estão mais vulneráveis a esse tipo de violência, pois ainda estão em processo de construção de sua autonomia. Os maus-tratos infantis vão desde a exposição de perigo à vida ou à saúde até a privação de alimentação ou de cuidados indispensáveis por parte de seus responsáveis, podendo ser enquadrados ainda no trabalho excessivo ou inadequado e sofrimento por meios disciplinares abusivos.²

A violência doméstica constitui o tipo mais frequente de maus-tratos, geralmente de longa duração, visto que a família é considerada agente protetor dessas crianças ou adolescentes, podendo inibir ou silenciar os atos de violência por cumplicidade ou medo da vítima em denunciar o abusador. Independente do tipo ou forma de agressão infantil, sabe-se que todas causarão distúrbios no desenvolvimento da criança e consequências que podem transcender essa etapa do desenvolvimento e perpetuar-se ao longo de toda sua vida.^{3,4}

Os pediatras possuem destaque na prevenção, detecção e atendimento dos casos de maus-tratos por terem participação ativa no acompanhamento de vida de seus pacientes, sendo muitas vezes referência de apoio e confiança para a família. Entretanto, estudos mostram que há uma propensão deste profissional a subavaliar a gravidade dos maus-tratos, notificando-os com menor frequência.^{3,5} Esta subnotificação está relacionada a fatores como desconhecimento da me-

lhor abordagem e receio das consequências legais após a notificação. No Brasil, não há estudos quantitativos sobre fatores relacionados à identificação e notificação de maus-tratos infantis pelos pediatras. Em um estudo qualitativo, o despreparo técnico e a desconfiança nos órgãos de proteção foram apontados como as maiores dificuldades para a notificação.⁴

Alguns trabalhos demonstram que a maioria dos ferimentos decorrentes dos maus-tratos infantis envolve a região orofacial.⁶⁻⁸ Orofaringe, dentes, partes moles da região bucal e couro cabeludo são pouco exploradas pelos pediatras quando se trata de violência. A boca, tradicionalmente um local de observação ativa pela odontologia, ainda é superficialmente avaliada pelo pediatra, especialmente porque a abordagem específica da saúde bucal não faz parte da formação acadêmica deste profissional. Deve haver maior integração entre ambas as especialidades para que os profissionais que lidam com crianças estejam aptos a avaliar minuciosamente essa região e identificar aspectos sugestivos de violência.^{9,12}

Este trabalho tem por objetivo conscientizar os pediatras, profissionais ligados à assistência direta às crianças, a aterem-se a região orofacial durante o atendimento, dando maior importância a sinais que possam sugerir maus-tratos, além de encorajá-los a notificar aos órgãos competentes.

METODOLOGIA

Revisão crítica e integrativa na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), identificando-se artigos publicados nas revistas indexadas nas bases de dados (PubMed, Science Direct, MedLine, Scielo e LILACS). Os descritores utilizados foram: *maus-tratos infantis, pediatria, criança, abuso sexual, aspectos orofaciais e infância* com o objetivo de identificar aspectos orofaciais indicadores de maus-tratos infantis. Não houve restrição de data de publicação ou idioma. Foram utilizados como critérios de exclusão: estudos que incluíssem sujeitos com idade superior a 18 anos ou crianças e adolescentes com deficiência física ou mental, por não serem o foco do nosso estudo.

Das 267 referências inicialmente encontradas, foram selecionados pelos autores 53 artigos que abordavam diretamente os maus-tratos na infância e os aspectos orofaciais ligados aos maus-tratos no título ou resumo. Após, foram excluídos 34 artigos, conforme critérios descritos acima. Restaram 19 artigos que

foram lidos na íntegra pelos autores. Foram utilizados também o Estatuto da Criança e do Adolescente, publicado pelo Ministério da Saúde em 1991 e o “*Child Abuse and Neglect*”, divulgado pela Organização Mundial de saúde em 1997.

DISCUSSÃO

A violência infantil é um grave problema de saúde pública no Brasil, sendo atualmente a principal causa de morte de crianças e adolescentes a partir dos cinco anos de idade. Anualmente, 12% das crianças menores de 14 anos, em sua maioria, meninas, são vítimas de alguma forma de violência doméstica.^{3,13,14}

Dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), de 2008, mostram que na faixa etária entre 0 a 4 anos de idade, 77,9% das crianças nunca consultaram um dentista.^{14,15} Além disso, apenas 5% da população tem acesso a serviço odontológico privado, o que reforça o conceito de que a busca por este tipo de atendimento acontece em menor frequência do que as consultas médicas durante a infância, tendo o pediatra então, a função e a oportunidade de fazer o primodiagnóstico de lesões que sugiram violência infantil, dentre elas as lesões orofaciais.^{13,16}

Várias instâncias preocupadas com o bem-estar da criança estão envolvidas na discussão deste problema, paulatinamente incorporado à agenda governamental, resultando em ações e políticas que objetivam a prevenção da violência ou minimização de seus efeitos deletérios na saúde infantil.^{4,6} No Brasil, a Constituição da República determina ser dever não somente da família, mas do Estado e da sociedade como um todo assegurar à criança e ao adolescente o direito à vida, à saúde, à dignidade e ao respeito. Em 1990, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) determinou que a garantia de tais direitos era dever não somente da família e do poder público, mas também da comunidade e da sociedade em geral. Avança no repúdio a negligência, violência, crueldade e opressão, seja por ação ou omissão contra crianças e torna obrigatória a informação ao Conselho Tutelar local de qualquer suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente.¹⁷ A Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), como contribuição a qualificação dos atendimentos relacionados aos maus tratos, instituiu em outubro de 1998 a Campanha de Prevenção de Acidentes e Violência na Infância e Adolescência, tendo como eixo fundamental a obser-

vância dos preceitos legais contidos no ECA.⁵ A partir de 2001, os casos de maus-tratos contra a criança passaram a ser considerados como um agravo de notificação compulsória em todo o território nacional.^{4,5}

A Organização Mundial da Saúde considera o abuso na infância e adolescência uma situação na qual se identifica a existência de um sujeito em condições de superioridade, independente de sua natureza (hierárquica, força física, idade, inteligência, posição social ou econômica), que cometa dano corporal, psicológico ou sexual, contrariamente à vontade da vítima ou mesmo após o consentimento desta, quando tal experiência for obtida por indução ou sedução enganosa.¹⁸ A negligência, de difícil caracterização, requer atenção sobre o grau de envolvimento ou omissão dos adultos em relação aos menores sob sua responsabilidade. Pode ser observada através de descasos com os cuidados higiênicos, como, por exemplo, a ocorrência de cáries crônicas, a recorrência de lesões como queimaduras e hematomas, o descaso com quadros alérgicos e a ausência de supervisão nas atividades de vida diária, como escovar os dentes.^{10,11,17} Muitos desses sinais são facilmente detectáveis durante a consulta, sendo responsabilidade dos profissionais de saúde estar atentos e aptos a suspeitarem de violência frente a essas situações.

Em casos de abusos físicos ou sexuais, a atenção deve ser dobrada. Geralmente a criança que sofre abuso tem maior sensibilidade à dor e apresenta comportamento alterado como isolamento, depressão ou agressividade excessiva, associados aos traumas físicos e psicológicos que sofreu com o abuso.^{10,15} A percepção de sinais de potencial violência, como lesões inexplicáveis, incomuns para idade, histórias contraditórias, lesões provocadas por automutilação e demora em procurar atendimento médico ou odontológico, podem ser fortes indícios de maus-tratos.¹⁵ Durante a anamnese e exame físico, as discrepâncias entre os achados clínicos e a história relatada pelo responsável e pela criança e o comportamento retraído ou reticente dos pais chama a atenção para a possibilidade de violência contra a criança. O paciente usualmente encontra-se indiferente ao ser separado dos pais ou agressivo, com olhar vigilante e desconforto ao contato físico.¹⁷

Na presença de abuso físico, em cerca de metade dos casos as áreas mais acometidas são a face, a cabeça e o pescoço.^{10,11,17} Áreas habitualmente não expostas, como o couro cabeludo, devem ser observadas para verificar indícios de espancamento, sen-

do a presença de alopecia localizada indicativa de puxões violentos de cabelo.¹⁰

A região ocular pode apresentar hematoma periorbitário, hemorragia da retina e coágulos. Na região nasal são comuns as fraturas ósseas e os desvios de septo. Boca e lábios podem apresentar lacerações, sendo comuns as lesões em comissura labial por amordaçamento, as queimaduras por alimentos quentes e as equimoses por traumas diretos.^{11,17} Caso a criança seja forçada a comer são comuns os ferimentos no vestibulo e palato. Avulsões dentárias, fraturas, luxações e deslocamentos bem como necrose pulpar, caracterizada por alterações na coloração dentária, refletem indícios de violência. As fraturas em maxilar, zigomático e malar, côndilos e corpo mandibular são muito frequentes. Na criança que sofre abuso todas essas lesões podem apresentar-se em diferentes estágios de cicatrização.^{10,11,17}

Crianças que possuam aversões inexplicáveis por pessoas e locais e medos diante de exame físico podem ter sofrido algum tipo de abuso sexual.¹⁵ Os profissionais devem ficar atentos a sinais de erosões do palato e recorrência de cáries, que, quando conjugados os outros dados, como petéquias e eritema no palato, sem explicação plausível, podem ser indicativos de abuso sexual através de felação.^{11,17} Outros sinais são classificados por alguns autores como patognomônicos de abuso sexual, a saber: presença de manifestações orais e genitais de doenças venéreas bem como a presença de pelos pubianos e sêmen na cavidade oral.^{10,11}

As marcas de mordidas podem apresentar-se de forma características ou por apenas sinais inespecíficos como hematomas. Mordidas humanas são geralmente superficiais, com abrasões, diferente das mordidas animais, que são geralmente profundas e apresentam aspectos lacerantes ou por avulsão. A forma da dentição deve ser caracterizada através da avaliação do tamanho da arcada dentária. Na marca, a largura de canino a canino maior que três centímetros é indicativa de ação realizada por adulto.¹⁷

Usualmente as vítimas são levadas a procurar pediatras e odontologistas, o que coloca esses profissionais na linha de frente de detecção deste agravo e torna mandatória a qualificação para identificar e notificar os casos de maus-tratos infantis.^{10,11,17,19,20} A educação dos profissionais aumenta em até cinco vezes a probabilidade de reconhecer sinais de agressão e negligência.¹⁹ Entretanto, cerca de 49% dos pediatras que atendem crianças vítimas de maus-tratos se consideram inaptos e cerca de 80% dos profissionais da

saúde, inclusive os pediatras, declaram não saber da existência de penalidades para esse tipo de crime, o que explica, em grande parte, a subnotificação desses agravos.²⁰ Em relação à presença de sinais orofaciais, a Academia Americana de Pediatria relata que os médicos recebem treinamento deficiente em saúde bucal e traumatismos dentais, o que acarretaria em dificuldade na detecção e abordagem dos aspectos bucais/dentários que indicam negligência ou abuso.¹¹

O registro deve ser realizado no prontuário com a maior riqueza de detalhe possível sem que com isso se expresse qualquer julgamento, sendo a presença de indícios justificativa suficiente para a sua notificação. Em caso de suspeita de maus-tratos infantis deve-se comunicar imediatamente o conselho tutelar do município de moradia ou o Juizado da Infância e da Juventude.¹⁷ Deixar de comunicar o caso suspeito caracteriza omissão e resulta em penalidades prevista em Lei.²¹

CONCLUSÃO

O aprimoramento das instituições de proteção à criança e ao adolescente e dos programas de formação continuada, aliados a ampliação do suporte e segurança aos profissionais que lidam com o público infanto-juvenil contribuem para a qualificação da suspeita de maus-tratos infantis e a notificação dos casos. Porém, ainda há princípios a serem formulados e sintonizados com o foco das políticas públicas, sendo um dos mais relevantes o investimento no preparo para lidar com maus-tratos durante a graduação dos profissionais de saúde, de forma a desconstruir a omissão do assunto. Esta é uma questão atual e urgente, pois a compreensão dos fatores determinantes da violência contra a criança e o adolescente irá subsidiar a detecção precoce deste agravo e o fortalecimento das ações de prevenção.

REFERÊNCIAS

1. Cavalcanti AL. Abuso infantil: protocolo de atendimento odontológico. *Rev Bras Odontol*. 2001; 58(6):378-80.
2. Fracon TE, 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; 8(2):153-9.
3. Centro e Combate à Violência Infantil - CECovi. Violência física – estatísticas: dados estatísticos, principais características, perfil da vítima, perfil do agressor, etc. [Citado em 2016 jan.03]. Disponível em: <http://www.cecovi.org.br>.

4. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Política Nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. [Citado em 2016 jan. 03]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_reducao_morbimortalidade_acidentes_2ed.
5. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Assistência à Saúde. Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde: um passo a mais na cidadania em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
6. Minayo MCS. The difficult and slow inclusion of violence on the health sector agenda. *Cad Saúde Pública*. 2004; 20(3):646-7.
7. Zellman GL. The impact of case characteristics on child abuse reporting decisions. *Child Abuse Negl*. 1992; 16(1):57-74.
8. Gonçalves HS, Ferreira AL. Health professionals' reporting of family violence against children and adolescents. *Cad Saúde Pública*. 2002; 18(1):315-9.
9. Almeida EC. Violência doméstica: um desafio para a formação do pediatra [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 1998.
10. Alves PM, Cavalcanti AL. Diagnósticos do abuso infantil no ambiente odontológicos. Uma revisão da literatura. *Ci Biol Saúde*. 2003; 9(3/4):29-35.
11. Massoni AC, Ferreira AM, Aragao AK, de Menezes VA, Colares V. Orofacial aspects of childhood abuse and dental negligence. *Ciênc Saúde Colet*. 2010; 15(2):403-10.
12. Carvalho, AA, Francesquini Júnior L, Daruge Júnior E, Bittar TO, Paranhos RL. Análise da conduta do pediatra frente a crianças vítimas de maus tratos. *HU Rev*. 2010; 36(3):183-7.
13. Nunes OP, Brusco EHC, Brusco LC, Perussolo B, Patussi EG. Percepções e condutas de médicos pediatras com relação à promoção de saúde bucal. *Rev Gaúcha Odontol*. 2011; 59(2):251-7.
14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Um Panorama da saúde no Brasil : acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde. Brasília: IBGE; 2008.
15. Menoli AP, Felipetti, F, Golff F, Ludwig D. Manifestações bucais de maus-tratos físicos e sexuais em crianças: conduta do cirurgião dentista. *Varia Sci*. 2007; 07(14):11-22.
16. Kellogg ND. American Academy of Pediatrics. Committee on Child Abuse and Neglect. Oral and dental aspects of child abuse and neglect. *Pediatr*. 2005; 116:1565-8.
17. Sales-Peres A, Silva RHA, Lopes-Júnior C, Carvalho SPM. Odontologia e o desafio na identificação de maus-tratos. *Odontol Clín Cient*. 2008; 7(3):185-9.
18. World Health Organization-WHO. Child abuse and neglect. Geneva: WHO; 2002. [Citado em 2016 ago 28]. Disponível em: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/factsheets/en/childabusefacts.pdf
19. Bohner TO, Bohner TOL, Canto GL. Maus-tratos na infância e adolescência: protocolo de atendimento no consultório odontológico. *Rev Elet Gest Educ Tecnol Amb*. 2012; 6(6):1239-43.
20. Terra BB, Figueiredo EA, Oliveira MPELT, Andreoli CV, Ejnisman B. Child abuse: review of the literature. *Rev Bras Ortop*. 2013; 48(1):11-6.
21. Congresso Nacional (BR). Estatuto da criança e do adolescente 1990. Estatuto da criança e do adolescente e legislação correlata. Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990, e legislação correlata. 12ª ed. Brasília; 2014. [Citado em 2016 jan. 03]. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/responsabilidade-social/acessibilidade/legislacao-pdf/estatuto-da-crianca-e-do-adolescente>.